



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT DIX-NEUVIÈME SESSION
GENÈVE, 6-8 NOVEMBRE 2006

PROCÈS-VERBAUX

GENÈVE
2007

ABREVIATIONS

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

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

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

AVANT-PROPOS

Le Conseil exécutif a tenu sa cent dix-neuvième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 6 au 8 novembre 2006. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les procès-verbaux des débats du Conseil et la liste des participants. Les résolutions sont publiées dans le document EB119/2006-EB120/2007/REC/1.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.....	3
Ordre du jour.....	7
Liste des documents.....	9
Liste des membres et autres participants.....	11

PROCES-VERBAUX

Première séance

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	41
2. Hommage à la mémoire du Dr Barrington Wint.....	41
3. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour (reprise).....	41
4. Directeur général Désignation pour le poste.....	42

Deuxième séance

Directeur général (suite) Désignation pour le poste (suite).....	43
---	----

Troisième séance

Directeur général (suite) Désignation pour le poste (suite).....	44
---	----

Quatrième séance

Directeur général (suite) Désignation pour le poste (suite).....	45
---	----

Cinquième séance

1. Directeur général (suite) Désignation pour le poste (suite).....	46
Projet de contrat.....	47
2. Clôture de la session.....	52

ORDRE DU JOUR¹

*Numéro
du point*

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
 2. Directeur général
 - 2.1 Désignation pour le poste
 - 2.2 Projet de contrat
 3. Clôture de la session
-

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (6 novembre 2006).

LISTE DES DOCUMENTS

EB119/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB119/2	Directeur général : projet de contrat
Document d'information	
EB119/INF.DOC./1	Directeur général : désignation pour le poste
Divers	
EB119/DIV/1	Liste des membres et autres participants
EB119/DIV/3	Liste des résolutions

¹ Voir p. 7.

LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

BOLIVIE

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz
(Président)

Suppléants

Sra. A. NAVARRO LLANOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra

Sra. G. PALOMEQUE DE LA CRUZ, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra

AFGHANISTAN

Dr F. KAKAR, Deputy Minister for Planning and Preventive Medicine, Ministry of Public Health,
Kabul

Suppléants

Dr A. OMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIE

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

Suppléants

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Conseillers

Mr G. ADLIDE, Counsellor (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Mr S. THOM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer (AusAid), Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, UN Section, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIDJAN

Mr O. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku **(Vice-Président)**

Suppléants

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suppléant du**

Dr N.A. Haffadh)

Suppléants

Mr A.A. ABDULLA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr Y.G. SHAHEEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BHOUTAN

Dr JIGMI SINGAY, Minister of Health, Thimphu

Suppléants

Mr S.T. RABGYE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr D. WANGCHUK, Director General, Department of Medical Services, Ministry of Health,
Thimphu

Conseillers

Mrs K.C. NAMGYEL, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. WANGCHUK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRESIL

Dr P.M. BUSS, President, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Suppléants

Mr J.A. ALVARES DA SILVA, Minister of Health, Brasília

Mr C. HUGUENEY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr C.A. DA ROCHA PARANHOS, Ambassador, Alternate Permanent Representative, Geneva

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Secretary of Health Care, Ministry of Health, Brasília

Conseillers

Mr A.C. DO NASCIMENTO PEDRO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr S. ALCÁZAR, Special Adviser to the Minister of Health and Head, Department of
International Affairs, Ministry of Health, Brasília

Mr P. FRANCO DE CARVALHO NETO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr P.M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr R. ESTRELA DE CARVALHO, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr I.R. BARBOSA FILHO, Technical Adviser, Department of International Affairs, Ministry
of Health, Brasília

CHINE

Mr GAO Qiang, Minister of Health, Beijing

Suppléants

Mr SHA Zukang, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr WU Hailong, Director General, Department of International Organizations and Conferences,
Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Dr YIN Li, Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health,
Beijing

Dr LAM Ping-yan, Director of Health, Department of Health, Hong Kong Special
Administrative Region

Dr CHUI Sai On, Secretary for Social and Culture Affairs, Macao Special Administrative Region
Mr A. WU, Président, Hospital Authority, Hong Kong Special Administrative Region
Dr REN Minghui, Deputy Director General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Ms JIANG Qin, Deputy Director General, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing
Mr FU Cong, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr TAN Jian, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr LA Yifan, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr ZHOU Jian, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms HU Meiqi, Division Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Mr YANG Xiaokun, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms ZHAO Yangling, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms LAN Mei, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr WANG Chuan, Deputy Division Director, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing
Mr FENG Wen, Senior Officer, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Dr CHOI Hiu-yeung, Senior Medical and Health Officer, Hong Kong Special Administrative Region
Mr R. ROSARIO, Permanent Representative of Macao Special Administrative Region to WTO, Geneva
Ms ZHONG Yi Mascarenhas, Technical Adviser to the Secretary for Social and Culture Affairs, Macao Special Administrative Region
Ms GAO Ye, Second Secretary, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs, Beijing
Mr ZHANG Ze, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms HAN Jianli, Programme Officer, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing
Ms CHEUNG Kingsing, Senior Administrative Officer, Department of Health, Hong Kong Special Administrative Region

DANEMARK

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen
Suppléants
Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen
Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Conseillers
Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen
Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms H.Y.P. SØRENSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti
Suppléants
Dr S.A. GUELLEH, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Djibouti

M. O.A. ISMAIL, Secrétaire exécutif, Comité intersectoriel de Lutte contre le SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, Djibouti
 M. D.G. BAHDON, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Djibouti
 Mme B.M. AHMED, Suppléant du Point Focal, Comité de Coordination multisectorielle, Djibouti

EL SALVADOR

Dr. J.G. MAZA BRIZUELA, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador
Suppléants
 Sr. B.F. LARIOS LÓPEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
 Dr. R.J.A. LARA HERRERA, Director Ejecutivo, Fondo Solidario para la Salud, San Salvador
 Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr J.O. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC
Suppléant
 Mr M.O. LEAVITT, Secretary of Health and Human Services, Washington, DC
Conseillers
 Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC
 Mr W.W. TICHENOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC
 Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
 Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

IRAQ

Dr A.H.I. AL-SHAMMARI, Minister of Health, Baghdad
Suppléants
 Dr H. AL-ZAMILI, Deputy Minister of Health, Baghdad
 Mr B.H. AL-SHABIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Dr H. MOSA, General Director, Ministry of Health, Baghdad
 Miss M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
 Mr H. AZIZ, Official, Ministry of Health, Baghdad

JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli (**Rapporteur**)
Suppléants
 Ms N. AL-HAJJAJI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
 Mr O. AL SHAMIS, Third Secretary, Ministry of Foreign Affairs, Tripoli

JAMAÏQUE

Mr H. DALLEY, Minister of Health, Kingston

Suppléants

Ms G. MATHURIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr S. CAMPBELL-FORRESTER, Acting Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston

Ms A. MORRIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPON

Mr K. TAKEMI, Senior Vice-Minister for Health, Labour and Welfare, Tokyo

Suppléants

Mr K. ASANO, Senior Vice-Minister for Foreign Affairs, Tokyo

Mr I. FUJISAKI, Ambassador Extraordinary and Plenipotentiary, Permanent Representative, Geneva

Mr K. SATO, Ambassador in charge of peace building in Africa, Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

Mr T. TSUJI, Vice-Minister for Policy Coordination, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Dr M. NISHIYAMA, Assistant Minister for Technical Affairs, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mr K. TSURUOKA, Director-General for Global Issues, International Cooperation Bureau, Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

Mr S. ENDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr H. MINAMI, Minister, Permanent Mission, Geneva

Dr M. MUGITANI, Director, Bureau of International Cooperation, International Medical Centre of Japan, Tokyo

Mr Y. YAMADA, Director, Specialized Agencies Division, Minister's Secretariat, Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

Dr H. INOUE, Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Mrs T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr I. YAMAGUCHI, Deputy Director, Specialized Agencies Division, Minister's Secretariat, Ministry of Foreign Affairs, Tokyo

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**Vice-Président**)

Suppléants

Mrs C.K. NGILU, Minister for Health, Nairobi

Professor M. NZOMO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P.R.O. OWADE, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr W. MACHAGE, Assistant Minister for Health, Nairobi

Dr T.M. OKEYO, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Dr T. GAKURUH, Head, Health Sector Reform Secretariat, Ministry of Health, Nairobi

Dr A.E. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

Mrs L. NYAMBU, First Secretary (Humanitarian Affairs), Permanent Mission, Geneva

LESOTHO

Dr M. PHOOKO, Minister of Health and Social Welfare, Maseru

Suppléants

Dr M.A. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mr L.J. KOPELI, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LETTONIE

Dr V. JAKSONS, Adviser for International Affairs of State Secretary, Ministry of Health, Riga

Suppléants

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

Suppléants

Mr S.T. VARPILAH, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

Dr B. DAHN, Deputy Minister and Chief Medical Officer, Ministry of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBOURG

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

Suppléants

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

MADAGASCAR

Dr R.R. JEAN LOUIS, Ministre de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

Suppléants

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr M.P.O. RAHANTANIRINA, Directeur, Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

M. J.M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MALI

Dr Z.M. YOUBA, Ministre de la Santé, Bamako

Suppléants

M. S.L. SOW, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako

Dr A. SYLLA, Coordinateur de la Cellule, Comité sectoriel de Lutte contre le SIDA, Ministère de la Santé, Bamako

M. A.H. MAÏGA, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

MEXIQUE

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

Suppléants

Sr. L.A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Sr. E. CÉSPEDES, Embajador, Director General para Temas Globales, Secretaría de Relaciones Exteriores, Mexico, DF

Conseillers

Dr. G. GARCÍA PÉREZ, Titular, Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Secretaría de Salud, Mexico, DF

Dr. J. SEPÚLVEDA, Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, Mexico, DF

Dr. M.Á. LEZANA, Coordinador de Asesores del Secretario de Salud, Secretaría de Salud, Mexico, DF

Sra. D.M. VALLE, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sra. M.T. ROSAS, Directora de Organismos Ambientales Internacionales, Secretaría de Relaciones Exteriores, Mexico, DF

Srta. G.I. PÉREZ JUÁREZ, Asesora, Misión Permanente, Ginebra

Sr. J.C. ROMERO, Asesor, Misión Permanente, Ginebra

NAMIBIE

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Suppléants

Dr R.N. KAMWI, Minister of Health and Social Services, Windhoek

Mrs D. TJIHO-TJIPURA, Deputy Director, Tertiary Health Care, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Haut Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

Suppléants

M. J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. F.H. MOURA GEORGE, Directeur général de la Santé, Lisbonne

M. C. PEREIRA MARQUES, Représentant permanent adjoint, Genève

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

ROUMANIE

Dr L. MIHAI, Director General, Directorate General for European Integration and International Relations, Ministry of Public Health, Bucharest (**suppléant de M. E. Nicolaescu**)

Suppléants

Mr D.R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKULIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suppléants

Mme V. SEBUDANDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SINGAPOUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Foreign Affairs, Singapore (**Vice-Président**)

Suppléants

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW Suok Kai, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health Singapore

Conseillers

Mr C. WONG, Assistant Director (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Ms D. TEO, Health Policy Analyst (International Cooperation), Ministry of Health Singapore

Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms F. GAN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BASHA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SLOVENIE

Dr B. VOLJČ, Director, The Blood Transfusion Centre of Slovenia, Ljubljana

Suppléants

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms V.-K. PETRIČ, Undersecretary, Ministry of Health, Ljubljana

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suppléant

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Conseillers

Dr P. ABEYKOON, Adviser to the Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Mr D.M.S.B. DISSANAYAKE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

THAILANDE

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vice-Président**)

Suppléant

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy Analyst, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Conseillers

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr VIJAVAT ISARABHAKDI, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Dr PIYA HANVORAVONGCHAI, Researcher, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

TURQUIE

Professor S. AYDIN, Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Ankara

Suppléants

Mr T. KURTTEKIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr H. GÖĞÜS, Ambassador, Director General for Multilateral Political Affairs, Ministry of Foreign Affairs, Ankara

Mrs A. ÜGDÜL, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr V.E. ETENSEL, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G. DINÇ, Head, Department of the United Nations, Ministry of Foreign Affairs, Ankara

Mr K. ÖZDEN, Head, Department of Foreign Affairs, Ministry of Health, Ankara

Mrs S. TEZEL AYDIN, Deputy Head, Department of Foreign Affairs, Ministry of Health, Ankara

Dr S. MOLLAHALILOGLU, Director, Public Health School, Ministry of Health, Ankara

Mr F. ULUSOY, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Conseiller

Professor T. TÜRMEEN

ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF¹

AFRIQUE DU SUD

Mr T.D. MSELEKU, Director General, Department of Health, Pretoria

Ms M.K. MATSAU, Deputy Director-General, Strategic Health Programmes, Department of Health, Pretoria

Dr G.J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

ALBANIE

Mr S. QERIMAJ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. ALIA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ALGERIE

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. M. BESSEKIK, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. E.-H. EL BEY, Conseiller diplomatique, Mission permanente, Genève

ALLEMAGNE

Mrs M. CASPERS-MERK, Parliamentary State Secretary, Federal Ministry of Health, Berlin
Mrs B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr M. DEBRUS, Head of Division, Multilateral Cooperation in the Field of Health, Federal Ministry of Health, Bonn
Dr P. POMPE, Head of Division, Protocol, International Visitors' Service, Federal Ministry of Health, Berlin
Ms K. KNUFMANN-HAPPE, Director General, Federal Ministry of Health, Berlin
Ms A. KONRAD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr J.P. ECKENDORF, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ANDORRE

Mr X. TROTA BOLLO, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ANGOLA

Dr S.S. VELOSO, Minister of Health, Luanda
Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr A. ROSA NETO, Director, Department of International Exchanges, Ministry of Health, Luanda
Dr D.F. VELOSO, Ministry of Health, Luanda
Mr F.V. DANIEL, Ministry of Health, Luanda
Dr S. NETO DE MIRANDA, Permanent Mission, Geneva

ARABIE SAOUDITE

Dr A. ATTAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M. AL-AGAIL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

ARGENTINE

Sr. A.J. DUMONT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. A.B. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

ARMENIE

Mr A. APITONIAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Miss H. SIMONYAN, Attaché, Permanent Mission, Geneva

AUTRICHE

Dr H. HRABCIK, Director General of Public Health, Federal Ministry of Health and Women, Vienna
Dr C. KOKKINAKIS, Chargé d'affaires, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative,
Geneva
Dr H. FRIZA, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.M. RAHMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELARUS

M. A. MOLCHAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

BELGIQUE

Mme L. MEULENBERGS, Chef de Service, Service des Relations internationales, Service public
fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles

BELIZE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

BENIN

Dr B. FAIHUN, Secrétaire général, Ministère de la Santé, Cotonou
M. Y. AMOUSSOU, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

BOSNIE-HERZEGOVINE

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVIC, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mrs M.S. MATLHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRUNEI DARUSSALAM

Dato Paduka Mahadi Haji WASLI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms Farida Hairani HISHAM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BULGARIE

Dr V. TZEKOV, Deputy Minister of Health, Sofia
Mr P. DRAGANOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr V. DELCHEV, Director, European Affairs and International Cooperation Directorate, Ministry of Health, Sofia
Mr N. MARIN, Head of Department, Human Rights and International Humanitarian Organizations Directorate, Ministry of Foreign Affairs, Sofia
Mrs D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BURKINA FASO

Dr M. SOMBIE, Conseiller technique du Ministre de la Santé, Ouagadougou
Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

BURUNDI

Dr T. NKURUNZIZA, Ministre de la Santé publique, Bujumbura

CAMBODGE

Professor ENG Huot, Secretary of State for Health, Ministry of Health, Phnom Penh
Mr CHHEANG Vun, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr SOK Touch, Director, Communicable Disease Control Department, Ministry of Health, Phnom Penh
Mr PHAN Peuv, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CANADA

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr T. CORMIER, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms N. STUEWER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CAP-VERT

Dr B. SILVA, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève

CHILI

Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J.E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

CHYPRE

Mr J.C. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr N. NICOLAOU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

COLOMBIE

Sra. C. FORERO UCROS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Dra. L.S. ARANGO DE BUITRAGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COSTA RICA

Sr. C. GARBANZO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COTE D'IVOIRE

M. B. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

CROATIE

Mr G. MARKOTIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M. ADAMIĆ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

CUBA

Sr. A. FERNÁNDEZ PALACIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. M. SÁNCHEZ OLIVA, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

EGYPTE

Mr S. SHOUKRY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. MELEKA, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr T. KHALAF, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

EMIRATS ARABES UNIS

Mr N.K. AL BUDOOR, Assistant Undersecretary, International Relations and Health Affairs,
Ministry of Health, Abu Dhabi
Mr A.E. AL MAHRI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mrs N. AL QASSIMI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EQUATEUR

Sr. M. MONTALVO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. SANTOS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESPAGNE

Sra. E. SALGADO, Ministra de Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. B. LEÓN GROSS, Viceministro, Secretario de Estado de Asuntos Exteriores, Ministerio de
Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. J.A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. MARTÍNEZ OLMOS, Secretario General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo,
Madrid
Sr. A. LACLAUSTRA BELTRÁN, Director General para las Naciones Unidas, los Derechos
Humanos y los Organismos Multilaterales, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación,
Madrid
Sr. J.E. SALARICH FERNÁNDEZ DE VALDERRAMA, Director General de Política Exterior para
Asia y Pacífico, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. M. OÑORBE, Director General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. A. INFANTE CAMPOS, Dirección de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de
Sanidad y Consumo, Madrid
Sr. I. DE LA RIVA GUZMÁN DE FRUTOS, Director General de Casa Asia, Madrid
Sr. A. JIMÉNEZ Y ABASCAL, Embajador en Misión Especial, Ministerio de Asuntos Exteriores y de
Cooperación, Madrid
Sr. R. GANDARIAS ALONSO DE CELIS, Embajador en Misión Especial, Ministerio de Asuntos
Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. E. YTURRIAGA SALDANHA, Subdirector General de Organismos Internacionales Técnicos,
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sr. J. PÉREZ LÁZARO, Subdirector General de Relaciones Internacionales, Ministerio de Sanidad y
Consumo, Madrid
Sr. F. DE BORJA MONTESINO MARTÍNEZ DEL CERRO, Vocal Asesor, Secretaría de Estado de
Asuntos Exteriores, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Madrid
Sra. C. PÉREZ CANTÓ, Directora, Gabinete de Comunicación, Ministerio de Sanidad y Consumo,
Madrid
Sra. R. URBANOS GARRIDO, Vocal Asesor, Gabinete de la Ministra de Sanidad y Consumo,
Madrid
Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. C. AMELA, Consejera Técnica, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y
Consumo, Madrid
Sr. J. CENZUAL COCA, Agregado, Misión Permanente, Ginebra

ESTONIE

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETHIOPIE

Mr F. YIMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. SHIKETA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EX-REPUBLIQUE YUGOSLAVE DE MACEDOINE

Mrs K. SALMANI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERATION DE RUSSIE

Mr O. CHESTNOV, Ministry of Health and Social Development, Moscow
Mr N. SIKACHEV, Ministry of Foreign Affairs, Moscow
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

FIDJI

Mr U. NARAYAN, Minister for Primary and Preventive Health Services, Suva

FINLANDE

Ms L. HYSSÄLÄ, Minister of Health and Social Affairs, Helsinki
Mr K. LEPPÖ, Director-General, Health Department, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
Mr V. HIMANEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, International Affairs Unit, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki
Dr P. PUSKA, Director, National Public Health Institute, Helsinki
Ms S. MATTILA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms J. KOTKAJÄRVI, First Secretary, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki
Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCE

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Dr B. KOUCHNER, Ancien Ministre, Paris
M. L. CONTINI, Sous-Directeur aux Affaires économiques, Direction des Nations Unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris
Mme B. ARTHUR, Chef, Bureau des Affaires internationales, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris
Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Paris
Mme G. BONNIN, Bureau des Relations internationales, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

M. J. BAUDOIN, Collaborateur du Dr Kouchner, Paris
M. E. DANON, Collaborateur du Dr Kouchner, Paris
Dr J.-E. MALKINE, Professeur de Médecine, Paris
Dr E. CHEVALLIER, Directeur des Opérations, Médecins du Monde, Paris
Dr E. DE LA ROSA, Professeur de Médecine, Paris
M. C. GUILHOU, Représentant permanent adjoint, Genève
Mme J. TOR-DE TARLE, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève
M. J.-F. TROGRIC, Conseiller (Affaires sociales), Mission permanente, Genève
Mme P. RENOUL, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. S. SCHORDERET, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. M. BEIGBEDER, Coordinateur administratif, Mission permanente, Genève
Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

GABON

M. P. TONDA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GHANA

Mr K. BAAH-DUODU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs L. ASIEDU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

GRECE

Mr F. VERROS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. MARTÍNEZ ALVARADO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER SKINNER-KLÉE, Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA ARENALES, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HAITI

M. J.-C. PIERRE, Ministre Conseiller, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève
M. J.-B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

HONDURAS

Sr. J.D. URBIZO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. G. BU FIGUEROA, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra
Sr. M.A. PÉREZ ZEPEDA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HONGRIE

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr B. RÁTKAI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ILES SALOMON

Mr C.F. SOALAOI, Minister of Health, Honiara

INDE

Mr S. SINGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M.S. GROVER, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr V.K. TRIVEDI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

INDONESIE

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')

Dr B. SADRIZADEH, Adviser for Health and International Affairs to the Minister of Health and
Medical Education, Tehran

Mr R.B. MOKHTARI, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

IRLANDE

Mr P. KAVANAGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms F. FLOOD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. GALLAGHER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ISLANDE

Mrs S. FRIDLEIFSDOTTIR, Minister for Health and Social Security, Reykjavik

Mr D.Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mr K.F. ARNASON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr H.W. HANNESSON, Ambassador, Permanent Representative, New York

Mr E. GUNNARSSON, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs K. OLAFSDOTTIR, Adviser to the Minister, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs R. HARALDSDOTTIR, Director of Department, Ministry of Health and Social Security,
Reykjavik

Mr S. MAGNUSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs I. DAVIDSDOTTIR, Counsellor, Ministry for Foreign Affairs, Reykjavik

Mr T. JONSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr H.M. ARTHURSSON, Communications Officer, Ministry of Health and Social Security,
Reykjavik

Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs E. MAGNUS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr T. SHALEV-SCHLOSSER, Minister Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms D. NICOLAU-NORRIS, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Ms K. DWEK, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIE

M. G. GHISI, Conseiller diplomatique du Ministre de la Santé, Rome
Mme L. FIORI, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève
Dr F. CICOGNA, Bureau des Rapports internationaux, Ministère de la Santé, Rome

KAZAKHSTAN

Dr Zh. KARAGULOVA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

KOWEIT

Mr A. Al-Abdallah AL-SABAH, Minister of Health, Kuwait
Mr D.A.R. RAZZOOQI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr A. AL-SEIF, Assistant Under-Secretary for Health Affairs, Kuwait
Mr N.A.A. AL-BADER, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr W. AL-WAQIYYAN, Director, Minister's Office Department, Ministry of Health, Kuwait
Mr A. AL-KHATEEB, Supervisor, Ministry of Health, Kuwait
Dr S.Kh. AL-ABDULRAZZAQ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr H. AL-WAQIYYAN
Mr W. AL-BAHR

LIBAN

Mr G. SOUFAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms M. DAGHER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr A. ARAFA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

LITUANIE

Mr E. BORISOVAS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms R. KAZRAGIENE, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr V. ŠAKALYS, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALAISIE

Mr W.A.R. WAN A YUSRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALAWI

Mrs M. NGAUNJE, Minister of Health, Lilongwe
Dr S. KABULUZI, Deputy Director, Preventive Health Services, Ministry of Health, Lilongwe
Dr D. LIU, Health Adviser, Ministry of Health, Lilongwe

MALTE

Mr S.F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr C. MERCIECA, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr R. SARSERO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MAROC

M. M. LOULICHKI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. N.-E. HALHOUL, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

MONACO

Mme C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève

MOZAMBIQUE

Professor P.I. GARRIDO, Minister of Health, Maputo (**Président de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé**)
Mr A.L.J. MANGUELE, Ministry of Health, Maputo
Mrs G.J. MACHATINE
Ms F. RODRIGUES, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr P.M. MOCUMBI, Maputo
Mr M. CARLOS, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr J.E. PAULO, Counsellor (Commercial), Permanent Mission, Geneva

MYANMAR

Mr NYUNT MAUNG SHEIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr NYUNT SWE, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mrs YIN YIN OO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr BA HLA AYE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NICARAGUA

Sra. A. MARTÍN GALLEGOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra
Sr. N. SOMARRIBA FONSECA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

NIGERIA

Professor E. LAMBO, Minister of Health, Abuja

NORVEGE

Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NOUVELLE-ZELANDE

Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

OMAN

Mr A.M.M. AL-RIYAMI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr Y. AL-ZADJALI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

OUGANDA

Mr S. MALINGA, Minister of Health, Kampala

OUZBEKISTAN

Mr B. OBIDOV, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

PAKISTAN

Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms T. JANJUA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr S.A. GILLANI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

PANAMA

Sra. U. ALFÚ DE REYES, Embajadora, Representante Permanente Adjunta, Ginebra

PARAGUAY

Sr. R. GAUTO VIELMAN, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. G. AMARILLA, Ministra, Misión Permanente, Ginebra

PAYS-BAS

Ms M.S. KAPPEYNE VAN DE COPPELLO, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr L. VAN DER HEIDEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Ms F. NICOLAI, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Mr S. KAASJAGER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Ms N. JAGESSAR, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr M. GRUSZKA, Adviser, Permanent Mission, Geneva

PEROU

Srta. E. BERAÚN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

PHILIPPINES

Mr E.A. MANALO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr R.L. TEJADA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

POLOGNE

Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

QATAR

Mr M.A. AL ATTIYAH, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

M. K. BITAR, Chargé d'affaires, Mission permanente, Genève
M. A. RAAD, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève
M. A. ANNAN, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

REPUBLIQUE DE COREE

Mr CHOI Hyuck, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms KIM Sunyoung, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr CHO Do-yeon, Korea International Foundation for Health and Development, Seoul

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

M. S. MUTOMB MUJING, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE LAO

Dr Bounkouang PHICHIT, Vice-Minister of Public Health, Vientiane
Dr Nao BOUTTA, Deputy Director of Cabinet, Ministry of Public Health, Vientiane

REPUBLIQUE DOMINICAINE

Dr. B. ROJAS GÓMEZ, Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Santo Domingo
Dr. H.L. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Dra. T. QUEZADA
Dra. M. BELLO DE KEMPER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

REPUBLIQUE POPULAIRE DEMOCRATIQUE DE COREE

Mr JANG Il Hun, Counsellor, Permanent Misión, Geneva

REPUBLIQUE TCHEQUE

Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Professor D.H. MWAKYUSA, Minister for Health and Social Welfare, Dar es Salaam
Mr M.Y.C. LUMBANGA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B.H. LUVANDA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr D.B. KAGANDA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr M.O. JOHN, Office of the Minister for Health and Social Welfare, Dar es Salaam

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SLOVAQUIE

Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SOUDAN

Dr T. BOTROS, Federal Minister of Health, Khartoum
Dr A. SID AHMED, Under-Secretary, Federal Ministry of Health, Khartoum
Mrs I.I.M. ELAMIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUEDE

Mrs E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm
Ms A. MOLIN HELLGREN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr A. HILMERSON, Deputy Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

SUISSE

M. J. STREULLI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. G. SILBERSCHMIDT, Vice-directeur, Chef de la Division des affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne
M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève
Mme B. SCHAER BOURBEAU, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

SURINAME

Mr E. NOORDZEE, Policy Adviser, Ministry of Health, Paramaribo

TCHAD

Mme N.O. SOUKATE, Ministre de la Santé publique, N'Djamena
M. M. BAMANGA ABBAS, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. B. TOGMIAN, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève
Dr N.N. MOSUREL, Directeur général des Activités sanitaires, Ministère de la Santé publique, N'Djamena

TIMOR-LESTE

Mr R. MARIA DE ARAUJO, Deputy Prime Minister, Dili
Ms V.E.M. LEMOS MARTINS, Chief-of-Staff to Deputy Prime Minister and Minister of Health, Dili
Mr A. DICK, Counsellor, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva
Mr D. BOUVIER
Ms K. BIERI
Mr S. PANIGHETTI
Ms D. WULANDARI

TOGO

Professeur K.C AGBA, Ministre de la Santé, Lomé
Dr P. TCHAMDJA, Directeur général de la Santé, Lomé

TUNISIE

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

TURKMENISTAN

Dr B. SOPYEV, Deputy Minister of Health and Medical Industry, Ashgabat

Mr A. ORAZOV, Deputy Chief, State Sanitary and Epidemiological Bureau, Ministry of Health and Medical Industry, Ashgabat

UKRAINE

Mrs S. HOMANOVSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

VANUATU

Mr I.M. STEVENS, Minister of Health, Port Vila

Mr S. BLONDELL, First Secretary, Ministry of Health, Port Vila

VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)

Sr. O. CARVALLO VALENCIA, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra

Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Sr. F. DI CERA, Funcionário de Apoyo, Misión Permanente, Ginebra

VIET NAM

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

YEMEN

Dr A. RASA', Minister of Health, Sana'a

Dr A. AL KHULIDI, Under-Secretary for Planning and Health Development, Ministry of Health, Sana'a

Mr A. AL-ARIANI, Ambassador, Chargé d'Affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Mr K. AL-SAKKAF, Adviser to the Minister of Health, Sana'a

Mr A.A. SALLAM, Director General, Public Relations, Ministry of Health, Sana'a

Dr A.I. AL-MAHBESHI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Mr C. CHIPAZIWA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES
ET DES INSTITUTIONS APPARENTEES**

Fonds des Nations Unies pour la Population

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office,
Geneva
Ms C. KAESER, UNFPA Office, Geneva

Programme alimentaire mondial

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in
Geneva
Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP
Office in Geneva

**Office de Secours et de Travaux des Nations
Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le
Proche-Orient**

Mr M. BURCHARD, Head, UNRWA
Representative Office, Geneva
Ms S. HOLE, UNRWA Representative Office,
Geneva

ONUSIDA

Dr P. PIOT, Executive Director
Mr E. MURPHY, Director, Governance, Donor
and United Nations System Relations
Ms H. FRARY, Chief, Governance and United
Nations System Relations

INSTITUTIONS SPECIALISEES

**Organisation des Nations Unies pour
l'Alimentation et l'Agriculture**

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison
Office with the United Nations, Geneva
Mr P. PAREDES PORTELLA, Liaison
Officer, FAO Liaison Office with the
United Nations, Geneva
Ms I. GALLETTI, FAO Liaison Office with
the United Nations, Geneva

**Organisation des Nations Unies pour
l'Education, la Science et la Culture**

Ms I. BREINES, Director, UNESCO Liaison
Office in Geneva
Ms K. HOLST, UNESCO Liaison Officer in
Geneva

REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

Ligue des Etats arabes

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur,
Représentant permanent, Genève
M. A. AL FATHI, Ministre plénipotentiaire,
Délégation permanente, Genève

Organisation de la Conférence islamique

Mr B. BA, Ambassador, Permanent Observer,
Geneva
Mr M.A. JERRARI, Minister Counsellor,
Permanent Observer Mission, Geneva

Union africaine

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
Mr D. NEGOUSSE, Minister Counsellor,
Permanent Delegation, Geneva
Miss B. NAIDOO, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva
Mr F. GSOUMA, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva
Mr M. CHATTI, First Secretary, Permanent
Delegation, Geneva

**REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS**

Alliance internationale des Femmes

Ms H. SACKSTEIN
Ms M. PAL

**Association du Commonwealth pour les
Handicaps mentaux et les Incapacités liées
au développement**

Dr V.R. PANDURANGI
Dr S. Prince AKPABLO

**Association internationale des Femmes
Médecins**

Dr C. BRETSCHER-DUTOIT

**Association internationale pour la Santé de
la Mère et du Nouveau-Né**

Dr R. KULIER

Association médicale du Commonwealth

Dr M. TILNEY

CMC – L'action des Eglises pour la Santé

Dr M. KURIAN
Dr M. KHOR KOK PENG
Mr R. TAYOB
Ms S. SHASHIKANT
Ms G. UPHAM

Collège international des Chirurgiens

Professor P. HAHNLOSER

**Conseil des Organisations internationales
des Sciences médicales**

Dr G. KREUTZ
Mr S.S. FLUSS

Conseil international des Infirmières

Dr J.A. OULTON
Dr T. GHEBREHIWET
Mrs L. CARRIER-WALKER

Fédération dentaire internationale

Dr J.T. BARNARD
Dr H. BENZIAN
Dr A. VITALI

**Fédération internationale de Gynécologie et
d'Obstétrique**

Dr B. BOURRIT

**Fédération internationale de l'Industrie du
Médicament**

Dr H.E. BALE
Dr E. NOEHRENBERG
Mrs S. CROWLEY
Ms L. AKELLO-ELOTU
Dr R.N. HYER

**Fédération internationale des Femmes de
Carrières libérales et commerciales**

Ms G. GONZENBACH

Fédération internationale pharmaceutique

Mr T. HOEK

**Fédération internationale pour la
Planification familiale**

Ms M. HODGSON

**Fédération mondiale des Associations de la
Santé publique**

Ms J. BELL DAVENPORT
Dr T. ABELIN

Fédération mondiale du Coeur

Mrs J. VOÛTE
Mrs H. ALDERSON
Mrs D. GRIZEAU-CLEMENS

Fédération mondiale pour la Santé mentale

Mrs M. LACHENAL
Dr S. FLACHE
Ms A. YAMADA-VETSCH

Global Forum for Health Research

Dr A. DE FRANCISCO
Dr A. GHAFAR
Mrs A. LIWANDER

The Network: Towards Unity for Health

Dr P. KEKKI

The Save the Children Fund

Ms R. KEITH
Ms N. CADGE
Ms C. MOREL

PROCES-VERBAUX

PREMIERE SEANCE

Lundi 6 novembre 2006, 9 h 40

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (document EB119/1)

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent dix-neuvième session du Conseil exécutif et souhaite la bienvenue à tous les participants.

2. HOMMAGE A LA MEMOIRE DU DR BARRINGTON WINT

Le PRESIDENT rend hommage à l'action du Dr Barrington Wint, membre du Conseil désigné par la Jamaïque, qui est décédé en septembre 2006.

Le Conseil observe une minute de silence.

3. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (document EB119/1) (reprise)

Le PRESIDENT souhaite spécialement la bienvenue à M. Dalley, nouveau membre désigné par la Jamaïque, à M. Gao Qiang, nouveau membre désigné par la Chine, à M. Takemi, nouveau membre désigné par le Japon, au Dr Khalfan, suppléant du Dr Haffadh (Bahreïn), ainsi qu'à M. Mihai, suppléant de M. Nicolaescu (Roumanie).

La présente session du Conseil a été convoquée suite à la résolution EB118.R2 adoptée le 30 mai 2006 intitulée « Examen de la question de l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du nouveau Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ». Conformément au paragraphe 4 de cette résolution, le seul point inscrit à l'ordre du jour provisoire de la session est le point « Directeur général », composé de deux points subsidiaires, à savoir « Désignation pour le poste » et « Projet de contrat ».

L'ordre du jour est adopté.¹

Le PRESIDENT, appelant l'attention du Conseil sur l'emploi du temps provisoire, rappelle que, conformément à l'article 7 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, le point 2 « Directeur général », doit être examiné en séance ouverte et que des dispositions spéciales de sécurité ont été mises en place pour l'accès à la salle du Conseil pendant ces séances.

A la suite de consultations avec les Etats Membres qui ont proposé des candidats au poste de Directeur général, il a été convenu que, par souci d'harmonie, les candidats ne seront pas présents dans

¹ Voir p. 7.

la salle du Conseil pendant l'examen de la désignation. Il rappelle au Conseil les dispositions de l'article 7 de son Règlement intérieur et présente la procédure énoncée dans l'emploi du temps provisoire pour le reste de la session.

4. DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour

Désignation pour le poste : Point 2.1 de l'ordre du jour (document EB119/INF.DOC./1)

Le Conseil se réunit en séance ouverte.

La séance est levée à 11 h 30.

DEUXIEME SEANCE

Lundi 6 novembre 2006, 13 heures

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour (suite)

Désignation pour le poste : Point 2.1 de l'ordre du jour (document EB119/INF.DOC./1) (suite)

**Le Conseil se réunit en séance ouverte de 13 heures à 16 h 35,
avant de reprendre ses travaux en séance publique.**

Le PRÉSIDENT, annonçant le résultat de la séance ouverte au cours de laquelle le Conseil exécutif a établi une liste restreinte de cinq candidats à la désignation pour le poste de Directeur général, dit qu'il est tout à l'honneur de l'Organisation que le poste ait attiré la candidature de tant de personnalités éminentes et d'une grande compétence ; le niveau exceptionnel des candidats a rendu très difficile l'établissement de la liste restreinte. Le Président donne lecture des noms figurant sur la liste restreinte dans l'ordre alphabétique :

Dr Kazem Behbehani
Dr Margaret Chan
Dr Julio Frenk
Dr Shigeru Omi
Mme Elena Salgado Méndez.

La séance est levée à 16 h 45.

TROISIEME SEANCE

Mardi 7 novembre 2006, 9 h 10

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour (suite)

Désignation pour le poste : Point 2.1 de l'ordre du jour (document EB119/INF.DOC./1) (suite)

Le Conseil se réunit en séance ouverte.

La séance est levée à 13 heures.

QUATRIEME SEANCE

Mardi 7 novembre 2006, 14 h 15

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour (suite)

Désignation pour le poste : Point 2.1 de l'ordre du jour (document EB119/INF.DOC./1) (suite)

Le Conseil se réunit en séance ouverte.

La séance est levée à 17 h 30.

CINQUIEME SEANCE

Mercredi 8 novembre 2006, 9 h 30

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour (suite)

Désignation pour le poste : Point 2.1 de l'ordre du jour (document EB119/INF.DOC./1) (suite)

**Le Conseil se réunit en séance ouverte de 9 h 30 à 11 h 55,
avant de reprendre ses travaux en séance publique.**

Le PRESIDENT annonce avec émotion et fierté que le Conseil désigne le Dr Margaret Chan pour le poste de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Les séances des trois derniers jours seront sans aucun doute considérées par l'ensemble des participants comme revêtant un caractère historique. Elles ont marqué un nouveau départ pour l'Organisation dans ses activités du XXI^e siècle, avec tous les défis que cela suppose, non seulement sur le plan économique et politique face à la mondialisation et aux conflits internationaux, mais aussi quant à la nécessité de faire passer le message d'une Organisation dévouée à la cause de la paix, de la santé et du bien-être.

Alors que la presse a parfois laissé entendre que les organes directeurs étaient motivés par des considérations autres que strictement éthiques, il faut féliciter les membres du Conseil d'avoir accompli leur tâche consciencieusement, de la façon la plus honorable possible et dans le plus grand respect de l'éthique.

Au nom du Conseil exécutif, le Président félicite le Dr Chan de sa désignation.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM félicite le Dr Chan de sa désignation. Elle associe des compétences techniques, une expérience de gestionnaire, des qualités de direction et des compétences sociales, ce qui lui permettra sans aucun doute de reprendre le flambeau de ses prédécesseurs.

Le Directeur général par intérim remercie le Président d'avoir dirigé les débats du Conseil de façon si efficace et il exprime ses remerciements à l'ensemble des candidats. Des candidatures d'un tel niveau de qualité témoignent clairement du grand intérêt que suscite l'OMS ainsi que de l'importance que revêt l'Organisation.

Chaque Directeur général apporte une touche personnelle à l'Organisation tout en poursuivant sur la lancée des résultats obtenus dans le passé. Un nouveau chapitre de l'histoire de l'OMS est sur le point de s'ouvrir. L'Organisation se trouve dans une position de force sans précédent. Jamais auparavant l'appui en faveur de la santé et l'intérêt qu'elle suscite n'ont été si marqués au niveau mondial comme au niveau local, du point de vue financier et politique et sur le plan des connaissances techniques.

Servir l'Organisation en tant que Directeur général par intérim au cours des derniers mois a été un honneur et un privilège et le Directeur général par intérim exprime au Conseil sa reconnaissance pour les remerciements qu'il lui a exprimés dans la résolution EB119.R4. Il a fait de son mieux, mais il lui aurait été impossible d'assumer sa tâche sans l'appui de l'ensemble du personnel de l'OMS et sans la confiance que le Dr Lee avait su générer au sein du personnel.

Le Directeur général par intérim a fait trois promesses en assumant ses fonctions : veiller à ce que la procédure d'élection se déroule de façon harmonieuse et efficace ; maintenir l'élan de l'action

de l'Organisation sur le plan technique ; et poursuivre les réformes gestionnaires dont il a été spécifiquement chargé. Beaucoup a été fait au cours des derniers mois ; l'Organisation ne s'est pas arrêtée, elle est restée forte ; pourtant, il reste beaucoup à faire. Il assure le Directeur général désigné de tout son appui pour assurer une transition harmonieuse.

A la demande du PRESIDENT, le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), Rapporteur, donne lecture de la résolution ci-après sur la proposition pour le poste de Directeur général adopté par le Conseil en séance ouverte :¹

Le Conseil exécutif

1. PROPOSE, conformément à l'article 31 de la Constitution, le Dr Margaret Chan pour occuper le poste de Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;
2. SOUMET cette proposition à l'Assemblée mondiale de la Santé à sa première session extraordinaire.

Projet de contrat : Point 2.2 de l'ordre du jour (document EB119/2)

A la demande du PRESIDENT, le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), Rapporteur, donne lecture de la résolution ci-après sur le projet de contrat du Directeur général adoptée par le Conseil en séance ouverte :²

Le Conseil exécutif,

Conformément aux dispositions de l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

1. SOUMET à l'Assemblée mondiale de la Santé, à sa première session extraordinaire, le projet de contrat ci-annexé fixant les conditions et modalités d'engagement du Directeur général ;
2. RECOMMANDE à l'Assemblée mondiale de la Santé, à sa première session extraordinaire, d'adopter la résolution suivante :

L'Assemblée mondiale de la Santé, à sa première session extraordinaire,

I

Conformément à l'article 31 de la Constitution et à l'article 109 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

APPROUVE le contrat fixant les conditions et modalités d'engagement, le traitement et les autres émoluments attachés à la fonction de Directeur général ;

SUSPEND, en application de l'article 122 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'article 108 dudit Règlement en ce qui concerne la durée du mandat du Directeur général, aux fins de déterminer la durée du mandat du Dr Margaret Chan ;

DECIDE que le mandat du Dr Margaret Chan prendra effet le 4 janvier 2007 et se terminera le 30 juin 2012 ;

II

Conformément à l'article 112 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé ;

AUTORISE le Président de la première session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé à signer ce contrat au nom de l'Organisation.

¹ Résolution EB119.R1.

² Résolution EB119.R2.

Le PRESIDENT fait observer que le projet de contrat dont il est question est repris du document EB119/2. Comme indiqué dans ce document, le choix de la candidate désignée concernant les droits à pension sera déterminé et porté à la connaissance de l'Assemblée de la Santé à sa première session extraordinaire pour qu'elle prenne une décision lorsqu'elle adoptera le contrat du Directeur général.

A la demande du PRESIDENT, le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), Rapporteur, donne lecture d'une nouvelle résolution intitulée « Reconnaissance de la contribution de feu le Dr Jong-wook Lee à l'action de l'OMS » adoptée par le Conseil en séance ouverte :¹

Le Conseil exécutif,
Tenant à rendre hommage au Dr Jong-wook Lee pour les services qu'il a rendus à l'Organisation mondiale de la Santé ;
RECOMMANDE à l'Assemblée mondiale de la Santé, à sa session extraordinaire, d'adopter la résolution suivante :
L'Assemblée mondiale de la Santé, à sa session extraordinaire,
Se remémorant le décès du Dr Jong-wook Lee, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé ;
Rendant hommage à son esprit de sacrifice, à son dévouement, à ses compétences professionnelles et à la passion avec laquelle il relevait tous les défis auxquels il était confronté ;
Sensible aux efforts qu'il a déployés pour combattre la maladie dans le monde, et surtout pour assurer dès 2005 un traitement antirétroviral à trois millions de personnes vivant avec le VIH/sida et pour éradiquer la poliomyélite ;
Saluant son engagement en faveur de la mission de l'OMS d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible ;
Rappelant que le Centre d'information sanitaire stratégique au Siège a été dédié à sa mémoire en reconnaissance de son action en faveur de la surveillance mondiale des maladies et qu'il porte son nom ;
RECONNAIT la contribution inestimable apportée par le Dr Jong-wook Lee à l'action de l'OMS.

M. CHOI Hyuck (République de Corée),² s'exprimant au nom de la famille du Dr Lee, exprime ses remerciements sincères au Président pour avoir pris l'initiative de commémorer la contribution du Dr Lee. Le Dr Lee aurait certainement dit que ses réalisations n'auraient pas été possibles sans l'étroite coopération et le ferme appui des Etats Membres. M. Choi remercie donc tous les Etats Membres du soutien actif apporté au Dr Lee pendant son mandat.

Le Dr Lee s'est consacré à la lutte contre le VIH/sida par le biais de son initiative « 3 millions d'ici 2005 » ainsi qu'à l'éradication de la poliomyélite. Il s'est engagé à renforcer la préparation contre la menace de grippe aviaire, ainsi qu'à mener à bien la révision du Règlement sanitaire international, et il s'est efforcé d'améliorer la santé dans le monde entier. La meilleure façon d'honorer la mémoire de ce grand homme est de poursuivre son action.

M. Choi félicite chaleureusement le Dr Chan dont il est sûr qu'elle apportera une grande contribution à l'activité de l'OMS visant à promouvoir la santé dans le monde et à prévenir la maladie. La contribution du Dr Lee sera ressentie non seulement dans ses initiatives majeures, mais aussi dans les petites choses qui touchent le coeur des gens, comme la plantation d'arbres commémoratifs au Siège de l'OMS. Le Gouvernement de la République de Corée envisage avec satisfaction de pouvoir, aux côtés du nouveau Directeur général, planter un arbre à la mémoire du Dr Lee afin de rappeler le passé et d'inaugurer une ère nouvelle pour l'OMS.

¹ Résolution EB119.R3.

² Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Dr RASA' (Yémen),¹ s'exprimant au nom des pays arabes, souscrit à la déclaration du représentant de la République de Corée, félicite chaleureusement le Dr Chan de sa désignation et remercie le Président de la façon dont il a dirigé les débats du Conseil. Il exprime l'espoir de voir le Dr Chan poursuivre sur la voie tracée par le Dr Lee et continuer son oeuvre.

A la demande du PRESIDENT, le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), Rapporteur, donne lecture d'une résolution intitulée « Expression de gratitude au Directeur général par intérim » adoptée par le Conseil en séance ouverte :²

Le Conseil exécutif,

A l'occasion de la désignation d'une personne pour le poste de Directeur général ;

Louant les efforts remarquables accomplis par le Directeur général par intérim, le Dr Anders Nordström, pour assurer la poursuite de l'action et des activités de l'OMS après le décès inopiné du Dr Jong-wook Lee cette année, et en particulier pour faciliter la mise en oeuvre de la résolution EB118.R2 sur l'accélération de la procédure à suivre pour l'élection du prochain Directeur général ;

EXPRIME au Dr Anders Nordström sa gratitude pour la contribution qu'il a apportée à l'Organisation et l'engagement dont il a fait preuve en faveur de son action sanitaire mondiale.

Le PRESIDENT relève que, dans sa résolution, le Conseil a tenu à reconnaître la façon dont le Dr Nordström avait assumé la responsabilité de la période de transition entre le décès inopiné du Dr Lee et la désignation du Dr Chan. Il remercie le Dr Nordström au nom du Conseil. Accueillant chaleureusement le Dr Chan, il l'invite à prendre la parole.

Le Dr CHAN se dit très honorée par le vote de confiance du Conseil. Le Conseil a eu un choix difficile à effectuer : elle-même n'était qu'une des candidates sur une liste comprenant certaines des personnalités les plus en vue dans le domaine de la santé publique. Ces personnes sont ses collègues, et elle espère pouvoir collaborer avec elles dans le but commun d'améliorer la santé dans le monde.

Elle est consciente de l'honneur qui lui est fait personnellement, mais aussi de la grande responsabilité qui lui est confiée, une responsabilité qu'elle ne saurait prendre à la légère. Mais c'est aussi pour elle un moment de réflexion et de respect. Le Conseil s'est réuni en raison du décès inopiné du Dr Jong-wook Lee. Mais il s'est aussi réuni à la suite de millions d'autres décès inopinés. Et l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui restera liée à jamais au Dr Lee, a justement été conçue pour éviter le plus grand nombre possible de décès inopinés.

Si sa désignation est confirmée par l'Assemblée de la Santé, le Dr Chan a l'intention de poursuivre sur la voie tracée par le Dr Lee et ses prédécesseurs. Elle a déjà exposé aux membres du Conseil sa conception de l'avenir de l'OMS, les priorités qu'elle souhaite introduire, le bagage qui est le sien et l'expérience dont elle jouit. Elle a pris l'engagement de servir les Etats Membres et elle le fera avec passion et humilité, résolue à obtenir des résultats en matière de santé. Les moyens d'y parvenir existent, il faut simplement faire preuve de choix judicieux en matière de planification et de fixation des priorités et faire preuve de bon sens dans l'exécution des tâches. Le Dr Chan assure le Conseil qu'elle travaillera sans relâche, sans perdre de vue les buts choisis d'un commun accord et en restant à l'écoute de chacun, son coeur entièrement dévoué aux populations de tous les pays.

M. GAO Qiang (Chine), prenant la parole au nom de son Gouvernement, exprime ses sincères félicitations au Dr Chan. Son talent, son courage et son dévouement à la cause de la santé lui ont permis d'obtenir l'appui des membres du Conseil auxquels il exprime sa reconnaissance. Le Dr Chan

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

² Résolution EB119.R4.

honorera ses engagements et servira la cause de la santé de tous les peuples. Le Gouvernement chinois renforcera sa coopération avec tous les Etats Membres et avec le Secrétariat afin de promouvoir une meilleure santé publique dans le monde entier.

La tâche du Directeur général de l'OMS n'est pas une tâche facile. Les questions de santé publique touchent non seulement l'économie nationale de chaque pays, mais également l'économie et le développement social au niveau mondial. Ces dernières années, le VIH/sida, la grippe aviaire et d'autres maladies ont constitué des menaces croissantes pour l'humanité. Tous les candidats se sont montrés résolus à relever courageusement ces défis et ce courage doit inciter tous les Etats Membres à améliorer la santé publique sur leur territoire. M. Gao remercie les candidats, le Président pour l'efficacité avec laquelle il a dirigé les débats et le Secrétariat pour les efforts intenses qu'il a déployés.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) dit qu'au début de la procédure de désignation du Directeur général, il craignait que des considérations politiques ne l'emportent. La procédure arrivant à son terme, il est fier, en tant que membre du Conseil, de constater la façon irréprochable dont l'OMS l'a conduite. Le Dr Kakar félicite l'Organisation, et tout spécialement le Directeur général par intérim, d'avoir mené cette procédure de façon si avisée, ainsi que le Président pour son approche éthique. Il est convaincu que le meilleur candidat a été choisi et il félicite le Dr Chan de sa désignation.

Le Dr AL-SHAMMARI (Iraq) remercie le Président pour la façon dont il a mené les débats et félicite le Dr Chan dont l'expertise et la sagesse constituent de bonnes garanties pour l'avenir de l'OMS. Il demande instamment au Dr Chan de vouer une attention particulière aux pays pauvres, tels que le sien, qui sont confrontés à des destructions et à de grandes souffrances.

M. TAKEMI (Japon) exprime ses félicitations chaleureuses au Dr Chan. Le Japon soutiendra ses initiatives visant à améliorer la santé de tous les peuples du monde.

Mme SOUKATE (Tchad)¹ reconnaît la qualité de tous les candidats et rend hommage à leur sens du fair-play. En tant que femme, elle se dit que le Dr Chan a une responsabilité particulièrement lourde à assumer. Les femmes font partie des groupes les plus vulnérables dans le monde. Bien souvent elles n'ont pas accès à l'eau potable, et au Tchad par exemple la mortalité infantile et la mortalité maternelle augmentent dans un contexte particulièrement difficile de conflit. Mme Soukate invite le Dr Chan à vouer une attention particulière aux pays tels que le sien : en tant que femme elle verra peut-être ce que les hommes ne voient pas. Elle lui souhaite plein succès dans l'exercice de sa lourde tâche.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que la transparence et le sens des responsabilités dont elle a fait preuve au cours des trois derniers jours ont sensiblement augmenté le crédit accordé à l'OMS, et les décisions équitables prises par le Président et la sagesse qui a caractérisé sa direction des débats vont dans le même sens. Il félicite le Dr Chan qui a reçu une distinction de la Thaïlande pour les succès obtenus dans la lutte contre la grippe aviaire à Hong Kong en 1998. Son engagement à oeuvrer étroitement et de manière constructive avec les autres candidats, tous d'éminentes personnalités dans le monde de la santé publique, témoigne de sa largeur de vue. Il faut espérer qu'à l'avenir, les relations entre l'OMS et tous les partenariats de la santé mondiale, qui sont actuellement lancés, seront améliorées et entraîneront de nouveaux progrès.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), au moment où la procédure de désignation du nouveau Directeur général arrive à son terme sans heurts, tient à exprimer sa reconnaissance pour le travail de fond effectué par le Directeur général par intérim et ses collaborateurs au Secrétariat et pour la façon remarquable dont le Président a dirigé les débats. Le Dr Phooko félicite le Dr Chan de sa victoire au

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

terme de cette procédure très disputée et rend hommage aux autres candidats. Il souhaite au Dr Chan et à l'OMS un avenir favorable et prospère.

M. BAILÓN (Mexique) exprime les félicitations sincères de son Gouvernement au Dr Chan pour sa désignation. Le Mexique continuera de collaborer étroitement avec l'Organisation sous sa direction. Le Gouvernement mexicain remercie les pays qui ont soutenu la candidature du Dr Frenk dont il est extrêmement fier.

M. DALLEY (Jamaïque) rappelle l'appel lancé par sa délégation en mai 2006 en vue d'accélérer la procédure d'élection d'un nouveau Directeur général.¹ Il remercie le Directeur général par intérim et ses collaborateurs de la façon dont l'Organisation a poursuivi ses travaux pendant les mois qui ont suivi le décès du Dr Lee et exprime ses remerciements sincères à tous les candidats. Le dernier tour de scrutin en particulier a démontré le niveau d'intégrité de l'OMS.

Il félicite chaleureusement le Dr Chan de sa désignation. Le monde attend son entrée en fonctions et la Région des Amériques attend avec plaisir sa première visite.

Le Dr TANGI (Tonga), s'exprimant au nom des petits Etats Membres, félicite le Directeur général par intérim et ses collaborateurs pour l'efficacité de la préparation et de la tenue des séances. Le Président mérite lui aussi des remerciements pour la façon dont il a conduit les débats. Le Dr Tangi rend hommage à tous les candidats, félicite le Dr Margaret Chan pour sa désignation et l'assure de l'appui de son pays dans l'accomplissement de son importante tâche.

Le Dr SHANGULA (Namibie) remercie le Président pour l'efficacité avec laquelle il a dirigé les débats, félicite le Dr Chan de sa désignation et exprime sa reconnaissance aux autres candidats qui ont rendu la procédure de désignation si intéressante.

M. ABDULLA (Bahreïn), le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) et M. AL-SAIF (Koweït) expriment eux aussi leur satisfaction du bon déroulement de la procédure, félicitent le Dr Chan de sa désignation au poste de Directeur général, se disent confiants quant à ses compétences et lui souhaitent plein succès dans ses fonctions.

Le Dr JEAN LOUIS (Madagascar) dit que le Dr Lee aurait été heureux de constater que l'honneur de l'OMS et son propre héritage ont été respectés tout au long de la procédure de désignation de son successeur. L'Organisation a démontré qu'elle représente une grande famille unie. Il félicite tous les candidats. Avec le Dr Chan comme Directeur général, la grande famille de l'OMS deviendra certainement plus unie encore.

Mme HALTON (Australie) rend hommage à l'action du Dr Lee. L'OMS vient de traverser un terrain non balisé dans une période difficile, et son action témoigne de la force de l'Organisation et de sa bonne gouvernance. Le Secrétariat, sous la direction du Directeur général par intérim, a accompli un travail remarquable et le Président a également fait preuve d'un grand savoir-faire en permettant au Conseil d'accomplir son travail avec succès dans les délais prévus. Le fait que l'Organisation ait attiré tant d'excellents candidats prêts à s'atteler à une tâche aussi difficile signifie qu'elle a de bonnes chances de réussir dans son entreprise. Pourtant moins de 10 % des membres du Conseil sont des femmes, sans compter, comme le représentant du Tchad l'a fait observer, que les femmes et les enfants sont parmi les personnes les plus désavantagées du point de vue des conditions de santé. Mme Halton félicite le Dr Chan de sa désignation et lui demande instamment de concentrer son action sur la santé pour tous et en particulier sur les femmes et les enfants qui figurent parmi les groupes les plus vulnérables.

¹ Document EBSS-EB118/2006/REC/1, procès-verbal de la session extraordinaire.

Le DIRECTEUR REGIONAL POUR L'EUROPE, s'exprimant au nom de l'ensemble des Directeurs régionaux et du personnel à tous les niveaux et dans toutes les zones géographiques de l'Organisation, félicite le Dr Chan de sa désignation, l'assure de son soutien inconditionnel. Il exprime ses remerciements au Directeur général par intérim pour l'esprit d'ouverture dont il a fait preuve envers les Régions.

2. CLOTURE DE LA SESSION : Point 3 de l'ordre du jour

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare la session close.

La séance est levée à 13 h 5.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT VINGTIÈME SESSION
GENÈVE, 22-29 JANVIER 2007

PROCÈS-VERBAUX

GENÈVE
2007

AVANT-PROPOS

Le Conseil exécutif a tenu sa cent vingtième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 22 au 29 janvier 2007. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les procès-verbaux des débats du Conseil, la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs, et la composition des comités et groupes de travail. Les résolutions et décisions, avec les annexes s’y rapportant, sont publiées dans le document EB119/2006-EB120/2007/REC/1.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos.....	55
Ordre du jour.....	63
Liste des documents.....	67
Liste des membres et autres participants.....	73
Comités et groupes de travail.....	101

PROCES-VERBAUX

Première séance

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	103
2. Organisation des travaux.....	104
3. Rapport du Directeur général.....	104

Deuxième séance

1. Rapport du Directeur général (suite).....	114
2. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.....	115
3. Questions techniques et sanitaires	
Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session	
• Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique.....	117
Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication.....	117
Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ..	124

Troisième séance

1. Questions relatives au personnel	
Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale.....	129
2. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (suite).....	130
Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (suite).....	130
Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme	132
Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005).....	137

Quatrième séance

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005) (suite).....	141
Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication (suite).....	145
Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale.....	147

Cinquième séance

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections	156
Systèmes de santé, systèmes de soins d'urgence compris	164

Sixième séance

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Sexospécificité, femmes et santé : projet de 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.....	173
Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants.....	182

Septième séance

Questions relatives au programme et au budget	
Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009	
• Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013.....	188
• Projet de budget programme 2008-2009	188

Huitième séance

1. Questions relatives au programme et au budget (suite)	
Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009 (suite)	
• Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement.....	200
• Projet de budget programme 2008-2009 (suite)	201
2. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (suite)	203
Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme (suite).....	207
Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale (suite)	211
Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants (suite).....	215

Neuvième séance

1.	Organisation des travaux.....	224
2.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Cybersanté : terminologie normalisée	224
	Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections (suite).....	228
	Systèmes de santé, systèmes de soins d'urgence compris (suite).....	232
	Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections (reprise).....	235
	Sexospécificité, femmes et santé : projet de 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 (suite)	236
	Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux	237
	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (suite).....	243

Dixième séance

	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Contributions de la médecine traditionnelle à la santé publique : la feuille de coca ..	249
	Commission des Déterminants sociaux de la Santé.....	250
	Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs	251
	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (suite).....	256
	Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005) (suite)	257
	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale (suite).....	260
	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session	
	• Technologies sanitaires essentielles	267
	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants (suite).....	268

Onzième séance

	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session (suite)	
	• Technologies sanitaires essentielles (suite).....	269
	• Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique (suite).....	269
	• La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation	277
	• Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé	278

Douzième séance

1.	Questions financières	
	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	282
	Barème des contributions 2008-2009	282
	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.....	283
2.	Questions relatives au personnel (suite)	
	Ressources humaines : rapport annuel	283
	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale	284
	Confirmation de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du cadre général de la Commission de la Fonction publique internationale, y compris la mise en oeuvre et le coût des amendements au Règlement du Personnel.....	284
	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel.....	285
	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS	286
3.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants (suite).....	287
	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session (suite)	
	• La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (suite).....	292
	• Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé (suite).....	295
	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme (suite)	299
	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session (reprise)	
	• Technologies sanitaires essentielles (suite)	304
	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale (suite)	306
4.	Questions administratives	
	Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif.....	311

Treizième séance

1.	Questions administratives (suite)	
	Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif (suite).....	318
	L'OMS et la réforme du système des Nations Unies.....	318
	Rapports des Comités du Conseil exécutif	
	• Comité permanent des Organisations non gouvernementales	321
	• Fondations et distinctions	321
	Ordre du jour provisoire de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent vingt et unième session du Conseil exécutif	322
2.	Questions soumises pour information	
	Comités d'experts et groupes d'étude.....	325
	Rapports de situation.....	326

		Pages
A.	Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action (résolution WHA58.16).....	326
C.	Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA58.26).....	327
D.	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (résolution WHA59.22).....	327
E.	Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12).....	327
G.	<i>Rapport mondial sur la violence et la santé</i> : mise en oeuvre des recommandations	327
H.	Réseau de métrologie sanitaire.....	327
I.	Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus	328
J.	Réduction de la mortalité mondiale par rougeole.....	328
3.	Questions techniques et sanitaires (suite) Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session (suite) • Technologies sanitaires essentielles (suite)	328
4.	Clôture de la session	331

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
4. Questions techniques et sanitaires
 - 4.1 Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication
 - 4.2 Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme
 - 4.3 Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme
 - 4.4 Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005)
 - 4.5 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale
 - 4.6 Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections
 - 4.7 Systèmes de santé, systèmes de soins d'urgence compris
 - 4.8 Sexospécificité, femmes et santé : projet de 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
 - 4.9 Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants
 - 4.10 Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs
 - 4.11 Cybersanté : terminologie normalisée
 - 4.12 Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session

¹ Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (22 janvier 2007).

- Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
- La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation
- Technologies sanitaires essentielles
- Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé

4.13 Contribution de la médecine traditionnelle à la santé publique : la feuille de coca

4.14 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux

4.15 Commission des Déterminants sociaux de la Santé

5. Questions relatives au programme et au budget

Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009

- Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013
- Projet de budget programme 2008-2009
- Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement

6. Questions financières

6.1 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution

6.2 Barème des contributions 2008-2009

6.3 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière

7. Questions relatives au personnel

7.1 Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale

7.2 Ressources humaines : rapport annuel

7.3 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale

7.4 Confirmation de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du cadre général de la Commission de la Fonction publique internationale, y compris la mise en oeuvre et le coût des amendements au Règlement du Personnel

7.5 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel

7.6 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS

-
8. Questions administratives
 - 8.1 Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif
 - 8.2 L'OMS et la réforme du système des Nations Unies
 - 8.3 Rapports des comités du Conseil exécutif
 - Comité permanent des Organisations non gouvernementales
 - Fondations et distinctions
 - 8.4 Ordre du jour provisoire de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent vingt et unième session du Conseil exécutif
 9. Questions soumises pour information
 - 9.1 Comités d'experts et groupes d'étude
 - 9.2 Rapports de situation
 - a) Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action (résolution WHA58.16)
 - b) [Transféré à la section 4, point 4.15]
 - c) Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA58.26)
 - d) Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (résolution WHA59.22)
 - e) Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)
 - f) [Transféré à la section 4, point 4.14]
 - g) *Rapport mondial sur la violence et la santé* : mise en oeuvre des recommandations
 - h) Réseau de métrologie sanitaire
 - i) Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus
 - j) Réduction de la mortalité mondiale par rougeole
 10. Clôture de la session
-

LISTE DES DOCUMENTS

EB120/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB120/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB120/2	Rapport du Directeur général au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session
EB120/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
EB120/4 Rev.1	Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication
EB120/4 Rev.1 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
EB120/5	Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme
EB120/5 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
EB120/6	Sexospécificité, femmes et santé : projet de stratégie
EB120/6 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
EB120/7	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants. Usage rationnel des médicaments
EB120/7 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ²
EB120/8	Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme

¹ Voir p. 63.

² Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 6.

EB120/8 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/9	Cybersanté : terminologie normalisée
EB120/10	Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections
EB120/11	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
EB120/11 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/12	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation
EB120/12 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/13	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. Technologies sanitaires essentielles
EB120/13 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/14	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session. Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
EB120/14 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/15	Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005)

¹Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 6.

EB120/15 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/16	Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005)
EB120/17	Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009. Résumé d'orientation
EB120/18 et Add.1	Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement
EB120/19	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
EB120/20	Barème des contributions 2008-2009 ²
EB120/21 et Corr.1	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
EB120/22	Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale
EB120/22 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/23	Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale
EB120/24	Ressources humaines : rapport annuel
EB120/24 Add.1 et Add.1 Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB120/25	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB120/26	Confirmation de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du cadre général de la Commission de la Fonction publique internationale, y compris la mise en oeuvre et le coût des amendements au Règlement du Personnel. Report de la date d'entrée en vigueur des amendements au Règlement du Personnel ³

¹ Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 6.

² Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 2.

³ Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 5.

EB120/26 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/27	Systèmes de santé. Systèmes de soins d'urgence
EB120/27 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/28 Rev.1	Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs
EB120/28 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/29	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel ²
EB120/29 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/30	Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif ³
EB120/31 et Corr.1	L'OMS et la réforme du système des Nations Unies
EB120/32	Ordre du jour provisoire de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé
EB120/33	Comités d'experts et groupes d'étude
EB120/34	Comités d'experts et groupes d'étude. Composition des tableaux d'experts et réunions des comités d'experts
EB120/35 et Add.1	Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation
EB120/35 et Add.1 Corr.1	Rapports de situation
EB120/36	Contribution de la médecine traditionnelle à la santé publique : la feuille de coca

¹ Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 6.

² Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 1.

³ Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 3.

EB120/37	Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants. Amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants
EB120/37 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
EB120/38	Systèmes de santé
EB120/38 Add.1	Systèmes de santé. Gestion de l'assurance de la qualité
EB120/39	Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session – Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique. Huitième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique
EB120/40	Rapport de l'ancien Directeur général par intérim au Conseil exécutif à sa cent vingtième session
EB120/41	Rapport des comités du Conseil exécutif. Comité permanent des Organisations non gouvernementales ²
EB120/41 Add.1	Rapport sur les incidences financières et administratives qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption ¹
MTSP/2008-2013 PPB/2008-2009 et Corr.1	Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 Avant-Projet de budget programme 2008-2009

Documents d'information

EB120/INF.DOC./1	Rapports de situation. F. Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux. Domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces
EB120/INF.DOC./2	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
EB120/INF.DOC./3	Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005). Meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux et de données sur les séquences génétiques

¹ Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 6.

² Voir document EB119/2006-EB120/2007/REC/1, annexe 4.

EB120/INF.DOC./4 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux

EB120/INF.DOC./5 Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux. Suivi de la première session du groupe de travail intergouvernemental

Divers

EB120/DIV/1 Rev.1 Liste des membres et autres participants

EB120/DIV/2 Emploi du temps quotidien préliminaire

EB120/DIV/3 Décisions et liste des résolutions

EB120/DIV/4 Liste des documents

LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

BOLIVIE

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

(Président)

Suppléants

Sra. A. NAVARRO LLANOS, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra

Sra. G.P. DE LA CRUZ, Ministra Consejera, Misión Permanente, Ginebra

AFGHANISTAN

Dr A.S. SALEHI, Director, External Relations Department, Ministry of Public Health, Kabul

Suppléants

Dr N. TARZI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. HACHEMI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

AUSTRALIE

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

Suppléants

Professor J. HORVATH, Chief Medical Officer, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms J. HEFFORD, Assistant Secretary, International Strategies Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

Mr C. SINDALL, Senior Adviser, Population Health Division, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms C. MILLAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. PATTERSON, Minister-Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G. ADLIDE, Counsellor (Development), Permanent Mission, Geneva

Conseillers

Mr T. POLETTI, Aid Adviser, AusAID, Permanent Mission, Geneva

Mr S. THOM, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. OATES-MERCIER, Program Officer, AusAID, Permanent Mission, Geneva

Ms C. HOLLIDAY, United Nations Section, Permanent Mission, Geneva

AZERBAIDJAN

Mr O.K. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku **(Vice-Président)**

Suppléants

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. ABDULLAYEV, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr S. TAGHIZADE, Adviser, Permanent Mission, Geneva

Mr R. NOVRUZOV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suppléant du Dr N.A. Haffadh**)

BHOUTAN

Mr S.T. RABGYE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva (**suppléant du Dr Jigmi Singay**)
Suppléant

Dr D. WANGCHUK, Director-General, Department of Medical Services, Ministry of Health,
Thimphu
Conseillers

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr S. WANGCHUK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

BRESIL

Dr P.M. BUSS, President, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

Suppléants

Mr C.A. DA ROCHA PARANHOS, Ambassador, Alternate Permanent Representative, Geneva

Mr F. CAMPOS, Secretary of Management in Work and Education in Health, Ministry of
Health, Brasília

Mr S. ALCÁZAR, Minister Counsellor, Head, Department of International Affairs, Ministry of
Health, Brasília

Mr G. DE AGUIAR PATRIOTA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms R. MELO, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr C. FRANCO BERBERT, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHINE

Dr QI Qingdong, Deputy Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of
Health, Beijing (**suppléant du Dr Ren Minghui**)

Suppléants

Mr SHA Zukang, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr LIANG Dongming, Deputy Director-General, Office of Health Emergency and Response,
Ministry of Health, Beijing

Mr FU Cong, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr XING Jun, Director of Division, Department of International Cooperation, Ministry of
Health, Beijing

Mr CHEN Guosheng, Deputy Director of Division, Bureau of Veterinary, Ministry of
Agriculture, Beijing

Ms LAN Mei, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr WANG Chuan, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr ZHANG Ze, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms SITU Sujian, Programme Officer, Department of International Cooperation, Ministry of
Health, Beijing

DANEMARK

Dr E. SMITH, Acting Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen

Suppléants

Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

Mrs M.-L. OVERVAD, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Conseillers

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Dr S.J. JØRGENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Ms S. ABILD, Head of Section, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen

Ms M. HESSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

DJIBOUTI

M. A.A. MIGUIL, Ministre de la Santé, Djibouti

Suppléants

M. M.S. DOUALÉ, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. MOHAMED ABOUBAKER, Directeur de l'Etude et de la Planification, Ministère de la Santé, Djibouti

M. A. ABDILLAHI ASSOWEH, Chef de Service, Système d'Information sanitaire, Djibouti

Mlle M. ABDOURAHMAN-ABDI, Comité de Coordination multisectorielle, Djibouti

EL SALVADOR

Dr. H.A. URBINA, Director General de Salud, Ministerio de Salud y Asistencia Social, San Salvador
(**suppléant du Dr J.G. Maza Brizuela**)

Suppléant

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr J.O. AGWUNOBI, Assistant Secretary for Health, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Suppléants

Dr W.R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary for International Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Mr M. ABDOO, International Health Analyst, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC

Ms D. GIBB, Senior Technical Adviser, Bureau for Global Health, Agency for International Development, Washington, DC

Mr D.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Conseillers

Ms A.L. CHICK, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva

Mr D. MORFESI, Attaché (WTO), Office of the United States Trade Representative, Permanent Mission, Geneva

IRAQ

Dr R.H. AL-EISSAWI, Acting Minister of Health, Baghdad (**suppléant du Dr A.H.I. Al-Shammari**)

Suppléants

Mr B.H. AL-SHIBIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Dr A.R. OTHMAN, Minister of Health, Kurdistan Regional Government
 Miss M.A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
 Mr A. IBRAHIM, Ministry of Health, Baghdad
 Mr M. AL-EISSAWI, Ministry of Health, Baghdad
 Dr A. KAWA KHALIL, Ministry of Health, Baghdad
 Mr M.J. HIWAL, Ministry of Health, Baghdad

JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE

Dr A.H. SAHELI, Deputy Secretary, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli (**Rapporteur**)

Suppléants

Ms N. AL-HAJJAJI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
 Mr B. ALLAGE, Department for Childhood, General People's Committee for Health and Environment, Tripoli
 Mr F. ABUSAA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAMAIQUE

Dr G. ALLEN-YOUNG, Permanent Secretary, Ministry of Health, Kingston (**suppléant de M. H. Dalley**)

Suppléants

Ms G. MATHURIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
 Dr S. CAMPBELL FORRESTER, Acting Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston
 Mrs A. DUBIDAD-DIXON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

JAPON

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Suppléants

Mr O. YAMANAKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
 Dr H. INOUE, Director, International Cooperation Office, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo
 Mr K. NATSUME, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
 Mrs T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
 Dr S. KOIKE, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo
 Ms M. IMAI, Deputy Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo
 Dr R. AKIZUKI, Section Chief, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Conseillers

Dr H. YOSHIDA, Senior Researcher, Department of Virology II, National Institute of Infectious Diseases, Tokyo
 Dr E. INAOKA, Social Development Specialist (Health), Social Development Division, Sector Strategy Development Department, Japan Bank for International Cooperation, Tokyo

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**Vice-Président**)

Suppléants

Professor M. NZOMO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P.R.O. OWADE, Ambassador, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr T. MBOYA OKEYO, Counsellor (Medical), Permanent Mission, Geneva

Dr A.E.O. OGWELL, Head, International Health Relations, Ministry of Health, Nairobi

LESOTHO

Mr T.J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru
(**suppléant du Dr M. Phooko**)

Suppléants

Dr M.A. MARUPING, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr L. BUDIAKI, Director of Primary Health Care, Ministry of Health and Social Welfare,
Maseru

Dr E. NDOBE, Head, Oral Health Division, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mr L. KOPELI, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs A. MARUPING

LETTONIE

Dr V. JAKSONS, Adviser of the State Secretary on International Affairs, Ministry of Health, Riga
Conseillers

Mr J. KARKLINS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs N. FREIMANE, Head, Division of International Relations, Department of Legal Affairs
and International Cooperation, Ministry of Health, Riga

Mrs I. DREIMANE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr W.T. GWENIGALE, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBOURG

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

Suppléants

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

MADAGASCAR

Dr M.P. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du
Planning familial, Antananarivo (**suppléant du Dr R.R. Jean Louis**)

Suppléants

M. A. RAMBELOSON, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. J.-M. RASOLONJATOVO, Conseiller technique, Mission permanente, Genève

M. R. RAKOTONARIVO, Conseiller technique, Mission permanente, Genève

MALI

Dr Z.M. YOUBA, Ministre de la Santé, Bamako

Suppléants

M. S.L. SOW, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr S. DIALLO, Conseiller technique, Ministère de la Santé, Bamako

M. S. KASSE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MEXIQUE

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

Suppléants

Dr. J.A. CÓRDOVA VILLALOBOS, Secretario de Salud, México, DF

Sr. L.A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Dra. M.A. FROMOW, Titular, Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social, Secretaría de Salud, México, DF

Dr. C. RUIZ MATUS, Coordinador de Asesores, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Dr. F. MENESES GONZÁLEZ, Asesor, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud Secretaría de Salud, México, DF

Sra. A. VELÁSQUEZ, Directora General, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Dr. E. JARAMILLO NAVARRETE, Director Ejecutivo, Operación Internacional, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud, México, DF

Sra. D.M. VALLE ÁLVAREZ, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

NAMIBIE

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Suppléants

Ms D. TJIPURA, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

Ms E.K. KAMBARU, Ministry of Health and Social Services, Windhoek

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Président, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

Suppléants

M. F. XAVIER ESTEVES, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Professeur M.C. MACHADO, Haut Commissaire pour la Santé, Lisbonne

M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme E. NUNES, Directrice de Services, Direction générale pour la Santé, Lisbonne

Professeur B. PADILLA, Expert, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

Mme I. ANDRADE, Expert, Direction générale pour la Santé, Lisbonne

Mme D. MAULIDE, Expert, Institut Ricardo Jorge, Lisbonne

ROUMANIE

Dr V. ILIESCU, Secrétaire d'Etat, Ministère de la Santé publique, Bucharest (**suppléant de M. E. Nicolaescu**)

Suppléants

M. D. COSTEA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr L. MIHAI, Directeur général, Direction générale des Relations internationales et des Affaires européennes, Ministère de la Santé publique, Bucharest

Mme L. POPESCU, Conseiller, Direction générale des Relations internationales et des Affaires européennes, Ministère de la Santé publique, Bucharest

Dr R. ARAFAT, Chef, Commission de Médecine d'urgence, Ministère de la Santé publique, Bucharest

M. F. PIRONEA, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

RWANDA

Dr J.D. NTAWUKULIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suppléants

Mme V. SEBUDANDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

SINGAPOUR

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Foreign Affairs, Singapore (**Vice-Président**)

Suppléants

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease Control), Ministry of Health, Singapore

Conseillers

Dr B. KOH, Assistant Director (Surveillance), Ministry of Health, Singapore

Mr C. WONG, Assistant Director (International Cooperation), Ministry of Health, Singapore

Ms D. TEO, Health Policy Analyst (International Cooperation), Ministry of Health, Singapore

Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms KOONG PAI CHING, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SLOVENIE

Dr B. VOLJČ, Adviser, The Blood Transfusion Centre of Slovenia, Ljubljana

Suppléants

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms V.-K. PETRIČ, Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Ms G. KORŽE, Secretary, Ministry for Health, Ljubljana

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SRI LANKA

Mr N.S. DE SILVA, Minister of Healthcare and Nutrition, Colombo

Suppléant

Dr Y.D.N. JAYATHILAKA, Additional Secretary (Medical Services), Ministry of Healthcare and Nutrition, Colombo

THAILANDE

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser on Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**Vice-Président**)

Suppléant

Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Conseillers

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Deputy Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr SUPAKIT SIRILAK, Provincial Chief Medical Officer, Uthaitani Province

Dr SOMSAK AKKSILP, Director, Regional Office for Disease Control, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr YOT TEERAWATTANANON, Medical Officer, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms SRIPEN TANTIVESS, Pharmacist, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms WARRANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

TONGA

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

TURQUIE

Professor S. AYDIN, Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Ankara

Suppléants

Dr S. MOLLAHALILOGLU, Director, Public Health School, Ministry of Health, Ankara

Mr V.E. ETENSEL, First Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G.C. IŞIK, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF¹**AFRIQUE DU SUD**

Dr M.E. TSHABALALA-MSIMANG, Minister of Health, Pretoria

Mrs M.K. MATSAU, Deputy Director-General, Department of Health, Pretoria

Dr G.J. MTSALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

ALBANIE

M. S. QERIMAJ, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. A. ALIA, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

ALGERIE

M. I. JAZAÏRY, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. M. BESSEDIK, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. M. CHABANE, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. E.-H. EL BEY, Conseiller, Mission permanente, Genève

ALLEMAGNE

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr E. SEEBA, Director General, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr U. SCHOLTEN, Director, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr P. CERF, Counsellor, Federal Foreign Office, Berlin
Mr R. SCHROEER, Deputy Head of Division, Federal Foreign Office, Berlin
Mr T. HOFMANN, Acting Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr L. SELWIG, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr G. HEGENDOERFER, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr J.P. ECKENDORF, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Mrs M. BRAKALOVA, Adviser, Permanent Mission, Geneva
Mr J. LILLIEHÖÖK, Adviser, European Council Secretariat, Geneva
Mr C. SCHREINER, Officer, Federal Ministry of Health, Bonn
Mrs M.-T. FLEISCHER, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn
Mr A. WILLENBORG, Adviser, Federal Ministry of Health, Bonn

ANGOLA

Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr S. NETO DE MIRANDA, Permanent Mission, Geneva

ARGENTINE

Dr. C. VIZZOTTI, Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud, Buenos Aires
Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

AUTRICHE

Dr C. KOKKINAKIS, Minister Plenipotentiary, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr H. FRIZA, Minister (Public Health), Permanent Mission, Geneva
Mr M. MÜHLBACHER, Coordination, International Health, Federal Ministry of Health and Women, Vienna

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr M.E. MOWLA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr N.U. AHMED, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELARUS

M. A. MOLCHAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

BELGIQUE

M. A. VAN MEEUWEN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme B. MINART, Représentant permanent adjoint, Genève
M. A. DELIE, Conseiller, Mission permanente, Genève
Mme L. MEULENBERGS, Chef de Service, Service des Relations internationales, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles
M. J. LARUELLE, Conseiller, Direction générale de la Coopération au Développement, Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, Bruxelles
M. J. DE PRETER, Secrétaire d'Ambassade, Mission permanente, Genève
M. J. DE VYLDER, Attaché, Mission permanente, Genève
Mme M.-H. TIMMERMANS, Délégué de la Communauté française de Belgique et de la Région wallonne, Mission permanente, Genève
M. D. MAENAUT, Délégué du Gouvernement de la Flandre, Mission permanente, Genève
M. P. DEMOULIN, Directeur général adjoint, Direction générale de la Santé de la Communauté française, Bruxelles

BELIZE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva
Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

BOSNIE-HERZEGOVINE

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms A. KUNDUROVIĆ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mr B. MOKGOTHU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr B. BONANG, First Secretary (Political/Economic), Permanent Mission, Geneva

BULGARIE

Mrs D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

BURKINA FASO

M. M. NÉBIÉ, Chargé d'affaires, Mission permanente, Genève
Mme E. BALIMA, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

CAMBODGE

Mr PHAN PEUV, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CANADA

Mr B. EPHREM, Director-General, International Affairs, Health Canada, Ottawa
Mrs G. WISEMAN, Director, International Relations, Health Canada, Ottawa
Dr G. ASLANYAN, Senior Health Adviser, Policy Branch, Canadian International Development Agency, Ottawa
Mr J. BALL, Director, Strategic Policy Directorate, Public Health Agency of Canada, Ottawa
Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr D. MACPHEE, Special Adviser, WHO/Global Health Issues, Foreign Affairs Canada, Ottawa
Mr D. STRAWCZYNSKI, Senior Adviser, International Affairs Division, Health Canada, Ottawa
Mrs N. STUEWER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

CHILI

Sr. J.E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. M. SANTA CRUZ, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

CHYPRE

Mr J.C. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr N. NICOLAOU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva
Ms M. SOLOYIANNI, Adviser, Permanent Mission, Geneva

COLOMBIE

Dra. L.S. ARANGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. D. MURILLO GARCIA, Misión Permanente, Ginebra

CONGO

M. R.J. MENGA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
Mme D. BIKOUTA, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

COSTA RICA

Sr. L.A. VARELA QUIRÓS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C.F. GARBANZO BLANCO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

COTE D'IVOIRE

M. T. MORIKO, Conseiller, Mission permanente, Genève
M. J.B. BAMBA, Mission permanente, Genève

CUBA

Sr. A. FERNÁNDEZ PALACIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. M. SÁNCHEZ OLIVA, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

EGYPTE

Dr H. HINDI, Responsible for Francophonic Relations, International Cooperation and Agreements,
Ministry of Health and Population, Cairo

EMIRATS ARABES UNIS

Mrs S.N. AL QASSIMI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EQUATEUR

Sr. M. MONTALVO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. C. SANTOS, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

ESPAGNE

Sr. J.A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sr. J. DE ARÍSTEGUI, Embajador, Representante Permanente Adjunto, Ginebra
Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sr. O. GÓNZALEZ GUTIERREZ-SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de Salud
Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid
Sra. I. SAIZ MARTÍNEZ-ACITORES, Jefe de Servicio, Dirección General de Salud Pública,
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTONIE

Mrs K. SIBUL, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETHIOPIE

Mr A. Shiketa, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE MACEDOINE

Mrs K. SALMANI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

FEDERATION DE RUSSIE

Mr O. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Mr V. LOSHCHININ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr V. NEBENZIA, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mrs O. SHARAPOVA, Director, Department of Medical and Social Problems of Family, Maternal and Child Health, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Professor Y. MIKHAILOVA, Director, Central Research Institute of Health, Management and Information Systems, Moscow

Mr N. SIKACHEV, Senior Adviser, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Dr Y. FEDOROV, Deputy Director of Department, Federal Supervisory Service for Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow

Dr A. MELNIKOVA, Chief of Unit, Federal Supervisory Service for Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow

Mrs A. TEZIKOVA, Attaché, Legal Department, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Mrs E. VARAVIKOVA, Deputy Chief of Unit, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Mr N. MAKHEL, Deputy Chief of Unit, Department of Pharmaceutical Activity, Human Welfare, Science and Education, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Mrs A. KOROTKOVA, Deputy Director, Central Research Institute of Health Management and Information Systems, Moscow

Ms N. KULESHOVA, Chief Specialist, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Mr Y. SIRENKO, Senior Specialist, Central Research Institute of Health Management and Information Systems, Moscow

Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BERDYEV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

FINLANDE

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Mr R. POMOELL, Senior Officer, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Ms J. KOTKAJÄRVI, Counsellor, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki

Mr K. PAASO, Government Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki

Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

FRANCE

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. F. GOYET, Direction des politiques de développement, Ministère des Affaires étrangères, Paris

M. G. DELVALLEE, Direction des Nations unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris

Mme E. JEAN, Chef, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme B. ARTHUR, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mme G. BONNIN, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

Mlle A. SOCIAS, Direction des Nations unies et des organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris

Mme J. TOR-DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

GABON

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

GEORGIE

Mr T. BAKRADZE, Minister Plenipotentiary, Permanent Mission, Geneva

GHANA

Mr K. BAAH-DUODU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs L. ASIEDU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

GRECE

Mr F. VERROS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M.-C. DIAMESIS, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva

Mr C.A. VOUSVOURAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

GUATEMALA

Sr. C. RAMIRO MARTÍNEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Srta. S. URRUELA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HAITI

M. J.-C. PIERRE, Chargé d'Affaires a.i., Mission permanente, Genève

M. J.B. ALEXANDRE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

HONGRIE

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr G. SOMOGYI, Attaché, Permanent Mission, Geneva

INDONESIE

Mr S.M. SOEMARNO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Dr I. NYOMAN KANDUN, Director-General, Disease Control and Environmental Health, Ministry of Health, Jakarta
Mr A. SOMANTRI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRLANDE

Mr P. KAVANAGH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms F. FLOOD, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Dr J. KIELY, Department of Health and Children, Dublin
Mr B. INGOLDSBY, Department of Health and Children, Dublin
Ms F. FLETCHER, Department of Health and Children, Dublin
Mr D. WEAKLIAM, Development Specialist, Irish Aid, Dublin
Mr M. GALLAGHER, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ISLANDE

Mr K.F. ARNASON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik
Mr R.G. KRISTJANSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr T. JONSSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mrs A. KNUTSDOTTIR, Adviser, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

ISRAEL

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr Y. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms D. NICOLAU-NORRIS, Adviser, Permanent Mission, Geneva

ITALIE

Mme L. FIORI, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
Dr F. CICOGNA, Direction générale des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome
Professeur G. MAJORI, Directeur, Laboratoire de Parasitologie, Institut supérieur de la Santé, Rome
Mme M.P. RIZZO, Direction générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome
M. G. GHISI, Ministre Conseiller, Ministère de la Santé, Rome
Mme M. CAPRIOLA, Attaché, Mission permanente, Genève

JORDANIE

Mr H. AL-HUSSEINI, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr H. QUDAH, Attaché, Permanent Mission, Geneva
Mr M. HINDAWI, Attaché, Permanent Mission, Geneva

KAZAKHSTAN

Dr Z. KARAGULOVA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LITUANIE

Mr E. BORISOVAS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms R. KAZRAGIENE, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MALAISIE

Mr W.A.R. WAN A YUSRI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

MALAWI

Mrs M. NGAUNJE, Minister of Health, Lilongwe
Dr F.M.L. SALANIPONI, Director, National TB Control Programme, Ministry of Health, Lilongwe
Dr D. LU, Health Adviser, Ministry of Health, Lilongwe
Mr I. MWENYE, Office of the Minister, Ministry of Health, Lilongwe

MALTE

Mr S.F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr C. MERCIECA, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr R. SARSERO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

MAROC

M. M. LOULICHKI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. N.-E. HALHOUL, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

MONACO

Mme C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève
M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

NEPAL

Mr B.R. PAUDYAL, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NICARAGUA

Sra. A. MARTÍN, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra
Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. N. SOMARRIBA FONSECA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

NORVEGE

Mr B.I. LARSEN, Director General, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo
Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs T. ROSCHER NIELSEN, Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr T.E. LINDGREN, Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo
Mr B. GARDEN, Senior Adviser, The Norwegian Agency for Development Cooperation, Oslo
Mr A.-P. SANNE, Project Director, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo
Mrs T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

NOUVELLE-ZELANDE

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General of Health, Ministry of Health, Wellington
Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

OUZBEKISTAN

Mr B. OBIDOV, Chargé d'affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

PAYS-BAS

Mr B.J. VAN EENENNAAM, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms N. JAGESSAR, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva
Ms M.S. KAPPEYNE VAN DE COPPELLO, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr F. LAFEBER, Head, International Affairs Department, Ministry of Health, Welfare and Sport,
The Hague
Mr L. VAN DER HEIDEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Ms F. NICOLAI, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague
Mr B. WIJNBERG, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Ms R. AALDERS, Senior Policy Adviser, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Hague
Mr S. KAASJAGER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

PEROU

Sr. C.A. CHOCANO, Ministro Consejero, Representante Permanente Alterno, Ginebra
Sr. D. BELEVÁN, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra
Sr. A. NEYRA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

POLOGNE

Mr R. PLACHIMOWICZ, Deputy Director, International Cooperation Department, Ministry of
Health, Warsaw
Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REPUBLIQUE DE COREE

Mr PARK Hun-yul, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Jae-yong, Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Dr HUR Young-joo, Director, Epidemic Intelligence Service Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul
Mr KWON Jun-wook, Director, Communicable Disease Control Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul
Mr MOON Wang-kon, Deputy Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Ms KIM Sunyoung, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Team, Ministry of Health and Welfare, Seoul
Mr LEE Dong-han, Senior Scientific Officer, National Immunization Programme Team, Korea Center for Disease Control and Prevention, Seoul

REPUBLIQUE DE MOLDOVA

Mr V. MORARU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

REPUBLIQUE DOMINICAINE

Sr. H.L. HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. M. BELLO DE KEMPER, Consejera, Misión Permanente, Ginebra

REPUBLIQUE TCHEQUE

Mr M. VÍT, Deputy Minister of Health, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Prague
Mr T. HUSÁK, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. BELADOVÁ, International Relations and European Union Department, Ministry of Health, Prague
Mr P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London
Dr D. HARPER, Director of Health Protection and International Health, Department of Health, London
Ms S. HENDRY, Director of International Health, Department of Health, London
Mr W. NIBLETT, Global Affairs Team Leader, Department of Health, London
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva
Mrs M. TOMLINSON, Head of Section – Emerging Hazards, Department of Health, London
Ms L. DEMMING, Global Business Manager, Department of Health, London
Mr B. GREEN, Manager, Institutional Relations (WHO and UNAIDS), Department for International Development, London

Ms P. SCOTT, Deputy Programme Manager (WHO), Department for International Development, London

Mr R. KELLY, Office of the Chief Medical Officer, Department of Health, London

Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Ms J. NEWSTEAD, Department of Health, London

SAINT-MARIN

Mr D. GALASSI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

SERBIE

Mr S. VUKČEVIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr V. LAZOVIĆ, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SLOVAQUIE

Ms S. KOVÁCSOVÁ, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Bratislava

Ms E. JABLONICKÁ, Department of International Relations, Ministry of Health, Bratislava

Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

SOUDAN

Mrs I.I.M. ELAMIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

SUEDE

Ms E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr F. LENNARTSSON, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Mr A. HILMERSSON, Deputy Director, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Ms A. MOLIN HELLGREN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms K. NILSSON KELLY, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Mr B. PETTERSSON, Deputy Director-General, National Institute of Public Health, Stockholm

Mr P. SVENSSON, Senior Research Officer, Swedish International Development Cooperation Agency, Stockholm

Mr C. SKAU, Special Adviser, Permanent Mission, Geneva

SUISSE

M. G. SILBERSCHMIDT, Chef, Division des affaires internationales, Vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique, Berne

M. O. CHAVE, Chef, Section ONU-Développement, Direction du développement et de la coopération, Berne

M. G. KESSLER, Chef, Section organisations internationales, Office fédéral de la santé publique, Berne
Mme M. PENEVEYRE, Cheffe suppléante, Section organisations internationales et politique d'accueil, Division politique III, Nations Unies et autres Organisations internationales, Département fédéral des affaires étrangères, Berne
M. P. BEYER, Conseiller juridique, Service juridique, Division droit et affaires internationales, Institut fédéral de la propriété intellectuelle, Berne
M. A. VON KESSEL, Chef suppléant, Section organisations internationales, Office fédéral de la santé publique, Berne
M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/Santé), Mission permanente, Genève
Mme B. SCHAEER BOURBEAU, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève
M. F. DEL PONTE, Section multilatérale et tâches spéciales, Aide humanitaire, Direction du développement et de la coopération, Berne

TUNISIE

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

UKRAINE

Mrs S. HOMANOVSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)

Sr. O. CARVALLO VALENCIA, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra
Sr. J. ARIAS PALACIO, Embajador, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente, Ginebra
Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

VIET NAM

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

YEMEN

Dr E. AL-MAHBASHI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZAMBIE

Mr A. ZULU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

ZIMBABWE

Mr C. CHIPAZIWA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

OBSERVATEURS D'UN ETAT NON MEMBRE**SAINT-SIEGE**

Mgr S.M. TOMASI, Nonce apostolique, Observateur permanent, Genève
Mgr J.-M. MUSIVI MPENDAWATU
Rev. R. VITILLO
Dr G. RIZZARDINI
Dr A. CAPETTI

OBSERVATEURS**ORDRE DE MALTE**

M. M. DE SKOWRONSKI, Observateur permanent adjoint, Ministre Conseiller, Genève
Professor J.-M. DECAZES, Expert

FEDERATION INTERNATIONALE DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE

Ms J. MULLER

**REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES
ET DES INSTITUTIONS APPARENTÉES****Organisation des Nations Unies**

Dr D. NABARRO, United Nations System
Senior Coordinator for Avian and Human
Influenza
Ms M. MULLER, Senior Adviser to the
United Nations System Coordinator for
Avian and Human Influenza
Mr A. SMITH SERRANO, External and
Inter-Agency Affairs Officer, Office of the
Director-General, United Nations Office at
Geneva

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Dr P. VILLENEUVE, Associate Director,
Programme Partnerships

**Conférence des Nations Unies sur le
Commerce et le Développement**

Ms E. TUERK, Economic Affairs Officer,
Division on International Trade in Goods
and Services and Commodities

**Programme des Nations Unies pour
l'Environnement**

Mr P. QUIBLIER, Programme Officer, UNEP
Chemicals Branch, Division of Technology,
Industry and Economics

Fonds des Nations Unies pour la Population

Ms S. TELLIER, Director, UNFPA Office in Geneva

Mr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health Adviser, UNFPA Office in Geneva

Ms S. HAMID, External Relations Officer

Ms R. GROENEN, Adviser on Gender and Human Rights, UNFPA Office in Geneva

Ms L. EKLUND, Technical Officer, UNFPA Office in Geneva

Ms P. MARESCA, UNFPA Office in Geneva

Programme alimentaire mondial

Mr D. BELGASMI, Director, WFP Office in Geneva

Ms P. KENNEDY, Deputy Director, WFP Office in Geneva

Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

Dr G. SABATINELLI, Director of Health

Mr M. BURCHARD, Head, UNRWA Representative Office, Geneva

Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

Dr M. BADURAUX, Director, Medical Service

Ms T. MOREL, Chief, Community Development, Gender Equality and Children Section

Ms M. LEICHNER-BOYCE, Head, Human Resources Policy Unit

Mr P. SPIEGEL, Head, HIV/AIDS Unit

Ms M. SCHILPEROORD, Technical Officer, HIV/AIDS Unit

Ms N. CORNIER, Reproductive Health Officer, Technical Support Section

Ms F. ABDALLA, Senior Nutritionist, Technical Support Section

ONUSIDA

Dr P. PIOT, Executive Director

Ms D. LANDEY, Deputy Executive Director

Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department

Ms P. MANE, Director, Policy, Evidence and Partnerships

Mr T. MARTINEAU, Director, Executive Office

Ms H. FRARY, Chief, External Relations and Governance

Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration

Mr D. WHYMS, Team Leader, Country and Regional Support Department

Mr G. TEMBO, Team Leader, UN Action at Regional and Country Level

Ms S. SMITH, Programme Development Adviser, Civil Society Partnerships

Ms J. POLSKY, Programme Development Adviser, Global Coalition on Women and AIDS

Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, External Relations and Governance

Organe international de Contrôle des Stupéfiants

Dr P.O. EMAFO, President

Ms C. SELVA-ELIZALDE, Chief, Psychotropics Control Section

INSTITUTIONS SPECIALISEES**Agence internationale de l'Energie atomique**

Ms R.M. MAZZANTI, Policy Officer, IAEA Geneva Office

Banque mondiale

Mr P. REICHENMILLER, The World Bank Group Geneva Office

Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

Mr T.N. MASUKU, Director, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva
 Mr P. PAREDES-PORTELLA, Liaison Officer, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva
 Mr J.L. FERNÁNDEZ, Liaison Officer

Organisation internationale du Travail

Ms X. SCHEIL-ADLUNG, Health Policy Coordinator, Social Security Department
 Dr O. FRANK, ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work
 Dr B. ALLI, ILO Programme on HIV/AIDS and the World of Work
 Dr S. NIU, Programme on Safety and Health at Work and the Environment
Dr I. FEDOTOV, Programme on Safety and Health at Work and the Environment

Organisation météorologique mondiale

Ms L. MALONE, Scientific Officer, World Climate Applications and CLIPS Division, World Climate Programme Department

Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle

Mr C. MAZAL, Senior Counsellor, Coordination Office of External Relations

Organisation mondiale du Commerce

M. R. KAMPF, Conseiller, Division de la propriété intellectuelle

Union internationale des Télécommunications

Mrs M. WILSON, Personnel Officer, Pensions and Insurances Sections

REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**Commission européenne**

Mr E. GUTH, Ambassador, Permanent Delegation, Geneva
 Mr T. BECHET, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
 Mr M. RAJALA, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
 Ms A.E. AMPELAS, Policy Officer, Directorate General for Health and Consumer Protection

Ligue des Etats arabes

Mr S. ALFARARGI, Ambassador, Permanent Observer, Geneva
 Mr T. HAFEDH, Permanent Delegation, Geneva

Organisation de la Conférence islamique

Mr M.A. JERRARI, Minister Counsellor, Permanent Observer Mission, Geneva

Mrs A. KANE, First Secretary, Permanent Observer Mission, Geneva

Secrétariat du Commonwealth

Dr D. DE SILVA, Adviser and Head of Health, Social Transformation Programmes Division
 Dr J. AMUZU, Adviser, Social Transformation Programmes Division

Union africaine

Mrs K. MASRI, Permanent Observer, Geneva
 Mr D. NEGOUSSE, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva
 Miss B. NAIDOO, First Secretary, Permanent Delegation, Geneva

**REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES
EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS**

Alliance internationale des Femmes

Mrs M. PAL

Association internationale de Pédiatrie

Professor A. GRANGE
Professor J. SCHALLER

Association internationale d'Epidémiologie

Dr R. SARACCI

**Association internationale de Recherche
dentaire**

Dr J.T. BARNARD
Dr H. BENZIAN

**Association internationale des Consultants
en Lactation**

Ms M. ARENDT LEHNERS

**Association internationale des Femmes
Médecins**

Dr C. BRETSCHER-DUTOIT
Dr L. TOSCANI

**Association internationale des Lions Clubs
(Lions Clubs International)**

Mr G.E. CANTAFIO

**Association internationale pour la Santé de
la Mère et du Nouveau-Né**

Dr R. KULIER

**Association mondiale des Sociétés de
Pathologie et Biologie médicale**

Dr R. BACCHUS
Dr U.P. MERTEN

**Coalition internationale pour la Santé des
Femmes**

Ms Z. WOODS

CMC – L'Action des Eglises pour la Santé

Mr J. ARKINSTALL
Mr T. BALASUBRAMANIAN
Ms A. BEUTLER
Ms M. CHILDS
Ms M. DOSANJH
Ms S. GOMBE
Dr C.P. JOHN
Dr H. JOHN
Dr G. JOURDAN
Dr M. KHOR KOK PENG
Dr M. KURIAN
Mr A. LEATHER
Mr J. LOVE
Dr A. MINO
Mr A. PETERSEN
Ms F. RASOLOMANANA
Mr T. RIAZ
Dr S. SANGEETA
Dr M. SHIVA
Ms E. 'T HOEN
Ms G. UPHAM
Dr C. WAGNER

Collège international des Chirurgiens

Professor P. HAHNLOSER
Dr F. RUIZ-HEALY
Professor N. HAKIM
Mr M. DOWNHAM

**Commission internationale de la Santé au
Travail**

Professor J. RANTANEN
Professor S. IAVICOLI
Dr I. FEDOTOV

**Confédération internationale des
Sages-Femmes**

Ms K. HERSCHDERFER
Ms R. BRAUEN
Ms J. BONNET

Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement

Professor C. IJSSELMUIDEN
 Ms S. DE HAAN
 Mr M. DEVLIN
 Dr A. KENNEDY
 Dr M. BERGER

Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales

Dr G. KREUTZ
 Dr J. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ
 Mr S. FLUSS
 Dr J. VENULET

Conseil international des Femmes

Mrs C. SCHENK MONFRINI
 Ms R. SHAHBARI

Conseil international des Infirmières

Dr J.A. OULTON
 Dr T. GHEBREHIWET
 Mrs L. CARRIER-WALKER
 Mr M. VITOLS
 Mr S. LEWIS
 Ms S. SCHUMANN
 Mrs T. DLAMINI

Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode

Dr G. BURROW
 Dr C. EASTMAN
 Dr M. ZIMMERMAN
 Dr H. BUERGI

Consumers International

Ms M. CHILDS
 Ms A. LINNECAR
 Dr L. LHOTSKA
 Ms N. EL RASSI
 Ms J.K. YEONG
 Mr T. REED
 Ms T. LEONARDO ALVES

Corporate Accountability International

Ms K. MULVEY

Fédération dentaire internationale

Dr M. AERDEN
 Dr J.T. BARNARD
 Dr H. BENZIAN
 Dr A. VITALI
 Ms C. THORSEN

Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

Dr R. KULIER

Fédération internationale de l'Industrie du Médicament

Dr H. BALE
 Dr E. NOEHRENBURG
 Mr A. AUMONIER
 Mr D. HAWKINS
 Ms J. BERNAT
 Mr J. PENDER
 Ms L. BIGGER
 Ms L. AKELLO-ELOTU
 Mr M. OJANEN
 Ms P. CARLEVARO
 Mr P. HEDGER
 Dr R. HYER
 Ms S. CROWLEY
 Mr T. KOIZUMI
 Dr S. MEREDITH
 Dr D. RONAN
 Dr F. SANTERRE

Fédération internationale des Associations d'Étudiants en Médecine

Mr A. KUIPER
 Ms Z. ELBERTOVA

Fédération internationale des Collèges de Chirurgie

Professor S.W.A. GUNN

Fédération internationale des Etudiants en Pharmacie

Ms A. CLARISSA
 Ms A. WATSON
 Ms G. GAL
 Mr M.A.A. EL HAKIM FARAG

Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales

Mrs M. GERBER
 Dr I. ANDRESEN
 Mrs G. GONZEBACH

Fédération internationale des Hôpitaux

Dr R. MASIRONI
 Mr D. MOE
 Mrs S. ANAZONWU

Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques

Dr A. BRONNER
 Mr THIEN LUONG VAN MY
 Ms J. KEITH
 Mr D. HAWKINS
 Mr N. CHRISTIANSEN
 Ms G. CROZIER

Fédération internationale du Diabète

Professor M. SILINK
 Mr L. HENDRICKX

Fédération internationale du Génie médical et biologique

Professor J. NAGEL
 Dr M. NAGEL

Fédération internationale pharmaceutique

Mr T. HOEK
 Mr XUAN HAO CHAN
 Ms T. WULIJI

Fédération internationale pour la Planification familiale

Dr K. ASIF

Fédération mondiale de Chiropratique

Mr D. CHAPMAN-SMITH

Fédération mondiale des Associations de la Santé publique

Dr T. ABELIN
 Dr B. HATCHER
 Ms J. BELL DAVENPORT

Fédération mondiale des Sociétés d'Acupuncture et de Moxibustion

Mr S. BANGRAZI

Fédération mondiale du Coeur

Mrs J. VOÛTE
 Mrs D. GRIZEAU-CLEMENS
 Mrs L. ZONCO
 Mrs H. ALDERSON
 Mr T. O'LEARY

Fédération mondiale pour la Santé mentale

Mrs M. LACHENAL
 Dr S. FLACHE
 Mrs A. YAMADA-VETSCH

Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine

Dr H. KARLE
 Professor L. CHRISTENSEN

Fondation pour la Médecine et la Recherche en Afrique

Dr H. JEENE

Global Forum for Health Research

Professor S.A. MATLIN
 Dr A. DE FRANCISCO
 Dr A. GHAFAR
 Ms L. SUNDARAM
 Ms S. OLIFSON
 Mrs M.A. BURKE
 Mrs S. JUPP
 Ms A. LIWANDER

Industrie mondiale de l'Automédication responsable

Dr D. WEBBER

International Association for the Study of Obesity

Mr N. RIGBY

Organisation internationale de Normalisation

Mr T.J. HANCOX

Organisation mondiale contre la CécitéMr C. GARMS
Mr R. PORTER**Rotary International**

Mr J. KENNY

Société internationale contre l'Accident vasculaire cérébral

Professor B. NORRVING

Soroptimist International

Ms I.S. NORDBACK

The Network: TUFH

Dr P. KEKKI

The Save the Children FundMrs R. KEITH
Mr J. MECASKEY**The World Medical Association, Inc.**Dr Y. COBLE
Dr P. STACHWITZ
Mrs A. SEEBOHM
Dr O. KLOIBER**Union internationale contre le Cancer**

Mrs I. MORTARA

Union internationale de Pharmacologie pure et clinique

Dr K. HOPPU

Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé

Ms M.-C. LAMARRE

Union internationale des Architectes

Mr H. EGGEN

Vision mondiale internationale

Mr T. GETMAN

COMITES ET GROUPES DE TRAVAIL¹

1. Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

Dr A. S. Salehi (Afghanistan), Mme J. Halton (Australie), Dr Jigmi Singay (Bhoutan), Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, membre de droit), Dr E. Smith (Danemark), Dr J. Agwunobi (Etats-Unis d'Amérique), Dr A. H. I. Al-Shammari (Iraq), M. H. Dalley (Jamaïque), Dr J. Nyikal (Kenya, membre de droit), Dr W. T. Gwenigale (Libéria), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), M. N. S. de Silva (Sri Lanka), Dr V. Tangi (Tonga).

Cinquième réunion, 17-19 janvier 2007 : Mme J. Halton (Australie, Président), Dr A. S. Salehi (Afghanistan), Dr D. Wangchuk (Bhoutan, suppléant du Dr Jigmi Singay), Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, membre de droit), Mme M. Kristensen (Danemark, suppléant du Dr E. Smith), Mme A. Blackwood (Etats-Unis d'Amérique, suppléant du Dr J. Agwunobi), Dr E. A. Aziz (Iraq, suppléant du Dr A. H. I. Al-Shammari), Dr G. Allen-Young (Jamaïque, suppléant de M. H. Dalley), Dr W. T. Gwenigale (Libéria), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), M. A. Kayitayire (Rwanda, suppléant du Dr J. D. Ntawukuliryayo), Dr Y. D. N. Jayathilaka (Sri Lanka, suppléant de M. N. S. de Silva), Dr V. Tangi (Tonga).

2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), Dr P. M. Buss (Brésil), Dr Ren Minghui (Chine), Dr R. R. Jean Louis (Madagascar), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande).

Réunion du 23 janvier 2007 : Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande, Président), Dr P. M. Buss (Brésil), Dr Xing Jun (Chine, suppléant du Dr Ren Minghui), Dr M. P. Rahantanirina (Madagascar, suppléant du Dr R. R. Jean Louis).

3. Comité de la Fondation Léon Bernard

Le Président et les Vice-Présidents du Conseil et le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg).

Réunion du 24 janvier 2007 : Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, Président), Dr B. Sadasivan (Singapour, Vice-Président), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande, Vice-Président), Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg).

4. Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille

Le Président du Conseil, le Président de l'Université Bilkent, Ankara, ou son délégué, et un représentant du Centre international de l'Enfance, Ankara.

¹ On trouvera ci-dessous la composition des comités et des groupes de travail, ainsi que la liste des participants aux réunions qui ont eu lieu depuis la précédente session du Conseil.

Réunion du 24 janvier 2007 : Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, Président), Dr P. L. Erdogan, (délégué du Président de l'Université Bilkent), Professeur K. Yurdakok (représentant du Centre international de l'Enfance).

5. Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil.

Réunion du 24 janvier 2007 : Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, Président), Professeur K. Kiikuni (représentant du fondateur), Dr V. Tangi (Tonga).

6. Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil représentant un Etat Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

Réunion du 25 janvier 2007 : Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, Président), M. N. K. Al Budoor (représentant du fondateur), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh).

7. Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil représentant un Etat Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

Réunion du 25 janvier 2007 : Dr F. Antezana Aranibar (Bolivie, Président), M. N. Al Bader (représentant du fondateur), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh).

PROCES-VERBAUX

PREMIERE SEANCE

Lundi 22 janvier 2007, 9 h 35

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (documents EB120/1 et EB120/1(annoté))

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent vingtième session du Conseil exécutif et souhaite la bienvenue à deux nouveaux membres : le Dr Salehi d'Afghanistan et le Dr Smith du Danemark. Il invite le Conseil à examiner l'ordre du jour provisoire.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine et appuyé par le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) et le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), propose que le point de l'ordre du jour intitulé « Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux », qui figure actuellement sous le point 9 « Questions soumises pour information », soit transféré au point 4 « Questions techniques et sanitaires ».

Le Dr BUSS (Brésil), appuyé par le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), propose que le point de l'ordre du jour intitulé « Commission des Déterminants sociaux de la Santé » soit également transféré du point 9 au point 4.

L'ordre du jour, ainsi amendé, est adopté.¹

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom de la Communauté européenne, rappelle que, depuis 2000, la Commission européenne assiste aux sessions du Conseil exécutif en qualité d'observateur, ce qui n'empêche pas qu'un accord général de coopération puisse être conclu à l'avenir entre l'OMS et la Commission européenne. Toutefois, en vertu de l'article 4 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, les observateurs n'ont pas automatiquement le droit d'assister aux séances des commissions ou d'autres subdivisions du Conseil, y compris les groupes de rédaction ou de travail. Il prie donc le Conseil d'autoriser la Commission à assister et à participer sans droit de vote à ces séances pour les questions qui relèvent de sa compétence. Il pense au point qui concerne la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, mais également à d'autres points.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) demande sur quels points la Commission européenne souhaite intervenir.

¹ Voir p. 63.

Mme HALTON (Australie), appuyée par le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), dit qu'auparavant il était entendu que, lorsque le représentant de la Commission européenne prenait la parole sur une question au nom de la Communauté européenne, les Etats Membres de l'Union européenne évitaient de s'exprimer individuellement sur cette question.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit qu'il prendra la parole soit au nom de la Communauté, soit au nom de l'Union européenne, car l'Allemagne, qui assure actuellement la présidence, n'est pas représentée au Conseil. Il convient que, dans ces circonstances, les Etats Membres de l'Union européenne ou de la Commission ne font généralement pas de déclarations en leur nom.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite autoriser la Commission européenne à participer en qualité d'observateur aux réunions des sous-commissions et des autres subdivisions du Conseil sous réserve des conditions décidées par ce dernier.

Il en est ainsi convenu.

2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le PRESIDENT dit que les séances ne devraient pas prendre de retard. Il ne devrait pas être nécessaire d'invoquer l'article 28 du Règlement intérieur, qui limite le temps de parole des membres. L'emploi du temps quotidien préliminaire (document EB120/DIV/2) prévoit que le point 5, Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009, sera examiné le jeudi 25 et le vendredi 26 janvier. Il considère que le Conseil souhaite respecter cet emploi du temps et faire le point de la situation jeudi matin, le cas échéant.

Il en est ainsi convenu.

3. RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL : Point 2 de l'ordre du jour (documents EB120/2 et EB120/40)

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), prenant la parole en sa qualité d'ancien Directeur général par intérim, rappelle l'épreuve qu'a constitué le décès inopiné du Dr Lee et remercie les Etats Membres et le personnel de leur réaction exemplaire. Des décisions essentielles ont été prises à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé concernant notamment l'application anticipée et volontaire du Règlement sanitaire international (2005), la nouvelle stratégie quinquennale sur le VIH/sida en vue de l'accès universel, l'adoption de la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, l'approbation du onzième programme général de travail, 2006-2015, et le lancement de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

Dans le cadre de la collaboration avec les partenaires des Nations Unies, des activités ont été menées avec le FNUAP dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, le coparrainage de l'ONUSIDA s'est poursuivi, des discussions ont eu lieu avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme, et l'étroite coopération avec l'UNICEF a porté sur la poliomyélite, la vaccination et la survie de l'enfant. L'OMS a participé à la réforme des Nations Unies, notamment par le biais du groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système, qui a mis en évidence le rôle des institutions spécialisées. Le paludisme et le renforcement des systèmes de santé sont deux grands domaines où la coopération avec la Banque mondiale a été accrue. Pour la première fois, l'OMS a été officiellement invitée à participer au Sommet du G8, au cours duquel une soixantaine de recommandations en faveur de la santé dans le monde ont été formulées. Plus récemment, l'OMS, l'ONUSIDA, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds mondial de lutte contre

le sida, la tuberculose et le paludisme ont adressé une lettre commune à la Chancelière allemande pour souligner combien il était important que la santé continue de figurer parmi les priorités du G8 ; le Gouvernement allemand y a répondu favorablement.

Des lignes directrices en matière de politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats sont en cours d'élaboration. Un mémorandum d'accord a été conclu avec le partenariat Faire reculer le paludisme, qui prévoit des dispositions pour l'hébergement de son secrétariat par l'OMS et précise le rôle du Programme mondial de lutte antipaludique de l'Organisation. Avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'OMS a lancé le Dispositif international de financement des vaccinations. L'Organisation a également collaboré au lancement de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), et signé un mémorandum d'accord sur l'hébergement de son Secrétariat. La coopération technique avec le Fonds mondial a été renforcée.

L'OMS a participé à des discussions de haut niveau avec des laboratoires pharmaceutiques afin d'examiner la possibilité d'améliorer l'accès au traitement antirétroviral à usage pédiatrique. Un accord prévoyant une enveloppe de US \$25 millions a été signé avec un grand laboratoire pharmaceutique pour lutter contre les maladies tropicales négligées. Des discussions se sont poursuivies avec le secteur de l'alimentation et des boissons non alcoolisées dans le cadre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Des consultations menées avec des représentants des fabricants de boissons alcoolisées et avec les secteurs agricole et commercial ont permis d'examiner les moyens de limiter les effets nocifs de l'alcool.

Tous les comités régionaux ont porté sur les maladies chroniques non transmissibles et l'épidémie croissante d'obésité. Après l'adoption de la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses en 2005, le Secrétariat a renforcé ses activités de lutte contre le cancer en 2006 et publié le premier de six modules d'orientation destinés aux gouvernements et aux responsables de la planification sanitaire. Des progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et une Charte européenne sur la lutte contre l'obésité a été adoptée. Fin 2006, 142 Etats étaient Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et un particulier avait fait don de US \$125 millions pour lutter contre le tabac. Des progrès considérables ont été faits dans l'application de la résolution WHA59.25 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, notamment dans la Région de la Méditerranée orientale.

En matière de maladies transmissibles, une nouvelle stratégie a été mise en place pour lutter contre certaines des maladies tropicales les plus négligées. La Conférence internationale sur le SIDA (Toronto, Canada, 13-18 août 2006) a souligné le rôle essentiel que joue l'OMS dans le traitement et la prévention, ainsi que dans l'offre de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida. Une nouvelle stratégie antipaludique, axée sur l'utilisation de moustiquaires, le recours à un traitement efficace et le renforcement de la lutte antivectorielle, a été élaborée. Un groupe de travail composé d'une centaine d'experts s'est réuni pour prendre des mesures suite à la découverte récente d'une forme de tuberculose ultrarésistante. L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a fait l'objet d'un examen indépendant qui a fait ressortir que le nombre de régions touchées par la poliomyélite n'avait jamais été aussi bas et que la maladie continuait d'être endémique dans seulement quatre régions de quatre pays.

S'agissant de l'application du Règlement sanitaire international (2005), plus de la moitié des Etats Membres ont désigné des points focaux nationaux. Pour faire face aux flambées de grippe aviaire, l'OMS a organisé plus d'une trentaine de missions sur le terrain avec ses partenaires du réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Un programme de renforcement des capacités a été mis en place pour mettre au point un nouveau vaccin contre la grippe, et l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe s'est réunie pour la première fois en septembre 2006 afin de fournir des conseils sur le niveau de menace pandémique.

Dans les domaines de la santé sexuelle et génésique et de la santé de l'enfant, des hauts fonctionnaires de l'OMS ont participé à la session extraordinaire de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (Maputo, 18-22 septembre 2006). Un plan d'action complet a été adopté. A la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique (Addis-Abeba, 28 août-1^{er} septembre 2006), une stratégie OMS/UNICEF/Banque mondiale pour la survie de l'enfant dans la Région africaine a été adoptée.

La Commission des Déterminants sociaux de la Santé a poursuivi ses travaux. Un rapport¹ ainsi que des directives sur la qualité de l'air et de l'eau de boisson ont été publiés. Une série de normes internationales de croissance de l'enfant ont été élaborées. Une stratégie a été formulée pour intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe ainsi qu'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS.

L'OMS a pris des mesures pour faire face aux urgences sanitaires, par exemple au Liban. Toutefois, la situation en République démocratique du Congo, en Iraq et au Darfour (Soudan) reste un sujet de préoccupation. S'agissant des catastrophes naturelles, l'Organisation a également revu et amélioré ses procédures opérationnelles normalisées pour les situations d'urgence.

La question du renforcement des systèmes de santé sera examinée ultérieurement. L'Alliance mondiale des personnels de santé est un élément important dans le domaine des ressources humaines. Par ailleurs, l'OMS étudie, avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, les moyens de lier la vaccination au renforcement des systèmes de santé. Par ses activités de présélection, l'OMS a pu mieux satisfaire des partenaires comme l'UNICEF, le Fonds mondial et l'UNITAID. La première réunion du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle (Genève, 4-8 décembre 2006) a permis de réaliser des progrès satisfaisants.

Le système de gestion axée sur les résultats sous-tend l'utilisation du programme général de travail. Le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, qui expose clairement les objectifs, les résultats escomptés et les coûts, est soumis au Conseil exécutif.

Pendant la période biennale 2004-2005, l'OMS a pu compter sur un financement complet, mais des déséquilibres demeurent entre les domaines d'activité et les différents bureaux de l'Organisation. Des mesures ont été prises, dont l'instauration d'un suivi plus étroit, l'établissement de rapports financiers standard, l'ouverture de négociations avec les partenaires pour améliorer l'alignement, la mise sur pied d'un groupe consultatif sur les ressources financières et la création, à l'échelle de l'Organisation, de comptes d'entreprise afin de faciliter le transfert de ressources.

En matière de ressources humaines, la réforme des contrats est à l'examen. Tous les gestionnaires participent au Programme d'encadrement mondial. La mise en place prévue en 2008 du système mondial de gestion va fournir un environnement moderne avec le soutien voulu. En 2006, un Département de la Communication a été créé au Siège.

Face aux circonstances imprévues de mai 2006, le Dr Nordström a fixé trois objectifs prioritaires pour l'Organisation : poursuivre les travaux techniques de haut niveau de l'OMS, gérer avec efficacité et transparence le processus d'élection, et continuer les réformes gestionnaires. Grâce à la coopération du personnel et des Etats Membres de l'OMS, ces objectifs ont été atteints.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie le Dr Nordström pour la façon admirable dont il a géré l'Organisation. Elle rappelle que, lorsqu'elle a pris ses fonctions, elle a promis au personnel de poursuivre les réformes à l'OMS et de ne faire aucun changement qui provoque des bouleversements ou mette à mal la continuité dont le personnel et les programmes ont besoin. Elle examine actuellement, avec les Directeurs régionaux, les moyens d'améliorer le fonctionnement de l'Organisation à tous les niveaux, y compris à celui des bureaux dans les pays. De nombreux résultats ont déjà été obtenus. Au Siège, la structure de l'Organisation a besoin de quelques ajustements, et elle cherche des moyens d'amplifier l'impact des activités de l'OMS et de faire coopérer davantage les programmes apparentés.

Aujourd'hui, les perspectives sanitaires sont bonnes. L'objectif ambitieux fixé pour la diminution de la mortalité par rougeole – 50 % avant la fin de 2005 – a été dépassé. La mortalité rougeoleuse a baissé de 60 %. En Afrique, Région où le fardeau de la rougeole est le plus lourd, le taux de mortalité a diminué de 75 %, ce qui représente une baisse spectaculaire. De plus, l'initiative contre la rougeole met en oeuvre toute une série d'autres interventions destinées à sauver des vies et à

¹ Prüss-Üstün, A., Corvalán, C. *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

promouvoir la santé, comme par exemple la distribution de moustiquaires pour prévenir le paludisme, l'administration de vitamine A pour stimuler le système immunitaire, de comprimés vermifuges, et de vaccins contre la poliomyélite et le tétanos pour les femmes enceintes. L'initiative illustre parfaitement ce qu'il serait possible de réaliser grâce à une prestation intégrée des services.

Elle a sélectionné six thèmes qui orienteront l'action future de l'Organisation. Deux couvrent les besoins fondamentaux de la santé : le développement sanitaire et la sécurité sanitaire. Deux sont stratégiques : le renforcement des systèmes de santé et l'utilisation de données plus fiables pour élaborer des stratégies et mesurer les résultats. Les deux derniers sont opérationnels : la dépendance vis-à-vis des partenaires d'exécution, et l'amélioration du fonctionnement dans toute l'Organisation, dans tous les programmes et à tous les niveaux.

Pour apprécier la pertinence et l'efficacité de l'action de l'OMS, il faut évaluer leurs effets sur les populations, notamment les femmes et les peuples d'Afrique. Lorsque l'on s'intéresse à la santé des femmes, il importe de tenir compte du rôle qu'elles jouent en tant qu'agents du changement. Lorsque les femmes contribuent aux revenus du ménage, leur état de santé, celui de leur famille et celui de la communauté s'améliorent. Il est essentiel de ne pas oublier les liens entre pauvreté et santé en Afrique. Lorsqu'elles sont en mauvaise santé, de vastes populations sombrent dans le dénuement ; quand leur santé s'améliore, les gens peuvent s'extraire de la pauvreté et ne plus consacrer tous leurs revenus à la maladie.

Le paludisme provoque d'immenses souffrances dans de nombreuses régions du monde, mais c'est en Afrique qu'il fait le plus de ravages. Cette maladie entraîne de nombreux décès mais aussi de lourdes incapacités qui empêchent l'humanité de progresser. Les interventions se multiplient. Les partenariats public-privé sont prometteurs, car ils permettent de mettre en commun les ressources de nombreux secteurs pour venir en aide aux populations d'Afrique.

Les maladies tropicales négligées font également le plus de victimes en Afrique, où elles touchent davantage les femmes : l'OMS estime que ces maladies entraînent une incapacité sévère et irréversible chez au moins 300 millions de femmes. Heureusement, il existe d'excellentes initiatives, des partenariats et des interventions de qualité pour les combattre.

Les maladies transmissibles, notamment le sida, la tuberculose et le paludisme, constituent d'importants obstacles au développement en Afrique. Les maladies chroniques y sévissent aussi de plus en plus, comme partout ailleurs dans le monde. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ces maladies sont aussi un frein non négligeable au développement. Les systèmes de santé ne peuvent faire face simultanément aux situations d'urgence que provoquent ponctuellement les maladies infectieuses et aux exigences et aux coûts que supposent les soins à dispenser en cas de maladie chronique. Les conséquences des maladies chroniques peuvent être catastrophiques. Toutefois, comme l'indique clairement un rapport¹ de l'OMS, il existe d'excellentes possibilités de prévention – de loin, la meilleure option – ainsi qu'un large éventail d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité. L'OMS doit continuer à convaincre les hauts responsables de la santé dans toutes les Régions que la lutte contre les maladies chroniques fait partie du programme de développement.

La sécurité et la santé seront le thème de la Journée mondiale de la Santé 2007 et le sujet des Rapports sur la santé dans le monde en 2007 et 2008. Le rapport de 2007 sera axé sur les risques que les interactions des populations dans le monde font peser sur la santé. Le syndrome respiratoire aigu sévère a montré à quel point notre monde, qui se caractérise par une forte mobilité, une étroite interconnexion et une grande interdépendance est aujourd'hui davantage vulnérable aux menaces pour la santé. Les chocs sanitaires – qu'ils soient le fait de maladies infectieuses émergentes, de catastrophes naturelles ou de changements environnementaux – peuvent aisément avoir de graves répercussions sur l'économie, les sociétés et la survie des entreprises partout dans le monde. Comme l'année 2008 sera celle du soixantième anniversaire de l'OMS et du trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* sera axé sur les soins de santé primaires et leur rôle dans le renforcement des systèmes de santé. Il portera aussi sur la sécurité

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, 2006.

sanitaire et l'accès des communautés aux conditions fondamentales d'une bonne santé : alimentation suffisante, eau potable, logement et assainissement convenables et soins de santé essentiels. Réunir ces conditions fondamentales est une fonction cruciale de la santé publique que tous les pays doivent exercer pour une gouvernance avisée.

Le Directeur général se fixe des objectifs mesurables. Elle doit montrer l'exemple et rendre des comptes aux Etats Membres, et la mesure des résultats est le fondement de la transparence. Elle s'attend à une responsabilité similaire du personnel à tous les niveaux.

Passant à la question de l'ordre du jour du Conseil, elle fait observer que le point « Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 », qui contient le projet de budget programme pour l'exercice 2008-2009, couvre l'ensemble des activités de l'OMS. La poliomyélite est le premier point des questions techniques et sanitaires. Son éradication est l'une des entreprises les plus importantes de l'Organisation qu'il reste à mener à bien. Le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite a conclu qu'il était techniquement possible d'interrompre la transmission du poliovirus dans le monde, mais des obstacles opérationnels et financiers demeurent. Une consultation de haut niveau aura lieu fin février 2007. Elle devrait déboucher sur un ensemble d'objectifs à atteindre pour interrompre la transmission dans les quatre derniers pays d'endémie. La consultation portera aussi sur le financement nécessaire. Les conclusions seront communiquées à l'Assemblée de la Santé en mai.

Les initiatives visant une maladie en particulier ont leur place, mais il faut continuer à créer des synergies qui déboucheront sur des résultats multiples. Le nombre de partenariats, d'initiatives et d'organismes de financement a beaucoup augmenté ces dernières années dans le domaine de la santé publique. Les fondations privées et d'autres sources de fonds ne se sont jamais montrées aussi généreuses et jamais la santé n'a figuré en aussi bonne place dans les programmes de développement et les programmes politiques. L'OMS a pour importante mission de canaliser l'ensemble des activités sanitaires et les fonds obtenus de façon à ce que les pays et les populations en retirent des avantages manifestes.

Il est aussi important d'éviter les chevauchements d'activités que d'empêcher leur dispersion. Une approche intégrée des soins de santé primaires permettrait de relier les activités de programmes entre elles et, partant, d'en amplifier les effets. Le besoin d'approches intégrées est confirmé par trois thèmes récurrents dans les rapports et les résolutions : les systèmes de santé, les données factuelles permettant de mesurer les résultats, et l'accès aux soins essentiels. Le renforcement des systèmes et des services de santé est indispensable pour combattre de nombreuses maladies et obtenir des résultats. Pour mesurer ces résultats, il faut disposer de données et assurer un suivi. Le rapport sur la lutte contre la tuberculose (document EB120/8) propose un modèle pour suivre l'efficacité opérationnelle et les résultats. Lorsque les cibles mondiales de la lutte contre la tuberculose ont été définies en 1991, il n'existait aucun système pour mesurer la charge mondiale de cette maladie mais aujourd'hui, grâce au suivi, on peut dire sans hésiter que les progrès ont été considérables. Pour mesurer l'efficacité et les résultats, il faut des informations fiables. Même les données les plus essentielles sur la morbidité et la mortalité dépendent du bon fonctionnement des systèmes de santé.

Le troisième thème récurrent est l'accès équitable aux soins essentiels, y compris aux médicaments et autres produits et aux informations nécessaires pour éviter ou réduire au minimum les risques sanitaires. Le fait d'être un homme ou une femme est un facteur qui influe sur l'accès aux soins, aussi se félicite-t-elle du projet de stratégie sur la sexospécificité, les femmes et la santé (document EB120/6). Le rapport sur l'usage rationnel des médicaments et l'amélioration des médicaments destinés aux enfants (document EB120/37) indique que les enfants souffrant du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme ont rarement accès à des médicaments en associations fixes parce que l'industrie pharmaceutique n'a pas de motivation commerciale suffisamment forte pour les produire. Le manque de médicaments essentiels destinés aux enfants, y compris les antibiotiques, compromettent les progrès en vue de la réalisation de certains objectifs du Millénaire pour le développement. Les questions d'accès et d'équité l'incitent à s'engager davantage en faveur des soins de santé primaires.

Pour ce qui est de l'efficacité, une réforme du système des Nations Unies est inscrite à l'ordre du jour, et l'OMS va y participer activement. Institution la plus présente localement, l'Organisation est bien placée pour contribuer au programme de réformes.

S'agissant de la grippe aviaire et de la menace de pandémie de grippe, le fait que le monde vit sous la menace d'une pandémie de grippe depuis plus de trois ans montre combien le virus H5N1 est tenace. Tant que ce virus continuera de circuler parmi les oiseaux, la menace de pandémie persistera. Même si la grippe aviaire reste une maladie qui touche essentiellement les oiseaux, l'expérience montre que, chez l'homme, elle est extrêmement virulente. Sur les 267 cas humains confirmés à ce jour, 161 ont été mortels. Il y a eu plus de décès en 2006 qu'au cours des années précédentes prises ensemble, et le taux de létalité pour cette année a été de 70 %. Le message est clair : la communauté internationale ne doit pas baisser la garde. Même si les pays sont beaucoup mieux préparés, ils doivent poursuivre leurs efforts.

Le PRESIDENT, se félicitant du rapport du Directeur général, qui est complet et ouvert sur l'avenir, remercie le Sous-Directeur général pour l'action qu'il a menée en sa qualité de Directeur général par intérim. Il félicite également le Directeur général adjoint pour sa nomination.

M. SHA Zukang (suppléant du Dr Qi Qingdong, Chine) dit que la délégation chinoise relève avec satisfaction qu'il n'y a pas eu de solution de continuité dans les activités de l'OMS depuis la nomination du nouveau Directeur général. Des progrès remarquables ont été faits pour lutter contre les principales maladies transmissibles.

Le risque de pandémie de grippe aviaire a requis l'attention de la communauté internationale. Pour maîtriser la grippe aviaire, il faut des initiatives communes du secteur de la santé publique et du secteur de la santé animale. Les Etats Membres devraient améliorer l'échange d'informations entre ces deux secteurs afin de détecter la maladie de façon précoce et de la combattre efficacement. Une collaboration étroite entre l'OMS et d'autres organisations internationales comme la FAO renforcera la lutte contre le virus.

Le VIH/sida et la tuberculose font l'objet de mesures de lutte au niveau mondial grâce à l'action des gouvernements, à l'amélioration des politiques de prévention et de lutte et à un meilleur accès au traitement, mais ces maladies continuent de se propager. De plus, d'autres maladies transmissibles comme la schistosomiase et l'hépatite représentent toujours de graves menaces pour la santé humaine. Par ailleurs, les effets sociaux et économiques des maladies chroniques, comme les maladies cardio-vasculaires et le diabète, sont particulièrement préjudiciables dans les pays en développement où le double fardeau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles a entraîné des problèmes de santé publique de plus en plus graves. La communauté internationale attend de l'OMS qu'elle joue un rôle de chef de file plus important dans le domaine de la santé publique, qu'elle prenne des mesures préventives pour freiner la propagation des maladies et qu'elle améliore la santé et la qualité de vie, qui constituent la base du progrès humain.

La Chine est favorable à une augmentation du budget programme pour faire face aux impératifs – de plus en plus nombreux – de l'action sanitaire mondiale. Il faudrait que soient alloués des crédits supplémentaires aux soins de santé primaires dans le budget programme.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que le moment est propice au développement des systèmes de santé, notamment des soins de santé primaires intégrés. Elle approuve les priorités fixées par le Directeur général et se félicite que l'accent soit mis sur la santé des femmes et des populations d'Afrique. Le Directeur général mais aussi les Etats Membres devraient rendre des comptes par rapport à la réalisation des objectifs. La Communauté s'engage à continuer à soutenir les objectifs de l'OMS.

Le Dr SHINOZAKI (Japon), rappelant l'allocution du Directeur général adressée au personnel le 4 janvier, fait observer que l'Organisation devrait agir selon le principe « oui à la réforme, non aux bouleversements ». Les changements radicaux sont certes intolérables, mais il faut étudier les moyens de gérer l'Organisation de manière plus efficace et plus efficiente.

Comme le nombre de cas de grippe aviaire confirmés chez l'homme continue d'augmenter, la menace d'épidémie reste inquiétante. La plupart des Etats Membres se préparent à des flambées

potentiellement pandémiques. La capacité de production et l'échange d'informations sur le virus font partie des problèmes non réglés. Il est probable que la situation reste préoccupante dans un avenir proche.

Il se félicite que l'accent soit mis sur la santé de la mère et de l'enfant, étant donné le nombre alarmant de décès de femmes et de nouveau-nés dus à des complications évitables. La pneumonie et la diarrhée demeurent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, les chiffres égalant presque ceux du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme. La communauté internationale n'accorde pas une attention suffisante à la santé de la mère et de l'enfant.

Le Japon a toujours fait de la santé la priorité de son programme de coopération, préconisant une approche globale comprenant une assistance à grand échelle. Il s'engage sans réserve à soutenir les activités de l'OMS sous la conduite éclairée du Directeur général.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite de la déclaration du Directeur général selon laquelle l'Organisation devrait être jugée en fonction des effets de son action sur la santé des populations d'Afrique et sur celle des femmes, qu'elle a elle-même définis comme des indicateurs clés de l'efficacité de l'OMS. Il approuve également le choix des six principaux domaines ; les Etats Membres sont responsables de la réalisation de ces objectifs et de l'allocation de ressources suffisantes. Par conséquent, la Région africaine approuve le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et l'augmentation proposée dans le budget programme pour l'exercice 2008-2009.

Il approuve l'augmentation, en valeur absolue, de l'allocation budgétaire proposée pour la Région africaine et la proposition d'augmenter la part du budget consacrée aux cinq Régions de l'OMS. Toutefois, il prend note avec inquiétude du projet de réduction du pourcentage du budget alloué à la Région africaine et demande comment cela peut être compatible avec les priorités exposées par le Directeur général.

Dans l'ordre du jour, figurent des questions techniques et sanitaires d'un grand intérêt pour la Région africaine, notamment la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. A cet égard, il est favorable à la mise en oeuvre rapide de la stratégie et du plan d'action mondiaux et de l'établissement d'un cadre à moyen terme fondé sur les recommandations de la Commission de l'OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique. Il se félicite de l'importance donnée aux soins de santé primaires en vue de renforcer les systèmes de santé.

Le Dr BUSS (Brésil) approuve a priori les idées sur la modernisation de l'administration contenues dans le rapport du Directeur général, laquelle a mis l'accent sur le renforcement des « systèmes de valeurs » ; il y a tout lieu de s'intéresser à nouveau aux systèmes de santé. L'approche relative aux soins de santé primaires doit privilégier l'équité, l'accès universel, les liens entre les secteurs et le contrôle social, qui déterminent et justifient les mesures à prendre. Il se félicite de la décision de consacrer le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* aux soins de santé primaires et à leur rôle dans le renforcement des systèmes de santé.

L'OMS doit tirer parti du vif intérêt que suscite la santé, des possibilités de solidarité et des ressources internationales disponibles afin d'assurer des améliorations durables et de ne pas surcharger les pays bénéficiaires. Il pense aussi que l'OMS doit définir le programme d'action mondial en faveur de la santé et remplir son mandat en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé.

Il approuve la nouvelle conception du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013. L'OMS doit se recentrer sur ses fonctions essentielles afin de restaurer le rôle prépondérant qu'elle joue dans l'harmonisation et la coordination de l'action sanitaire mondiale, de revitaliser le principe du renforcement des moyens institutionnels des pays en matière de santé publique et de réaffirmer sa position dans le cadre de la réforme du système des Nations Unies.

Depuis 1948, le Brésil participe aux activités de l'OMS, encourageant les mesures en faveur du multilatéralisme dans le domaine de la santé, les questions sociales et le renforcement du rôle directeur de l'OMS. Le Brésil a contribué à la création de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Son Président estime que les politiques sociales sont le fondement du développement, car il améliore

les conditions de vie de l'homme. Avec le Kenya, le Brésil a encouragé l'établissement du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, convaincu que la communauté internationale disposait déjà des ressources technologiques et financières pour élargir l'accès aux traitements considérés comme un bien public mondial. Les intérêts commerciaux d'une minorité ne doivent pas l'emporter sur la nécessité d'assurer l'accès aux médicaments à un milliard d'hommes, de femmes et d'enfants dans le monde.

Le Professeur CHEW Suok Kai (Singapour) salue l'allocution du Directeur général, notamment lorsqu'elle dit qu'il ne faut pas baisser la garde face à la grippe aviaire et qu'il faut renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaires. Singapour va accueillir le débat de haut niveau sur la sécurité sanitaire mondiale dans le cadre de la Journée mondiale de la Santé 2007.

Le Dr CORDOVA VILLALOBOS (suppléant de M. Bailón, Mexique) réaffirme l'engagement de son pays auprès de l'OMS et son attachement à des priorités telles que la couverture universelle, l'accès aux médicaments, les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin de dépister et de traiter les maladies dégénératives chroniques, les maladies infectieuses et les maladies émergentes.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) espère que le nouveau Directeur général ne subira pas de pressions politiques, mais qu'elle aura la liberté de prendre les décisions qui s'imposent pour l'action sanitaire mondiale. Il soutient énergiquement les six idées principales, notamment les objectifs visant l'amélioration de la santé des femmes et le renforcement des systèmes de santé et des soins de santé primaires. Les tendances mondiales en matière de santé, telles que les approches horizontales et verticales, doivent se conjuguer afin de créer un système solide et intégré.

Il salue le travail qu'elle a accompli en sa qualité de Sous-Directeur général pour augmenter la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux et qui doit être poursuivi en tant que question de sécurité nationale et non pas en tant que procédé commercial régi par la demande. Il approuve également la proposition d'augmenter le budget programme ; la Thaïlande serait disposée à apporter une contribution plus importante.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole pour le compte des Etats Membres de l'Union européenne, au nom de la présidence allemande, dit que les pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro, Serbie et Ukraine s'associent à sa déclaration.

Il se félicite des initiatives de l'OMS concernant la grippe aviaire et la grippe humaine à potentiel pandémique qui ont débouché sur des réunions fructueuses à Beijing, Vienne et Bamako. L'Union européenne soutient également le plan d'action stratégique contre la grippe pandémique et s'engage à améliorer la collaboration entre l'OMS, la FAO et l'OIE.

On estime que la pénurie mondiale de médecins, de sages-femmes, d'infirmières et d'auxiliaires de santé se chiffre à près de 4,3 millions de personnes, comme le révèle le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*,¹ ce qui devrait alerter l'ensemble des acteurs concernés. La stratégie mondiale OMS de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et son objectif d'accès universel à la prévention et au traitement du VIH vont contribuer sensiblement à l'amélioration de la santé des hommes, des femmes et des jeunes.

En février 2006, la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'est tenue à Genève. Il félicite l'Organisation d'avoir montré que la lutte antitabac dans le monde avait désormais une forme et une structure bien définies.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

Attirant l'attention sur les six domaines prioritaires du Directeur général et sur le processus de réforme structurelle, il approuve l'approche fondée sur l'intégration des soins de santé primaires pour renforcer les systèmes de santé, ce qui devrait faciliter la lutte contre les maladies non transmissibles. Il est important d'évaluer l'impact de l'action de l'OMS sur la santé notamment des peuples d'Afrique, ainsi que des femmes et d'autres groupes vulnérables. Le développement sanitaire est indispensable pour la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, ainsi que pour l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels. Par conséquent, l'OMS ne devrait pas s'employer uniquement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il a trouvé encourageante la coopération entre l'Organisation et ses partenaires des Nations Unies à propos de réformes qui amélioreront l'efficacité globale de leur action, notamment au niveau des pays. Le Sommet mondial de 2005 a relancé le processus, et l'OMS devrait participer à la réalisation des objectifs et à l'évaluation des moyens supplémentaires en vue de l'adoption d'une approche bien coordonnée. Le Règlement sanitaire international (2005) va entrer en vigueur en 2007. Les pays devraient bénéficier d'une assistance pour qu'ils puissent renforcer leurs moyens de prévention, de préparation, d'action et de réadaptation et ainsi faire face aux urgences sanitaires avec plus d'efficacité. La prochaine consultation des parties intéressées sur l'éradication de la poliomyélite constituera une étape importante dans cette direction.

La gestion axée sur les résultats sera un point de départ utile pour la réforme institutionnelle en cours dans l'ensemble du système des Nations Unies. L'OMS devrait privilégier la qualité et exploiter ses points forts. Il se félicite de la proposition de procéder à un examen interne. L'assistance nécessaire sera fournie.

Mme HALTON (Australie) approuve les six domaines prioritaires du Directeur général et se félicite de l'attention particulière accordée aux peuples d'Afrique et aux femmes. Les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes problèmes de santé et, pour être tout à fait efficaces, les systèmes de santé doivent tenir compte des besoins des deux sexes.

L'OMS aura besoin de mesures innovantes et devra faire preuve de souplesse. Elle approuve l'intérêt porté à la transparence, l'efficacité et la gestion ainsi que l'engagement en faveur de la réforme des Nations Unies. Toutefois, face à une prolifération d'acteurs qui ont un intérêt déclaré pour les questions sanitaires, y compris les donateurs, les institutions spécialisées et les célébrités internationales, l'OMS devra se montrer plus souple et plus apte à réagir si elle veut que son action reste pertinente dans un environnement où les compétences se multiplient.

M. RABGYE (suppléant du Dr Wangchuk, Bhoutan) dit que non seulement les maladies transmissibles font des ravages dans la Région, mais que la charge des maladies non transmissibles augmente aussi. Il se félicite de la large place faite à la prestation intégrée des services, aux approches fondées sur les soins de santé primaires ainsi qu'à la santé et aux questions de sexospécificité.

M. MIGUIL (Djibouti), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que les pays en développement attendent des résultats concrets de la nouvelle direction de l'OMS, malgré les restrictions budgétaires. La situation sanitaire d'un grand nombre de pays d'Afrique et de Méditerranée orientale est caractérisée par d'innombrables difficultés qui concernent notamment la santé de la mère et de l'enfant, les déterminants de la santé, l'accès équitable aux services de santé de base et le lien entre santé et environnement. De même, l'Afghanistan, l'Iraq et le Liban sont le théâtre de conflits. L'OMS devrait particulièrement apporter son concours au Bureau régional qui s'efforce de répondre aux besoins de ces pays. Des décennies d'instabilité régionale ont conduit Djibouti à encourager la coopération entre les pays concernés, notamment en organisant une conférence sur la santé (Djibouti, 27-30 novembre 2006). Cette rencontre visait également à établir un pont entre la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale. Il sollicite l'appui technique de l'OMS pour tirer parti de ces initiatives. L'Organisation, avec la collaboration étroite de la Banque mondiale et d'autres institutions spécialisées des

Nations Unies, doit lutter plus efficacement contre le paludisme, la tuberculose et le sida. Ces maladies comptent parmi les affections qui compromettent le développement économique de la Région.

L'orateur est favorable à une décentralisation administrative plus poussée en faveur des Régions afin d'appliquer les stratégies exposées par le Directeur général. Sa Région s'engage à soutenir les recommandations et les objectifs qui vont déterminer l'action future de l'Organisation.

La séance est levée à 12 h 35.

DEUXIEME SEANCE

Lundi 22 janvier 2007, 14 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. **RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL** : Point 2 de l'ordre du jour (documents EB120/2 et EB120/40) (suite)

M. DE SILVA (Sri Lanka) dit que l'une des fonctions du Secrétariat consiste à fournir des compétences techniques aux Etats Membres pour garantir la sécurité sanitaire mondiale. La compétence technique dont a fait preuve le Directeur général à la tête du programme de lutte contre la grippe aviaire et son aptitude avérée à traduire cette compétence dans les faits ne laissent aucun doute quant à sa capacité de donner à l'Organisation les moyens de s'acquitter de la tâche qui lui a été confiée.

L'OMS n'est pas au premier chef une organisation donatrice : elle a un rôle différent à jouer. M. De Silva se félicite que le Directeur général ait fait référence au développement des systèmes de santé, qui méritent davantage d'attention. Les antirétroviraux et d'autres traitements ne pourront jamais être proposés gratuitement aux Etats Membres, mais l'OMS s'efforcera de faire baisser le prix des produits pharmaceutiques et de veiller à ce que les systèmes de santé nationaux reçoivent l'attention voulue.

La volonté de transparence et de responsabilité du Directeur général doit se répercuter à tous les niveaux de l'Organisation ; les Etats Membres doivent soutenir sans réserve cette énorme tâche. De nombreuses activités programmatiques ont été mises en oeuvre au moyen des fonds alloués, par exemple les activités dans le domaine des maladies transmissibles et non transmissibles, mais la question est de savoir si les résultats sont proportionnels aux crédits dépensés. La responsabilité et la transparence dépendent autant de l'évaluation des besoins que des résultats.

Le Dr TANGI (Tonga) dit qu'en tant que membre du plus petit pays représenté au Conseil exécutif, il se sent habilité à promettre au Directeur général l'appui de tous les petits pays. Le succès ou l'échec dans les six domaines qu'elle a définis dépendront en grande partie des efforts menés au niveau des pays, comme le montre l'expérience en matière de lutte antituberculeuse : malgré une prolongation de cinq ans, cette cible n'a en effet été atteinte que dans une seule Région. Il est donc particulièrement important de se concentrer sur les activités sur le terrain et de garder cette considération à l'esprit lorsque seront fixées les cibles de la lutte contre la poliomyélite lors des prochaines consultations de haut niveau.

Le PRESIDENT, s'exprimant en qualité de membre désigné par la Bolivie, prend acte du message d'espoir du Directeur général et de la confiance qu'elle manifeste en un avenir meilleur, y compris une amélioration de la santé pour tous, notamment les pauvres, les femmes et les enfants. Elle exprime ainsi un idéal d'équité et de justice sociale. Même si tous semblent avoir plus que par le passé, l'écart entre riches et nantis s'est en réalité élargi.

Le Conseil exécutif, qui a désigné le Dr Chan comme Directeur général, lui renouvelle sa confiance.

Mme EPHREM (Canada)¹ se félicite de l'accent mis par le Directeur général sur les fonctions fondamentales de l'Organisation concernant la santé dans le monde. Les organismes bilatéraux et multilatéraux, les banques de développement, les fondations privées et les partenariats public-privé étant tous devenus des acteurs influents, l'OMS doit tirer parti de ses atouts et fixer des priorités. Le rythme de la réforme doit être soutenu et les changements apportés par le Secrétariat ces dernières années institutionnalisés à tous les niveaux. L'OMS doit également élargir son effort d'harmonisation pour obtenir de meilleurs résultats sur le terrain. Le Canada soutient les six domaines prioritaires et se félicite de l'importance accordée aux femmes et aux peuples d'Afrique.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie le Conseil du large soutien qu'il a exprimé en faveur des six domaines importants qu'elle a définis. L'Organisation doit apprendre à travailler avec ses partenaires, à l'intérieur comme à l'extérieur du système des Nations Unies, à se montrer plus réactive et plus responsable, et à obtenir des résultats au niveau des pays. Elle se félicite que l'on approuve son idée d'utiliser les progrès en matière de santé des femmes et des peuples africains comme indicateurs de l'efficacité de l'action de l'OMS. Cette approche ne se traduira pas nécessairement par de nouveaux programmes ou Départements ; au contraire, elle devrait aider à faciliter une nette réduction des coûts et à favoriser les synergies entre les programmes existants.

Le Secrétariat, à commencer par elle-même en tant que plus haut fonctionnaire technique et administratif, sera comptable devant les Etats Membres des résultats obtenus en mettant en oeuvre les priorités convenues en matière de santé publique mondiale. Dans le même temps, comme l'ont fait observer les membres de la Jamaïque et des Tonga, les Etats Membres doivent eux-mêmes être responsables de la mise en oeuvre des programmes approuvés d'un commun accord.

Elle en appelle aux Etats Membres pour qu'ils apportent un soutien énergique à l'OMS au cours des mois et des années à venir. C'est la seule manière d'offrir à l'OMS les moyens nécessaires pour qu'elle puisse agir avec ses partenaires extérieurs et atteindre les objectifs et priorités fixés en vue d'améliorer la santé de tous les peuples du monde.

2. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION DU CONSEIL EXECUTIF : Point 3 de l'ordre du jour (document EB120/3)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, présente son rapport et se félicite du succès de sa cinquième réunion. Son objectif, lorsqu'elle a pris la présidence du Comité, était de rechercher une plus grande transparence, but partagé par le Directeur général aujourd'hui décédé, l'ancien Directeur général par intérim et le nouveau Directeur général. Ce que l'Organisation a fait, ce qu'elle fait et ce qu'elle a l'intention de faire pour défendre la santé dans le monde apparaît désormais beaucoup plus clairement. De ce fait, un dialogue au sujet des efforts actuels de l'OMS et de ses orientations futures peut être entamé.

Le Comité a commencé par examiner les réformes gestionnaires à l'OMS en insistant en particulier sur le système mondial de gestion, la séance d'information du Secrétariat ayant été à cet égard très instructive. Les membres du Comité ont insisté sur la mise en commun des données d'expérience relatives au système mondial de gestion et surtout sur la surveillance des résultats. Lorsque des changements gestionnaires sont apportés, les systèmes informatiques offrent certes des possibilités mais présentent également des risques. Le Secrétariat doit donc faire preuve de prudence en tenant dûment compte des résultats à atteindre.

Le Comité a également examiné de manière détaillée la procédure par laquelle le Secrétariat autorise les publications qui portent le logo OMS et l'importance de l'avertissement à apposer. Ils se

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

sont dits préoccupés par la protection de la réputation d'excellence technique de l'OMS et ont insisté sur la nécessité de superviser la procédure d'autorisation et de publication de la documentation. Le Comité avait demandé un aperçu de la politique des publications de l'Organisation, question linguistique et accès au matériel produit par l'OMS compris. Un rapport sur l'examen par le Directeur général de la politique des publications devrait être soumis au Comité à sa sixième réunion en mai 2007 et pourrait ensuite être transmis au Conseil exécutif.

Le Comité a examiné un rapport sur le suivi du onzième programme général de travail et demandé qu'une vue d'ensemble de toutes les procédures d'évaluation, d'appréciation et de révision y afférentes lui soit soumise à sa septième réunion en janvier 2008 de façon à vérifier l'alignement entre les orientations générales et leur mise en oeuvre. Le Comité a examiné l'appréciation de l'exécution du budget programme 2004-2005 et approuvé un processus révisé pour la période biennale 2006-2007, aux termes duquel les discussions se tiendront sur la base d'un résumé du rapport sur l'appréciation d'exécution. La révision sera approuvée une fois le rapport complet disponible dans toutes les langues.

Le Comité s'est félicité de l'augmentation du budget programme, passé de US \$3,313 milliards à US \$3,670 milliards, ce qui témoigne de la confiance dont jouit l'Organisation. L'équilibre entre contributions volontaires et contributions fixées a conduit le Comité à demander que des mécanismes permettant d'améliorer l'alignement des ressources continuent à être étudiés et mis en place. Le Directeur général a déclaré clairement que l'on ne pouvait pas acheter des services de l'OMS en échange de contributions financières et que l'Organisation doit donc se limiter à ne travailler que dans les domaines dont il est convenu qu'ils sont importants pour la santé mondiale.

La position détaillée du Secrétariat sur chacun des rapports du Corps commun d'inspection publiés en 2005 et 2006 a permis d'avoir un meilleur aperçu des activités de l'Organisation. Le Comité s'est félicité de la transparence et de la responsabilité accrues et du fait que le Directeur général se soit attachée au processus de réforme des Nations Unies et à la gestion fondée sur les résultats. Le Comité avait demandé que le Bureau des services de contrôle interne soit doté d'effectifs suffisants compte tenu de l'augmentation de la charge de travail. Enfin, il a pris note de l'attachement du personnel de l'OMS chargé de la vérification à vérifier que les priorités de l'Organisation ont été respectées et il n'a été demandé d'apporter que des changements mineurs aux rapports futurs.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) convient qu'il est important de protéger l'image de marque de l'OMS. Son Gouvernement a porté la question de la politique des publications de l'OMS à l'attention du Comité parce que les rapports et les documents de l'OMS sont considérés comme fiables partout dans le monde. Ces publications doivent donc représenter le niveau le plus élevé possible de compétence scientifique et de qualité, et des règles claires doivent être établies concernant l'utilisation du logo OMS. Le rapport du Directeur général sur la politique des publications devra définir un processus clair et fiable d'examen et témoigner de son attachement à appliquer cette politique de façon systématique et transparente dans toute l'Organisation.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), se référant au paragraphe 27 du rapport, dit que le nombre de résolutions des organes directeurs doit être réduit si l'on veut en améliorer l'application. Il invite instamment le Secrétariat à préparer son rapport dès que possible. La réputation d'excellence technique de l'Organisation doit être protégée. Il y a des années, lorsqu'il exerçait la médecine dans les zones rurales en Thaïlande, il acceptait sans hésitation les rapports et recommandations de l'OMS. Ayant travaillé avec l'Organisation, il se montre plus circonspect, sachant que leur contenu peut avoir été influencé par les positions de certains Etats Membres. Les publications de l'OMS doivent reposer sur des bases scientifiques solides et faire preuve d'objectivité. Le processus de contrôle proposé ne doit pas compromettre la rapidité de publication.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que les documents publiés par l'OMS sont pris très au sérieux et qu'il ne doit y avoir aucun doute au sujet de leur fondement scientifique. Il demande si les publications de l'OMS sont soumises à un examen collégial.

Le DIRECTEUR GENERAL pense aussi que l'image de marque et la réputation d'excellence technique de l'OMS doivent être protégées. Elle soumettra au Conseil une politique qui garantira un examen préalable approprié des publications. Elle assure aux membres du Conseil que les publications de l'OMS seront crédibles, qu'elles seront soustraites à l'influence de tout Etat Membre ou de toute entreprise, que le processus d'examen sera transparent et juste et qu'il en sera rendu compte publiquement.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) souligne que les universitaires et les scientifiques devraient pouvoir disposer d'une pleine liberté d'expression et que la liberté de la presse doit toujours être respectée.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour

- **Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique** (documents EB120/11, EB120/11 Add.1 et EB120/39)

Le PRESIDENT dit que, pour gagner du temps, certains membres du Conseil ont suggéré de constituer un groupe de rédaction chargé d'examiner le projet de résolution sur l'éradication de la variole au titre du point 4.12. Il considère qu'en l'absence d'objection, le Conseil accepte cette suggestion.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la onzième séance.)

Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication : Point 4.1 de l'ordre du jour (documents EB120/4 Rev.1 et EB120/4 Rev.1 Add.1)

M. MIGUIL (Djibouti) dit que, dans la Région de la Méditerranée orientale, l'engagement politique a permis des progrès rapides sur la voie de l'éradication de la poliomyélite. En 2003, les pays qui signalaient encore des cas n'étaient plus que trois – l'Afghanistan, l'Egypte et le Pakistan – et n'avaient signalé que 113 cas. Malheureusement, les efforts d'éradication ont depuis été désorganisés en raison de problèmes politiques et de sécurité. Le conflit armé en Afghanistan a gêné l'accès aux populations pendant les campagnes de vaccination des deux côtés de la frontière avec le Pakistan. L'arrêt des campagnes de prévention en raison du manque de ressources a entraîné la propagation du virus en 2004 du Nigéria au Soudan, puis vers le Yémen et la Somalie ; au Soudan et au Yémen, les épidémies n'ont pu être stoppées que difficilement et à grands frais. Le conflit armé en Somalie a modifié la situation épidémiologique et désorganisé les campagnes de vaccination supplémentaire prévues.

Les Gouvernements afghan et pakistanais synchronisent leurs campagnes de vaccination et l'Arabie saoudite a pris des mesures pour éviter toute propagation du poliovirus sauvage en dehors de ses réservoirs actuels.

Il accueille avec satisfaction le projet de résolution mais propose, au paragraphe 3.2), d'ajouter les mots « et les pays actuellement exempts de poliomyélite exposés à un risque élevé de réinfection » après le mot « circule » pour prévenir une nouvelle baisse de l'immunité comme celle qui avait résulté en 2004 et 2005 d'un manque de soutien aux activités de vaccination supplémentaire dans les pays à haut risque.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) félicite l'Organisation de son engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Elle soutient un programme de vaccination durable et appuie donc le projet de résolution. Rappelant les négociations laborieuses qui ont précédé l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), elle aimerait avoir des éclaircissements sur la procédure de rédaction d'une annexe additionnelle au Règlement, dont il est question au paragraphe 9 du rapport.

Mme TJIPURA (suppléant du Dr Shangula, Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la transmission endémique du poliovirus sauvage au Nigéria a représenté 94 % du nombre total de cas confirmés dans la Région en 2006. Le poliovirus sauvage a été importé en Angola, en Ethiopie, au Kenya, en Namibie, au Niger et en République démocratique du Congo à partir de zones où la maladie continue de sévir à l'état endémique. A sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'Afrique a approuvé le plan stratégique régional pour le Programme élargi de vaccination (2006-2009), qui invite instamment les Etats Membres de la Région à maintenir une surveillance du niveau de la certification et à mettre en place des systèmes permettant de réagir en cas de flambée. Le Comité a prié le Directeur régional de continuer à préconiser des mesures en vue de l'éradication de la poliomyélite auprès des responsables politiques et des dirigeants d'opinion.

Elle propose qu'au paragraphe 1.1) du projet de résolution, les termes « pour informer régulièrement le chef de l'Etat ou le chef du gouvernement des progrès accomplis et des besoins du programme » soient supprimés et que les termes « au niveau des Etats/provinces et des districts » soient remplacés par l'expression « à tous les niveaux ». Les paragraphes 2.1) et 2.2) pourraient être concentrés mais il serait utile de clarifier leur sens tels qu'ils sont actuellement rédigés. Elle se demande si un ressortissant d'un pays où la poliomyélite est endémique se rendant dans un autre pays devra présenter une preuve de vaccination. Elle se félicite par ailleurs de l'organisation de « journées de tranquillité » pendant les conflits, ce qui permet de procéder à des vaccinations contre la poliomyélite ou d'autres maladies évitables.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) soutient le projet de résolution. Le rapport aurait dû préciser que, dans les zones d'endémie du poliovirus sauvage et les pays où le virus a été réintroduit, les politiques vaccinales et la surveillance épidémiologique devraient être renforcées. Dans les pays exposés au risque d'importation du virus sauvage, la surveillance épidémiologique, la vaccination des voyageurs se rendant dans des zones où le virus est présent, la surveillance des voyageurs en provenance de zones où le virus est présent et la vaccination des groupes moins protégés, y compris les immigrants, devraient être renforcées.

Le Portugal a mis en oeuvre la stratégie de l'OMS pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et a incorporé un plan d'action postéradication dans son programme national. En raison de ses relations avec les pays de l'Afrique subsaharienne, son pays a intensifié la vérification de l'état vaccinal de la population et la couverture vaccinale, surtout dans les communautés défavorisées, principalement les immigrants, vulnérables face à la maladie. Conformément aux lignes directrices de l'OMS, le Portugal a utilisé un vaccin comportant du virus inactivé.

Parmi les mesures importantes pour l'éradication de la maladie figurent la vaccination dans les zones d'endémie du poliovirus sauvage et dans les pays où le virus a été réintroduit ; la surveillance épidémiologique dans les pays exposés au risque d'importation du virus sauvage ; la vaccination des voyageurs se rendant dans des zones à risque ; et la surveillance des voyageurs en provenance de ces zones.

Le Dr QI Qingdong (Chine) fait siennes l'analyse de la situation épidémiologique de la poliomyélite et les recommandations de l'OMS. Il propose d'ajouter un nouveau paragraphe à la suite du troisième alinéa du préambule, qui se lirait comme suit : « Reconnaissant que les voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule encore peuvent constituer un risque de propagation internationale du virus ». Pour améliorer la qualité du soutien technique du Secrétariat, il suggère en outre d'ajouter au paragraphe 3.1), après les termes « poliovirus sauvage », le membre de phrase « ainsi qu'aux Etats Membres exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus ; ».

Le Dr SOMSAK AKKSILP (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que l'éradication de la poliomyélite est techniquement réalisable mais qu'elle exige une volonté politique des quatre Etats Membres dans lesquels le poliovirus sauvage continue de sévir à l'état endémique, et qu'elle risque d'échouer faute d'une détermination au niveau mondial. Se félicitant du projet de résolution, il suggère, pour susciter un engagement fort en faveur de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans ces quatre pays, d'ajouter au paragraphe 1 le membre de phrase « en particulier les quatre pays où la poliomyélite est endémique » après les mots « reste présente ».

Au paragraphe 2.2), le membre de phrase « zones où le poliovirus circule » peut être interprété de différentes manières en ce qui concerne la portée des interventions, par exemple lorsqu'il s'agit de savoir si elles doivent être appliquées au niveau national ou local. Le Règlement sanitaire international (2005) entend par « zone affectée » un lieu géographique spécifique pour lequel des mesures sanitaires ont été recommandées par l'OMS. Etant donné qu'il est difficile pour les Etats Membres de faire la distinction entre les voyageurs en provenance de zones dans lesquelles le poliovirus circule et les voyageurs en provenance d'autres Etats où il ne circule pas, on ne peut pas garantir une couverture vaccinale complète. Les interventions destinées aux pays très peuplés peuvent être coûteuses, aussi serait-il utile d'avoir un complément d'information.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) est favorable à la vaccination des voyageurs en provenance de zones dans lesquelles le poliovirus circule afin d'interrompre la transmission partout dans le monde. Au Japon, des travaux de confinement en laboratoire conformes à la dernière édition du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages sont en cours. Pendant la période qui suivra l'éradication, une stratégie portant sur la dissémination du poliovirus dans la communauté devra être examinée. Afin de conserver la Région du Pacifique occidental exempte de poliomyélite, une coopération bilatérale a été mise en place dans le domaine des vaccins dirigés contre les maladies évitables, y compris la poliomyélite et la rougeole, qui devrait contribuer à l'éradication mondiale de la poliomyélite. Etant donné que le nombre de cas dans les quatre pays où le poliovirus sauvage continue de sévir à l'état endémique n'a pas diminué, une nouvelle cible ainsi qu'une feuille de route pour l'éradication mondiale de la poliomyélite devraient être établies.

Le Dr YOUBA (Mali) dit que l'éradication de la poliomyélite est un sujet de préoccupation important non seulement pour les pays où la maladie reste endémique, mais également pour leurs voisins tels que le Mali. Elle se félicite de l'application rapide des mesures énoncées dans la résolution WHA59.1, qui a permis de maîtriser les flambées récentes et de progresser substantiellement dans la préparation de la période postéradication. Cela comprend le projet de troisième édition du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et l'examen par le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite de modes opératoires types pour le stockage des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents pendant la période qui suivra l'éradication et la cessation de l'utilisation du vaccin buccal.

Des crédits sont nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus endémique, se préparer à la période postéradication et gérer les risques de réémergence de la poliomyélite pendant cette période. Elle soutient le projet de résolution et invite instamment la communauté internationale à accroître son engagement en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Bien que la vaccination des voyageurs en provenance de pays où le poliovirus circule ne soit pas conforme à la politique suivie par son pays, ces mesures sont nécessaires pour éviter une propagation internationale du poliovirus sauvage.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) rappelle qu'en 1982, les Caraïbes ont été la première sous-région à éradiquer la poliomyélite. Le dernier cas survenu dans la Région des Amériques a été enregistré au Pérou en 1991, et la Région a été certifiée exempte de poliomyélite en 1994. Depuis, la Jamaïque a mis en place et renforcé un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Des efforts sont faits pour inverser la tendance à la baisse de la couverture vaccinale au cours des six dernières années et porter le taux de couverture de 80 % fin 2006 à 95 %.

La dernière campagne de « rattrapage » a eu lieu en 1996 et visait les enfants âgés d'un à six ans. Conformément aux recommandations de l'OMS, le vaccin antipoliomyélitique oral est encore utilisé dans la sous-région malgré des inquiétudes au sujet de la poliomyélite paralytique associée au vaccin. L'exigence de présentation d'une preuve de vaccination adéquate par les voyageurs en provenance de pays d'endémie a été approuvée par les pays des Caraïbes, car elle permet de gérer le risque d'importation de maladies transmissibles, y compris la poliomyélite et la rougeole, dans le cadre de la déclaration des administrateurs du PEV des Caraïbes à l'appui des activités liées à la Coupe du monde de cricket (Paramaribo, 17 novembre 2006), événement susceptible d'attirer de nombreux visiteurs dans la région. Une surveillance renforcée est nécessaire pour pouvoir repérer, signaler et examiner rapidement les cas suspects de ces maladies. Des sanctions pour les personnes ou les établissements omettant de signaler des cas devraient être prévues conformément à la législation sur la santé publique. Les ressortissants des Caraïbes se rendant dans des pays où la poliomyélite est endémique sont encouragés à se faire vacciner.

Les taux de couverture devraient être portés à au moins 95 % pour chaque cohorte de naissance et il faudrait combattre l'insouciance des jeunes parents qui négligent de faire vacciner leurs enfants. Le manque d'agents de santé communautaires et de programmes périphériques est un obstacle sérieux. Il est également important d'instituer une surveillance sensible, de disposer de bonnes technologies d'échantillonnage coprologique, de maintenir des niveaux élevés de vaccination et d'éviter les cas associés au vaccin. Un confinement rigoureux et une déclaration exacte des cas devraient permettre d'éviter l'utilisation possible du poliovirus sauvage par des bioterroristes. Les groupes militant ouvertement contre la vaccination doivent être contrés par une éducation du public et une action des médias efficaces et durables. Il faudra assurer un passage harmonieux du vaccin antipoliomyélitique oral au vaccin inactivé une fois l'élimination de la poliomyélite certifiée au niveau mondial.

Les pays Membres de la Communauté des Caraïbes soutiennent le projet de résolution. Le Secrétariat devrait veiller à ce que les activités de confinement mises en place soient notifiées et documentées rapidement par les laboratoires ; à fournir un soutien aux pays pour faire face aux groupes antivaccination ; à sensibiliser le public en matière de sécurité des vaccins ; et à rechercher des fonds supplémentaires pour l'éradication mondiale. En particulier, la couverture vaccinale devrait être élevée rapidement au Nigéria, où la plupart des cas récents ont été signalés. Des lignes directrices plus strictes pour le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage devraient être communiquées à tous les pays, y compris ceux où la transmission se poursuit, et le confinement devrait être surveillé par des experts indépendants. Les activités du Programme élargi de vaccination, y compris l'introduction de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies, devront également être soutenues.

Le Dr CORDOVA VILLALOBOS (suppléant de M. Bailón, Mexique) considère lui aussi nécessaire qu'un consensus international soit trouvé sur les politiques visant à gérer les risques de réémergence de la poliomyélite. Le Mexique soutient les efforts d'éradication de l'OMS et a été déclaré exempt de poliomyélite en 1994. La surveillance de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë est actuellement renforcée pour faire face aux risques de réintroduction du virus et de réapparition de la maladie. La couverture vaccinale par le vaccin antipoliomyélitique oral est élevée ; en outre, des campagnes intensives sont organisées pendant les semaines nationales de la santé. Le Mexique introduira un vaccin pentavalent comportant un vaccin antipoliomyélitique inactivé dans son programme national de vaccination à partir de 2007. Le vaccin oral sera encore utilisé lors de campagnes intensifiées. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) fait observer que le succès de l'éradication de la variole et les énormes progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite témoignent du rôle spécifique et des atouts uniques de l'OMS. La réémergence de la poliomyélite dans certains pays souligne qu'il est important d'obtenir des taux élevés d'immunisation grâce à une vaccination efficace.

La dernière flambée grave de poliomyélite en Slovénie s'est produite en 1957. Malgré une couverture vaccinale supérieure à 95 %, une flambée de neuf cas, dont aucun ne s'est avéré mortel, a été enregistrée en 1979. Aucune des personnes touchées n'avait été vaccinée et l'on ne sait pas très bien si la flambée était liée au vaccin ou due au poliovirus sauvage. Même en présence d'une

couverture élevée, certains enfants peuvent demeurer non vaccinés. La Slovénie, comme d'autres pays, a connu une opposition organisée à la vaccination dans le cadre d'un mouvement, en partie soutenu par les médias et auquel adhéraient certains médecins, qui accusait les autorités sanitaires d'empoisonner les enfants du pays. Un nombre croissant de parents ont donc dû être persuadés de laisser vacciner leurs enfants. Les Etats Membres sont responsables de la bonne application des programmes de vaccination, mais de tels mouvements peuvent être à l'origine d'une baisse de couverture non négligeable. L'OMS doit demeurer attentive à ce danger et être prête à intervenir si nécessaire. Le Dr Voljč appuie le projet de résolution.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), faisant observer que son pays est le principal bailleur de fonds de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite, déclare que l'éradication est possible. Les Etats Membres doivent rester concentrés sur l'objectif de l'éradication et mobiliser les ressources humaines et financières nécessaires aux niveaux national et mondial. Chaque pays doit réduire les risques d'importation et veiller à posséder les capacités de détecter rapidement tout poliovirus circulant et de réagir efficacement. Un rôle mobilisateur au plus haut niveau est indispensable dans les pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie pour améliorer la couverture par la vaccination systématique et supplémentaire ainsi que la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

La réintroduction du poliovirus reste un sujet de préoccupation majeure pour tous les Etats Membres. Les recommandations émises par les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique¹ et par l'OMS² exigent que les voyageurs se rendant dans des pays où la poliomyélite est endémique soient vaccinés. Il serait peut-être également efficace de veiller à ce que tous les voyageurs en provenance de pays d'endémie soient pleinement vaccinés. Une recommandation permanente à cet effet émise en vertu du Règlement sanitaire international (2005), qui entrera en vigueur en juin 2007, pourrait en fournir les moyens. Le Règlement exigera la déclaration immédiate des cas de poliomyélite. Avant cette date, les Etats Membres devraient respecter cette exigence à titre volontaire et rester vigilants face à l'éventualité d'une importation de poliovirus sauvage.

Les Etats-Unis souhaitent figurer parmi les auteurs du projet de résolution.

Le Dr SADASIVAN (Singapour) dit que la transmission du poliovirus sauvage dans les quatre pays d'endémie restants ne sera interrompue qu'avec un soutien supplémentaire de l'OMS et une volonté politique au plus haut niveau dans les pays concernés. Il soutient donc le projet de résolution. Le Règlement sanitaire international (2005) offrira un moyen efficace de prévenir la réintroduction du poliovirus sauvage dans les pays où il n'est pas actuellement endémique.

M. DE SILVA (Sri Lanka) rappelle que Sri Lanka a enregistré son dernier cas de poliomyélite en 1993 et poursuit la surveillance, en particulier au vu des risques émanant des pays voisins d'endémie, l'Inde et le Pakistan. Les cibles, y compris en matière de couverture vaccinale, ont été atteintes, même dans les zones de conflit, grâce à une mobilisation politique et à l'appui des organisations non gouvernementales. Il soutient le projet de résolution.

M. RABGYE (suppléant du Dr Wangchuk, Bhoutan) se félicite de la consultation proposée en février 2007 pour promouvoir l'éradication de la poliomyélite dans les pays d'endémie restants. Ces pays ont bien la volonté politique d'éradiquer la maladie, mais ils ont besoin d'un appui logistique et financier mieux coordonné pour pouvoir mettre en oeuvre des programmes de vaccination systématique et organiser des journées de vaccination. Il soutient le projet de résolution.

¹ Centers for Disease Control and Prevention. *Health information for international travel, 2005-2006*. Atlanta, Georgia, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2005.

² Organisation mondiale de la Santé, *International travel and health 2005*. Genève, 2005.

Le Dr SALEHI (Afghanistan) réaffirme au Conseil que son pays est pleinement engagé en faveur de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Son Président a constitué un groupe d'action national contre la poliomyélite qui devrait permettre au bureau du Président de suivre les activités. L'Afghanistan collabore avec le Pakistan à l'organisation de campagnes de vaccination simultanées des deux côtés de la frontière. Le soutien politique a notamment été illustré par l'administration d'une dose de vaccin antipoliomyélitique buccal par le Ministre de la Santé de chaque pays à un enfant de l'autre pays. Il appuie le projet de résolution avec l'amendement proposé au paragraphe 3.2) par le membre de Djibouti.

Le Professeur AYDIN (Turquie) note que le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite a souligné que les quatre pays d'endémie restants constituaient un risque permanent pour toutes les zones exemptes de poliomyélite tant que la transmission n'aura pas été complètement interrompue. L'OMS devrait fournir un soutien pour renforcer les exigences en matière de vaccination concernant les voyageurs se rendant dans des zones d'endémie ou en provenance de celles-ci. Dans certaines zones d'endémie, des considérations financières et de sécurité entravent la mise en oeuvre des programmes. Il soutient le projet de résolution.

M. KENNY (Rotary International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit qu'il est encouragé par la détermination dont font preuve les Etats Membres et par les progrès accomplis. L'Egypte et le Niger ne sont plus des pays d'endémie ; on a enregistré en 2006 le plus faible nombre de zones touchées par la poliomyélite de l'histoire ; des stratégies et des outils nouveaux ont été mis en place dans les zones visées. En 20 ans, le nombre de cas a été réduit de 99 %, cinq millions de cas de paralysie et 250 000 décès pédiatriques dus à la poliomyélite ont été évités. Mais les progrès restent fragiles. Si l'on ne parvenait pas à éradiquer la poliomyélite, on estime que dix millions d'enfants pourraient être paralysés au cours des 40 prochaines années et les US \$4,5 milliards investis dans l'initiative auraient été en grande partie perdus.

Les responsables des pays d'endémie et des autres pays touchés par la poliomyélite devraient donner la priorité à l'éradication de la maladie. A travers son réseau mondial de bénévoles, qui ont vacciné plus de deux milliards d'enfants dans 122 pays, et sa contribution de plus de US \$650 millions, Rotary International reste attaché à l'éradication de la maladie.

Le Dr OMI (Directeur régional pour le Pacifique occidental) dit que l'expérience a montré que la partie la plus difficile du processus d'éradication était l'élimination des derniers foyers de transmission du poliovirus sauvage, qui exige des efforts extraordinaires adaptés à chaque situation. Les pays d'endémie restants ont déjà beaucoup fait pour endiguer la transmission, avec un appui solide de la communauté internationale, y compris Rotary International. Le virus continue néanmoins de circuler, et il existe un risque de lassitude des donateurs et des pays concernés, qui compromettrait de nouveaux progrès. Il faut donc que les Etats Membres concernés renouvellent leurs efforts et que la communauté internationale fasse preuve de volonté et de solidarité. Les Directeurs régionaux des trois Régions qui ont déjà été certifiées exemptes de poliomyélite – la Région des Amériques, la Région européenne et la Région du Pacifique occidental – au nom desquels il s'exprime, sont prêts à fournir tout le soutien nécessaire pour achever la tâche de l'éradication, notamment en détachant du personnel dans les zones touchées.

Le Dr GEZAIY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) se félicite de cette offre de soutien. Deux pays de la Région sont encore des pays d'endémie, bien que deux cas seulement aient été signalés en décembre 2006. La lassitude de ceux qui travaillent sur le terrain, des responsables politiques et des donateurs est en effet un obstacle. Il s'est rendu dans les pays concernés pour souligner l'importance de l'éradication. La couverture du Programme élargi de vaccination dans les quatre pays d'endémie poliomyélitique, en particulier dans les zones touchées, n'est pas du niveau requis pour l'éradication. Les activités de vaccination systématique ou lors de campagnes particulières doivent être pleinement soutenues. Bien que des systèmes de surveillance sensibles pour la paralysie

flasque aiguë aient été mis en place, on manque encore de vaccins et de fonds pour protéger les investissements consentis jusqu'ici en faveur de l'éradication. Il faut pouvoir garantir la sécurité de même que des journées de tranquillité. Tous les Etats Membres doivent conjuguer leurs efforts. Les rumeurs au sujet des effets indésirables de la vaccination doivent être dissipées, et il faut bien insister sur le fait que ce sont les mêmes vaccins et les mêmes technologies qui sont utilisés partout dans le monde. Si la variole n'avait pas été éradiquée, la riposte au VIH/sida aurait été encore beaucoup plus compliquée, car la vaccination d'une personne séropositive aurait pu se traduire par une vaccine mortelle.

Le Dr HEYMANN (Représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) remercie les membres du Conseil de leur soutien sans faille au nom des principaux partenaires de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite – l'OMS, l'UNICEF, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et Rotary International. Depuis fin 2006, chacun des quatre pays d'endémie poliomyélitique s'est doté de stratégies pour lutter contre la maladie. L'Afghanistan et le Pakistan ont synchronisé leurs activités de vaccination ; l'Inde, pays densément peuplé et où l'assainissement laisse à désirer dans les régions où la poliomyélite subsiste, y vaccine les enfants de moins de deux ans ; les mesures prises par le Nigéria consistent notamment en « journées de vaccination plus », au cours desquelles des interventions ajoutées à la vaccination antipoliomyélitique viennent renforcer les systèmes de santé.

Il se félicite des amendements proposés au projet de résolution. Il sera pleinement tenu compte des préoccupations concernant la propagation internationale du poliovirus en raison des voyages vers les zones où la poliomyélite est endémique ou en provenance de celles-ci. Les voyages à partir de ces zones seront également couverts par le Règlement sanitaire international (2005). Un rapport sur la prochaine consultation destinée à établir des indicateurs de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage sera présenté à l'Assemblée de la Santé avant la fin de la prochaine période biennale. Des préparatifs sont en cours concernant la période qui suivra l'éradication pour garantir le stockage dans des conditions de sécurité ou la destruction des souches sauvages ou Sabin du poliovirus une fois l'éradication de la poliomyélite certifiée. Le réseau mondial de surveillance de la poliomyélite restera en place après l'éradication et sera élargi à d'autres maladies nécessitant également une surveillance continue. L'infrastructure utilisée pour l'éradication de la poliomyélite pourra également être mise à profit pour des programmes de vaccination systématique. L'OMS continuera de mobiliser les US \$570 millions encore nécessaires pour les activités en 2007-2008 et elle est convaincue qu'elle pourra continuer à compter sur ses partenaires financiers pour faire de l'éradication de la poliomyélite une réalité.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à la question du membre désigné par le Luxembourg, dit que les annexes au Règlement sanitaire international (2005) font partie intégrante de ce Règlement. L'addition d'une annexe reviendrait donc à amender le Règlement. L'Assemblée de la Santé devra prendre la décision d'entamer des négociations concernant une nouvelle annexe ; un groupe de travail ou un organe analogue devra alors être chargé de négocier le texte et rendre compte à l'Assemblée de la Santé. L'Assemblée de la Santé pourra adopter l'annexe, qui entrera en vigueur 24 mois après son adoption, sous réserve des conditions stipulées dans le Règlement.

Le DIRECTEUR GENERAL souligne que l'éradication de la poliomyélite est une tâche inachevée et que des efforts concertés s'imposent. Elle remercie les pays qui se sont libérés de la poliomyélite de cette réalisation, les quatre pays d'endémie restants de leurs efforts, et les principaux partenaires et autres donateurs. La volonté des Directeurs régionaux des Régions exemptes de poliomyélite qui se disent prêts à déployer des ressources dans les trois Régions où celle-ci demeure endémique illustre également la détermination du Secrétariat à éradiquer la poliomyélite. L'éradication de la poliomyélite constituera un don permanent pour des générations d'enfants dans le monde, et elle remercie les pays de leur solidarité et de leur engagement en faveur de cet objectif.

Le PRESIDENT dit qu'une version révisée du projet de résolution sera établie en tenant compte des amendements suggérés et qu'il sera examiné à une prochaine séance.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la troisième séance, section 2.)

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/1(annoté), EB120/5 et EB120/5 Add.1)

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque) décrit l'expérience récente de son pays, qui a éradiqué la maladie puis l'a vue réapparaître. Le dernier cas autochtone de paludisme avait été signalé en Jamaïque en 1961 et, depuis 1965, le pays avait été déclaré exempt de paludisme avec, récemment, moins de dix cas importés de paludisme par an. Toutefois, en 2006, un premier cas a été décelé, puis un deuxième en octobre et un troisième en novembre. Il s'agissait d'une transmission locale dans un quartier de Kingston. Un centre d'opérations d'urgence a été constitué en toute transparence, la stratégie jamaïcaine consistant en un dépistage précoce et un traitement rapide, assortis d'une surveillance épidémiologique et entomologique. L'information et l'éducation du public ont été rapides, la communauté a été mobilisée et une collaboration intersectorielle instituée. Le pic des cas est survenu en décembre avec 43 par semaine, pour chuter ensuite à 18, la plupart dans la tranche d'âge 20-39 ans. Les 255 cas confirmés ont été traités de manière satisfaisante sans qu'aucun décès n'ait été signalé.

La transmission locale d'une maladie éradiquée depuis plus de 40 ans a choqué la Jamaïque. Une surveillance mondiale efficace a été déterminante pour le dépistage rapide. La mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005), la coopération internationale et le renforcement des systèmes de santé sont également vitaux. La Jamaïque avait reçu une assistance technique de sources comme l'OPS, le Centre d'Epidémiologie des Caraïbes et les ministères de la santé. Le Dr Allen-Young peut affirmer que le paludisme n'est pas endémique sur l'île et que la flambée est restée localisée à Kingston, la transmission ayant atteint un pic entre la fin novembre et la mi-décembre 2006. La situation est maîtrisée. Une poursuite de la surveillance permettra de repérer et de traiter tout cas sporadique et de renforcer les activités de lutte antivectorielle. La collaboration avec l'OPS permettra d'évaluer de manière plus approfondie la situation locale. Elle invite instamment les pays qui ont déjà éradiqué le paludisme à demeurer vigilants et à renforcer les systèmes de surveillance. Elle soutient la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme.

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des pays de la Région de la Méditerranée orientale, soutient la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme le 25 avril. Le paludisme et sa transmission sont mal compris par les personnes exposées. Les déplacements vers les régions dans lesquelles le paludisme est endémique augmentent. Les cas parmi les voyageurs sont souvent mortels. Une journée mondiale du paludisme aiderait les pays exempts de paludisme à éviter la réintroduction de la maladie, à améliorer les mesures de protection des voyageurs et à mieux gérer les cas de paludisme importé.

Il se félicite du projet de résolution. Toutefois, les pays à forte charge de paludisme ont peu de chances d'atteindre la cible d'une couverture de 80 % pour les interventions prévues d'ici 2010, fixée par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.2, car les fonds promis pour la lutte antipaludique ne se sont pas matérialisés. Les pays qui n'ont qu'un budget modeste pour la santé, dont les systèmes de santé laissent à désirer et qui connaissent une pénurie de ressources humaines auraient besoin d'approches plus novatrices pour faire face aux situations d'urgence complexes.

Il félicite l'OMS du renforcement des interventions de lutte antivectorielle, notamment les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, l'accent étant mis sur la viabilité et l'accès pour les communautés touchées. Néanmoins, de nombreux pays manquent d'entomologistes qualifiés et d'équipes de lutte antivectorielle. L'OMS devrait soutenir et encourager le financement de formations à court et à long terme à tous les niveaux.

De nombreux pays de la Région, y compris la République islamique d'Iran et l'Iraq, entreprennent des activités visant à éliminer le paludisme. Au Soudan, une initiative locale est en

cours à Khartoum et dans la province de Gezira. Les Etats Membres ont besoin de l'appui de leurs partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'une formation de l'OMS pour acquérir les compétences nécessaires. L'Organisation pourrait améliorer les moyens en vue de l'élimination du paludisme grâce à une coordination transfrontières et à une coopération interrégionale. Le personnel ayant des compétences en matière de lutte antipaludique devrait être décentralisé au niveau des pays.

Le Dr SHINOZAKI (Japon), se félicitant du projet de résolution, dit que le paludisme a déjà été endémique au Japon par le passé et pourrait bien faire sa réapparition. Depuis 2000, son pays s'est fortement engagé en faveur de la lutte contre le paludisme dans le monde par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et en fournissant un appui aux pays touchés, sous la forme de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le soutien technique promu par l'OMS comprend les pulvérisations à l'intérieur des habitations d'un insecticide à effet rémanent, le DDT, qui est un composant réglementé par la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants. Les pays devraient examiner la viabilité de la méthode et l'émergence possible de moustiques résistants. Il invite instamment le Secrétariat à mettre sur pied un système de surveillance de cette intervention conjointement avec le Secrétariat de la Convention de Stockholm. L'OMS devrait élargir les activités de lutte antipaludique, encourager la formation d'entomologistes médicaux, promouvoir les programmes d'hygiène au niveau communautaire, soutenir des études sur la résistance aux insecticides et adopter des méthodes de lutte antimoustiques écologiques. La meilleure approche exigera des compétences diversifiées, un financement sûr et des ressources humaines garanties.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que le programme de lutte antipaludique dans son pays, qui est une initiative majeure de santé publique, est opérationnel dans les zones aussi bien de forte que de faible endémicité. L'utilisation des médicaments antipaludiques homologués depuis 1985 est normalement autorisée uniquement dans les services de santé de l'Etat. Deux médicaments d'usage courant, l'artésunate et la méfloquine, ne sont distribués que par les pharmacies publiques. Chaque année en mai, avant le pic de la saison du paludisme, une « semaine du paludisme » est organisée pour sensibiliser le public.

Il accueille avec satisfaction le projet de résolution mais aimerait avoir des précisions sur l'usage du terme « marché », la mention des antirétroviraux présélectionnés et le sens de l'expression « monothérapies à l'artémisinine » au paragraphe 1.3). Il suggère d'ajouter au paragraphe 4 la phrase « En outre, un rapport portant aussi bien sur les obstacles rencontrés que sur les progrès accomplis dans la lutte antipaludique devrait informer le grand public pour témoigner de la responsabilité sociale du gouvernement ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que les statistiques mettent en évidence la nécessité de la lutte antipaludique dans le monde, notamment en ce qui concerne les femmes et les jeunes enfants. Les populations vulnérables ne savent pas se protéger contre la maladie. Une journée mondiale du paludisme ne permettra pas à elle seule de réduire la charge mondiale de l'infection. Il faudrait accorder davantage d'attention à la fourniture de médicaments antipaludiques salvateurs, à la distribution de moustiquaires à imprégnation durable et au traitement préventif intermittent pendant la grossesse. Il est tout à fait favorable aux pulvérisations de DDT et d'autres insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations. L'initiative contre le paludisme lancée par le Président des Etats-Unis soutient l'utilisation du DDT et d'autres insecticides dans les pays cibles d'Afrique dans le cadre de campagnes de pulvérisation dans les habitations soigneusement contrôlées. Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont le moyen le plus efficace de traiter le paludisme. Toutefois, il n'est pas favorable à l'interdiction des monothérapies tant que ces médicaments répondent aux normes internationales de qualité, d'innocuité et d'efficacité. Les questions de réglementation relatives aux médicaments en associations fixes méritent d'être examinées de façon plus approfondie. Les fonds devraient être réservés à l'achat de médicaments dont on connaît

l'innocuité et l'efficacité. Les associations fixes pourraient simplifier les schémas thérapeutiques et éviter l'apparition d'une pharmacorésistance.

Le Gouvernement des Etats-Unis est le principal bailleur de fonds de la lutte antipaludique, à travers l'initiative du Président contre le paludisme et ses contributions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Tous les pays devraient accroître leur soutien à la lutte antipaludique dans le monde et s'engager davantage financièrement et politiquement. Il invite instamment les pays touchés, notamment en Afrique, à accroître leurs dépenses en matière de lutte antipaludique.

Il soumettra par écrit des amendements proposés au projet de résolution.

Le Dr YOUBA (Mali), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que le paludisme est un problème de santé publique majeur dans la Région, où il tue un million d'enfants chaque année et met en danger 30 millions de grossesses. En Afrique, le paludisme représente 25 % des dépenses des ménages et une charge économique et sociale majeure. La résistance accrue aux antipaludiques a conduit la plupart des pays africains à adopter des traitements plus efficaces mais plus coûteux tels que les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. Certains pays dont le Mali encouragent l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et le traitement préventif intermittent par la sulfadoxine-pyriméthamine pour les femmes enceintes. Le niveau des coûts, l'insuffisance des systèmes de santé et la pénurie de ressources humaines empêchent la couverture des populations vulnérables. Le Dr Youba appelle à renforcer les mesures transfrontières, à améliorer les systèmes de surveillance et d'évaluation, et à établir des partenariats public-privé. Les thérapies disponibles comportant de l'artémisinine et les systèmes de pharmacovigilance sont insuffisants et l'accès aux services de santé laisse à désirer, surtout dans les zones rurales et isolées. La communauté internationale doit prendre conscience de la pénurie aiguë de fonds et d'autres ressources pour la lutte antipaludique. Le Dr Youba soutient le projet de résolution, et notamment la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme.

Le Dr CORDOVA VILLALOBOS (suppléant de M. Bailón, Mexique) rappelle que les graves conséquences du paludisme compromettent la croissance économique, réduisent la productivité et perpétuent la pauvreté. Le Mexique est parvenu à réduire l'incidence du paludisme grâce à une stratégie de traitement focalisé, également appliquée ailleurs dans les Amériques, qui permet de moins recourir aux insecticides. Le projet de résolution devrait mettre l'accent sur la participation de la communauté à la lutte antipaludique, viser à réduire l'utilisation des insecticides et favoriser le choix d'insecticides scientifiquement éprouvés et écologiquement acceptables.

Le Dr QI Qingdong (Chine) dit que la communauté internationale doit se mobiliser contre le paludisme. L'OMS a coordonné les travaux des organismes internationaux dans ce domaine, y compris ceux du partenariat Faire reculer le paludisme. Il se félicite que le projet de résolution insiste sur la suppression des taxes et des tarifs douaniers sur les moustiquaires, les médicaments et autres produits nécessaires à la lutte contre le paludisme.

Une journée mondiale du paludisme appellerait l'attention des gouvernements et de la communauté internationale sur ce problème et permettrait de sensibiliser le public à la question de l'autoprotection. Toutefois, la date devrait être reconsidérée car le 25 avril est en Chine la journée nationale de la vaccination de l'enfant. Le mois d'avril ne convient d'ailleurs ni à la Chine ni à ses voisins car la saison du paludisme va d'avril à octobre.

La promotion progressive d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine exige que les conditions s'y prêtent. Toutefois, selon les experts chinois, il n'existe pas de données précises attestant la résistance de *Plasmodium falciparum* aux monothérapies à l'artémisinine. Comparées à la monothérapie à l'artémisinine, les associations ne raccourcissent pas les accès de paludisme et n'augmentent pas non plus l'efficacité du traitement. Qui plus est, les associations sont beaucoup plus coûteuses que les monothérapies. Avant de choisir de promouvoir les associations, l'OMS devrait

renforcer sa surveillance des associations comportant de l'artémisinine et établir un calendrier à plus long terme pour stopper l'utilisation des monothérapies.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres et au nom de la présidence allemande, se félicite des efforts déployés par l'OMS pour rassembler sous l'égide du Programme mondial de lutte antipaludique les activités mondiales, régionales et nationales de prévention et de lutte antipaludiques. Les antipaludiques efficaces et les moustiquaires à imprégnation durable sont des biens publics mondiaux et l'accès à ceux-ci exige des méthodes d'examen participatives et des méthodes de financement novatrices. Les pays en développement devraient renforcer les capacités locales de production et de distribution des médicaments et des moustiquaires. Il souligne le rôle de la recherche pharmaceutique et de l'acquisition des connaissances dans le cadre d'initiatives telles que l'opération Médicaments antipaludiques et le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. La coopération et les échanges entre pays et Régions sont également très utiles.

Il soutient le projet de résolution mais propose d'ajouter un nouvel alinéa au préambule, après le troisième alinéa, qui se lirait comme suit :

« Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financement volontaires novatrices prises par des groupes d'Etats Membres, et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et du Dispositif international de financement de la vaccination et de la volonté de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ».

Ce libellé reprend celui du paragraphe 5 de la résolution 61/228 de l'Assemblée générale des Nations Unies concernant le paludisme.

Le paragraphe 1.3) devrait être modifié comme suit :

« à retirer du marché les monothérapies à l'artémisinine par voie orale et à annuler leur autorisation de mise sur le marché et à promouvoir l'autorisation de mise sur le marché d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, à appliquer des politiques interdisant la production d'antipaludiques contrefaits et à veiller à ce que les organismes de financement cessent d'acheter ces monothérapies ou d'autres médicaments, y compris des antirétroviraux présélectionnés, à des fabricants qui continuent à commercialiser des produits fondés sur une monothérapie à l'artémisinine ».

Le paragraphe 1.4) devrait être supprimé pour éviter tout conflit avec la résolution correspondante adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa dernière session.

Le libellé utilisé au paragraphe 2.1) devrait être remplacé par une formulation telle que :

« d'aider les pays à étendre l'utilisation d'associations médicamenteuses adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance, y compris des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine si nécessaire, l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable et des mesures de lutte antivectorielle intégrées pouvant inclure la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides sûrs et appropriés à effet rémanent comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm, et en utilisant des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris la base de données de pays mise au point par l'OMS » ;

Le texte suivant devrait être inséré à la fin du paragraphe 3.1) :

« et donner une orientation technique pour la gestion de la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ».

Il recommande de supprimer le paragraphe 4. Il ne voit pas ce que peut apporter la création d'une journée mondiale du paludisme. La référence qui y est faite au préambule devrait être supprimée.

M. DE SILVA (Sri Lanka) exprime son plein appui au projet de résolution. Depuis 1990, l'incidence du paludisme dans son pays a été ramenée de 400 000 cas par an à quelques centaines. Il apprécie le soutien technique fourni par le biais du partenariat Faire reculer le paludisme et suggère que tous les programmes antérieurs de lutte antipaludique soient évalués par rapport aux investissements consentis.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la troisième séance, section 2, p. 130.)

La séance est levée à 17 h 45.

TROISIEME SEANCE

Mardi 23 janvier 2007, 9 h 40

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

**Après avoir siégé en séance ouverte à 9 heures,
le Conseil reprend ses travaux en séance publique à 9 h 40.**

1. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 7 de l'ordre du jour

Nomination du Directeur régional pour la Méditerranée orientale : Point 7.1 de l'ordre du jour (document EB120/23)

Le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), Rapporteur, donne lecture de la résolution suivante, adoptée par le Conseil en séance ouverte :¹

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS ;

Vu la désignation faite par le Comité régional de la Méditerranée orientale à sa cinquante-troisième session ;

1. NOMME à nouveau le Dr Hussein A. Gezairy en qualité de Directeur régional pour la Méditerranée orientale à compter du 1^{er} octobre 2007 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir pour le Dr Hussein A. Gezairy un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} octobre 2007, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

Le PRESIDENT félicite le Dr Gezairy d'avoir été reconduit dans ses fonctions.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) se dit honoré d'avoir été reconduit dans ses fonctions et reconnaissant de la confiance placée en lui. Il s'engage à se montrer à la hauteur de la tâche. Il rappelle les progrès qui ont été accomplis dans la Région, par exemple dans la lutte contre les maladies transmissibles ou en ce qui concerne la réforme du secteur de la santé. Le principe des soins de santé primaires devra continuer à guider le changement dans les systèmes de santé ; les partenariats avec le secteur privé, la société civile et les organisations non gouvernementales seront encouragés. Parmi les problèmes qui subsistent figurent la charge croissante des maladies chroniques non transmissibles, la pénurie de personnels de santé et les maladies transmissibles, et notamment la couverture vaccinale maximum contre les maladies évitables par la vaccination et l'émergence de nouvelles maladies. L'initiative à base communautaire de la Région sera poursuivie, les soins de santé primaires renforcés et la prévention privilégiée, notamment s'agissant des maladies qui touchent les femmes et les enfants.

¹ Résolution EB120.R2.

Le DIRECTEUR GENERAL félicite le Dr Gezairy de sa nouvelle nomination et salue ses qualités de leader, sa sagesse et son expérience, louant l'action qu'il a menée en matière de lutte contre de nombreuses maladies et notamment en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), appuyé par le Dr AL-EISSAWI (Iraq) et le Dr SALEHI (Afghanistan), félicite le Directeur régional de sa nomination, reconnaissant la contribution qu'il apporte au Conseil de Coopération du Golfe, ainsi que sa sagesse et son expérience.

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication : Point 4.1 de l'ordre du jour (documents EB120/4 Rev.1 et EB120/4 Rev.1 Add.1) (suite de la deuxième séance, section 3)

Le PRESIDENT informe le Conseil qu'une version révisée du projet de résolution, qui comporte une modification rédactionnelle au paragraphe 3.5), sera publiée le lendemain.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la quatrième séance, p. 145.)

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/5 et EB120/5 Add.1) (suite de la deuxième séance, section 3)

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que le Conseil doit donner des orientations claires en matière de lutte contre le paludisme, principale cause de morbidité et de mortalité dans la Région africaine. Les considérations liées au commerce ne doivent pas l'emporter sur la responsabilité première de l'OMS, à savoir la protection de la santé humaine, et le Conseil doit se laisser guider uniquement par des données scientifiques probantes lorsqu'il examine des questions comme la résistance aux médicaments et aux insecticides. La question de la monothérapie en cas de pharmacorésistance pose problème. Si l'on veut préserver l'efficacité des nouveaux médicaments, les principes scientifiques doivent l'emporter sur les intérêts commerciaux nationaux. De nombreux Africains sont privés d'accès à des antipaludéens efficaces en raison de leur prix ; il faut remédier à cette situation.

Il soutient le projet de résolution contenu dans le document EB120/5, ainsi que la date proposée du 25 avril pour la Journée mondiale du paludisme, qui coïncide avec la Journée africaine du paludisme. Il propose les amendements suivants. Il conviendrait d'ajouter un nouveau paragraphe 1.5) qui se lirait comme suit : « à prévoir dans leur législation la possibilité d'utiliser les licences obligatoires conformément à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ». Un nouveau paragraphe devrait être ajouté entre les paragraphes 3.2) et 3.3) existants, dont le libellé serait le suivant :

de réunir au sein d'un forum le Programme mondial OMS de lutte antipaludique, le partenariat Faire reculer le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des milieux universitaires, des entreprises de biotechnologie et laboratoires pharmaceutiques petits et grands, les Etats Membres intéressés, des conseils de la recherche médicale et des fondations afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le paludisme.

Le paragraphe 4 devrait être subdivisé en deux alinéas, le paragraphe actuel devenant l'alinéa 4.1) et un nouvel alinéa étant inséré comme paragraphe 4.2) qui se lirait comme suit : « la Journée mondiale du paludisme sera le point culminant d'années de mise en oeuvre intensifiée d'activités communautaires de prévention du paludisme dans les zones d'endémie ».

Le Dr VOLJČ (Slovénie) relie le réchauffement climatique et le paludisme. Les maladies comme le paludisme et leurs vecteurs pourraient gagner, du fait du changement climatique, des régions où ils ne sévissaient pas jusque-là de manière endémique. On trouve déjà des moustiques du type anophèle sur la côte slovène ; ils ne sont pas pour l'instant porteurs de *Plasmodium spp.*, mais, d'un point de vue épidémiologique, le paludisme pourrait faire son apparition si le réchauffement mondial se poursuivait. Les pays riverains de zones impaludées devraient instituer une surveillance entomologique préventive. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr SADASIVAN (Singapour) dit que le paludisme est un fléau mondial qui entraîne encore des millions de décès évitables, et pourtant la prise de conscience de ce problème mondial reste faible. Il soutient la création d'une journée mondiale du paludisme pour sensibiliser au problème et mieux le faire comprendre. Toutefois les pays d'endémie doivent également appliquer les politiques et les stratégies recommandées par l'OMS. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que certains des amendements proposés au projet de résolution semblent contradictoires. Il suggère que la résolution soit renvoyée à un groupe de rédaction.

Le Dr KOCHI (Programme mondial de lutte antipaludique), répondant aux observations sur la monothérapie par l'artémisinine, souligne que le monde ne peut se permettre de voir apparaître une résistance à l'artémisinine. Si les plasmodies deviennent résistantes à l'artémisinine, nous aurons reculé de 20 ans. L'OMS préconise par conséquent l'utilisation de thérapies qui associent l'artémisinine à d'autres composés. Certains signes sont déjà révélateurs d'un début de résistance à l'artémisinine dans certaines régions du monde, notamment dans la région frontalière entre le Cambodge et la Thaïlande. Au cours de la semaine à venir, l'OMS tiendra des consultations informelles avec les Gouvernements thaïlandais et cambodgien pour examiner la situation et faire des recommandations. Quant à savoir si l'interdiction de la monothérapie s'appliquerait à la fois au secteur privé et au secteur public, la réponse est « oui ».

Sur la question de l'épandage d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations et de l'utilisation du DDT, il se félicite de la suggestion du membre désigné par le Japon concernant la mise en place d'un système de surveillance. En octobre 2006, l'OMS a tenu une réunion d'experts avec le PNUE, dont l'une des recommandations a été la mise en place par les deux organisations d'un système permettant de surveiller l'utilisation du DDT ; un mémorandum d'accord est actuellement rédigé. En ce qui concerne les observations formulées au nom de l'Union européenne, il convient que l'épandage d'insecticides à effet rémanent à l'intérieur des habitations et l'usage du DDT devraient faire partie d'une stratégie intégrée de gestion des vecteurs.

L'OMS élabore actuellement des lignes directrices pour l'élimination du paludisme qui devraient comprendre des recommandations sur l'action à mener en cas d'épidémies de paludisme dans des zones précédemment exemptes de la maladie. Une fois ces lignes directrices achevées, ce qui est prévu pour le premier trimestre de 2007, des programmes de formation seront organisés, ainsi que l'a suggéré le membre désigné par l'Afghanistan.

Le PRESIDENT dit que l'on a le choix entre renvoyer immédiatement le projet de résolution à un groupe de rédaction ou bien prier le Secrétariat de préparer une version révisée à examiner lors d'une prochaine séance, où un groupe de rédaction pourra être constitué si nécessaire.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que les deux options lui paraissent acceptables.

Le Dr NYIKAL (Kenya) préférerait que le Conseil examine une version révisée du projet de résolution puis décide s'il est nécessaire de constituer un groupe de rédaction.

Le PRESIDENT demande donc au Secrétariat de réviser le projet de résolution en tenant compte de toutes les observations et suggestions. Le point reste donc en suspens.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la huitième séance, section 2.)

Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme : Point 4.3 de l'ordre du jour (documents EB120/8, EB120/8 Add.1 et EB120/8 Add.1 Rev.1)

Le Dr GWENIGALE (Libéria), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que si l'Afrique ne compte qu'environ 11 % de la population mondiale, on y dénombre selon les estimations 25 % des cas de tuberculose signalés chaque année. Elle doit également supporter la plus forte charge de morbidité due au VIH/sida dans le monde et constate une augmentation du nombre de co-infections VIH/tuberculose, un grand nombre de ces cas résistant aux médicaments antituberculeux de deuxième intention. Le Comité régional de l'Afrique a déclaré la tuberculose urgence de santé publique et appelé à des mesures de lutte accélérées, comme l'ont fait les participants au Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (Abuja, 2-4 mai 2006). Toutefois, les problèmes posés par la co-infection et par la résistance aux médicaments de deuxième intention ne pourront être résolus sans un soutien technique et financier supplémentaire de l'OMS. Le Dr Gwenigale apprécie l'importance accordée à la tuberculose et aux problèmes connexes et leur inscription à l'ordre du jour du Conseil et soutient le projet de résolution figurant dans le document EB120/8.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que si les cibles mondiales concernant la tuberculose pour l'an 2000 n'ont pas été atteintes et si les progrès sont lents s'agissant des cibles pour le dépistage et le traitement fixées pour 2005, c'est que les systèmes de santé, les infrastructures, les ressources humaines et les moyens de gestion des programmes sont en grande partie insuffisants. Le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et la stratégie OMS Halte à la tuberculose, et ses six éléments généraux, offrent des outils efficaces pour atteindre les cibles. Toutefois, l'un des principaux obstacles à leur mise en oeuvre est le déficit estimé de financement de US \$31 milliards. Il invite instamment l'OMS et ses partenaires à combler ce déficit.

Il se félicite du projet de résolution mais propose deux amendements. Tout d'abord, compte tenu de la nécessité d'améliorer l'information sanitaire pour pouvoir mesurer les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, il faudrait ajouter à la fin du paragraphe 1.1) a) le membre de phrase « et en améliorant plus rapidement les systèmes d'information sanitaire afin d'aider à l'évaluation des résultats des programmes nationaux ». Deuxièmement, un nouveau paragraphe 2 devrait être inséré, se lisant ainsi :

- « 2. PRIE les organisations internationales et les partenaires de l'action de développement :
- 1) d'apporter un soutien aux pays à forte charge de morbidité pour élargir la mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose ;
 - 2) de développer et d'améliorer les mécanismes de financement conformément au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. ».

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, fait observer que, dans la Région, la tuberculose touche près de 600 000 personnes chaque année. La plupart des malades appartiennent aux groupes d'âge socialement et économiquement productifs. Pour faire barrage à la tuberculose, la stratégie DOTS a été considérablement élargie et couvre désormais près de 94 % de la population. Le taux de traitement de 82 % est proche de l'objectif mondial de succès thérapeutique.

En revanche, dans de nombreux pays de la Région, le dépistage des cas est bien en dessous de la cible mondiale de 70 %. Les causes sont à chercher dans la mauvaise qualité de la stratégie DOTS, un

nombre insuffisant d'agents de santé, en particulier dans le secteur privé, une participation limitée des communautés, l'incidence croissante du VIH/sida, la tuberculose multirésistante et la tuberculose ultrarésistante.

Il est donc favorable à la stratégie générale Halte à la tuberculose et au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Les besoins budgétaires de la lutte antituberculeuse ont été définis dans le plan mondial et les activités de lutte sont actuellement mises en oeuvre. Neuf pays de la Région sur 10 où l'incidence de la tuberculose est élevée ou intermédiaire ont mis sur pied des mécanismes de coopération et bénéficient d'un soutien du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Le Dr Salehi soutient le projet de résolution. La mise en oeuvre au niveau national d'efforts de lutte accrus et de plans à long terme pour lutter contre la tuberculose s'impose, malgré la stabilisation, voire la baisse, de l'incidence de la maladie dans quatre des six Régions de l'OMS au cours des 10 dernières années. Le partenariat est indispensable pour mobiliser les ressources nécessaires pour des plans à long terme tels que le plan mondial du partenariat Halte à la tuberculose. Le projet de résolution devrait inviter instamment tous les Etats Membres à mettre sur pied des partenariats efficaces semblables au partenariat Halte à la tuberculose de la Méditerranée orientale et insister sur l'importance de l'aide et de la coordination de l'OMS. Un tiers seulement des besoins en ressources de la Région sont actuellement couverts – il faudrait insister sur ce déficit dans le projet de résolution. La collaboration avec le Fonds mondial est très importante. Il se félicite du rapport, mais souligne qu'il faudrait améliorer la qualité des estimations concernant l'incidence de la tuberculose, sa prévalence et la mortalité due à la maladie. Le projet de résolution devrait prier le Directeur général de mettre en place des mécanismes permettant de réviser et de suivre ces estimations.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant pour le compte de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, au nom de la présidence allemande, déclare que les pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie, et l'Ukraine ainsi que la République de Moldova, s'alignent sur cette déclaration.

Il reconnaît les progrès accomplis par l'OMS en matière de lutte antituberculeuse et confirme son soutien au partenariat Halte à la tuberculose. Il insiste sur la collaboration avec tous les partenaires dans le cadre de systèmes de surveillance régionaux. Il s'inquiète toutefois de l'augmentation spectaculaire des taux d'infection tuberculeuse au cours de l'année écoulée en Europe orientale et en Afrique où la maladie est principalement associée au VIH/sida. Il est inquiétant de constater que des souches de tuberculose ultrarésistante évoluent dans des pays où il n'existe pratiquement aucune possibilité de traitement. C'est un problème de santé prioritaire et l'aide de l'OMS et de la communauté internationale devrait être renforcée.

L'Union européenne et ses partenaires s'intéressent à la tuberculose, à sa propagation et à des instruments politiques communautaires. Une collaboration renforcée avec d'autres programmes, notamment ceux concernant le VIH/sida, est nécessaire, de même qu'un alignement accru entre les secteurs nationaux de la santé, pour que la riposte internationale soit plus efficace. Il insiste sur le renforcement des systèmes de santé nationaux et sur les solutions à apporter à la crise des ressources humaines. En ce qui concerne l'accès aux médicaments, il se félicite des initiatives novatrices en matière de financement telles que la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), le Dispositif international pour le financement de la vaccination et un projet pilote dans le cadre des engagements d'achat à terme pour 2007. L'OMS a joué un rôle essentiel dans le partenariat Halte à la tuberculose à travers son Comité feu vert et le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments qui favorise l'accès aux antituberculeux et leur sécurité d'emploi. Il soutient le projet de résolution, mais demande que soient ajoutés les termes « et, s'ils sont touchés, de s'attaquer immédiatement au problème de la tuberculose ultrarésistante en tant que principale priorité sanitaire à traiter immédiatement dans le cadre de la stratégie générale Halte à la tuberculose, » à la fin du paragraphe 1.1) b), ainsi que les termes « et de renforcer de toute urgence l'appui de l'OMS aux pays touchés par la tuberculose ultrarésistante » à la fin du paragraphe 2.1).

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Portugal, il déclare que son pays a atteint les cibles mondiales pour la lutte antituberculeuse, mais qu'il enregistre encore l'une des plus fortes incidences de l'Union européenne. Le programme national de lutte contre la tuberculose doit augmenter ses capacités de dépistage précoce, réduire l'incidence de la tuberculose associée au VIH/sida et réduire la prévalence de la tuberculose ultrarésistante. L'ancien Président portugais, M. Sampaio, a été nommé envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour l'initiative Halte à la tuberculose et s'efforce de sensibiliser la communauté internationale, de mobiliser des fonds et d'inciter les dirigeants mondiaux à accroître leur engagement. Il conviendra de garder à l'esprit le slogan « Tuberculose ici, tuberculose partout », choisi par M. Sampaio pour la Journée mondiale de la tuberculose 2007 dans la lutte collective contre la tuberculose.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) explique que le Programme mexicain de lutte contre la tuberculose est passé d'une approche médicalisée à une approche sociale et globale. La lutte antituberculeuse n'incombe pas au seul Gouvernement ou au seul personnel médical, la stratégie DOTS a donc été remaniée pour permettre la participation de la société dans son ensemble, y compris celle de la population exposée. Le programme national « Libérer le Mexique de la tuberculose » a renforcé le dépistage dans les unités sanitaires et dans la communauté, notamment au sein des groupes vulnérables. Cela a conduit à une meilleure compréhension et organisation du personnel de santé et à une mobilisation sociale accrue. La responsabilisation et l'autonomisation de la communauté sont essentielles pour lutter contre la maladie. En rapport avec le nouveau partenariat Halte à la tuberculose, le Gouvernement mexicain a constitué le Comité national Halte à la tuberculose, dont il existe une réplique dans chacun des Etats. Le Mexique a participé activement à l'élaboration du plan mondial Halte à la tuberculose en tant que représentant des Amériques.

Le Dr Ruiz Matus soutient le projet de résolution et convient qu'il faut que l'OMS renforce les mesures de prévention et de lutte.

Le Dr QI Qingdong (Chine) félicite le Secrétariat de son travail en matière de lutte antituberculeuse et le félicite aussi des progrès accomplis, mais se dit profondément préoccupé par le fait que les cibles fixées pour 2005 n'ont pas été atteintes.

La Chine compte cinq millions de malades tuberculeux, soit le deuxième chiffre le plus élevé au monde, et ceux-ci vivent principalement dans les zones rurales. Des progrès remarquables ont été accomplis par son Gouvernement grâce à des mesures énergiques en matière de lutte antituberculeuse. Fin 2005, la couverture du DOTS avait atteint 100 %, le taux de dépistage de la tuberculose pulmonaire à frottis positif était de 79 % et le taux de succès thérapeutique de 91 %. L'engagement de la Chine vis-à-vis de la communauté internationale est un moteur pour améliorer la lutte. Les politiques des Etats comprennent notamment des stratégies de lutte scientifique et des initiatives de mobilisation de fonds. Parmi les problèmes qui subsistent figurent l'association avec l'infection à VIH, l'émergence d'une polypharmacorésistance et l'exode rural croissant. La Chine est résolue à surmonter ces difficultés et, en coopération avec la communauté internationale, à atteindre les cibles internationales fixées pour 2015.

Les pays à forte incidence devraient faire figurer la lutte contre la tuberculose dans les plans stratégiques nationaux et offrir les garanties politiques, les ressources humaines et le financement suffisants. Le Dr Qi Qingdong se félicite de l'objectif consistant à « élargir l'accès aux médicaments de deuxième intention dont la qualité est garantie et le prix abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose » énoncé au paragraphe 1.1) c) du projet de résolution. Il souligne le rôle de l'OMS dans la coordination, la promotion et le soutien de l'initiative. Le déficit estimé de financement pour les dix prochaines années mentionné dans le rapport pourrait être comblé grâce à un mécanisme efficace de collecte de fonds mis en place par l'OMS. Les pays développés et les institutions donatrices devraient s'acquitter de leurs obligations en la matière pour atteindre les cibles. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr AL-EISSAWI (Iraq) soutient le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Sa mise en oeuvre rigoureuse aux niveaux mondial, régional et national est indispensable pour tous les Etats Membres. Il insiste sur la stratégie de lutte antituberculeuse internationalement acceptée (la stratégie DOTS) et sur les politiques de lutte contre les souches multirésistantes et ultrarésistantes de la maladie. La mise en oeuvre de la stratégie DOTS, qui est au centre de la stratégie Halte à la tuberculose, doit se poursuivre et pourrait permettre d'obtenir des taux élevés de succès thérapeutique. Toutefois, bien que des progrès considérables aient été faits, le rapport montre que les taux élevés de dépistage des cas et de succès thérapeutique enregistrés aussi bien au niveau mondial que dans sa Région n'ont cependant pas permis d'atteindre les cibles fixées ; il faut donc faire plus encore. De nombreux pays se heurtent à des problèmes dans la mise en oeuvre de la stratégie DOTS et il est important d'améliorer à cet égard la qualité des activités dans les pays qui n'ont pas encore atteint les cibles mondiales de dépistage des cas et de succès thérapeutique. Le paragraphe 1.1) b) du projet de résolution devrait être amendé comme suit : « d'améliorer rapidement la qualité des activités DOTS en tant que mesure première et essentielle à la pleine mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose et également pour limiter le risque que n'apparaisse et ne se transmette la tuberculose multirésistante, y compris la tuberculose ultrarésistante ». Il suggère également qu'au paragraphe 2.1), les mots « particulièrement la qualité des activités DOTS » soient insérés après « programmes nationaux de lutte antituberculeuse ».

Il existe un risque que la mauvaise utilisation des médicaments antituberculeux de première et de deuxième intention n'entraîne l'apparition de formes multirésistantes et ultrarésistantes. Les récentes flambées de tuberculose ultrarésistante en Afrique du Sud ont montré les conséquences possibles d'un tel événement et la question doit être traitée. Des soins immédiats doivent être prodigués aux patients par les systèmes de prise en charge, comprenant un diagnostic exact et rapide, un traitement efficace, la lutte contre l'infection et un suivi. Il faut éviter toute panique tant de la part du personnel de santé que du grand public.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) constate la grave préoccupation que suscite parmi les membres du Conseil la tuberculose, et en particulier le chevauchement entre les épidémies de tuberculose et de VIH/sida et l'émergence de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante mortelle.

Il soutient le projet de résolution et suggère que l'on insère l'expression « et en appliquant rapidement des mesures de lutte contre l'infection » à la fin du paragraphe 1.b) et qu'un nouveau paragraphe 1.2) du dispositif soit ajouté, qui se lirait « de renforcer les capacités de laboratoire afin de soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements prélevés chez tous les patients tuberculeux à frottis positif, et de promouvoir l'accès à un examen microscopique des frottis de qualité assurée », le paragraphe 1.2) étant renuméroté 1.3). Il suggère en outre que les mots « et en appliquant des mesures de lutte contre l'infection » soient insérés après « des programmes nationaux de lutte antituberculeuse » au paragraphe 2.1) et qu'un nouveau paragraphe 2.3) soit inséré, qui se lirait comme suit : « d'aider les Etats Membres à développer les capacités de laboratoire pour soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements prélevés chez tous les patients tuberculeux à frottis positif », les paragraphes 2.3) et 2.4) existants étant renumérotés 2.4) et 2.5).

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) se déclare convaincu que le maintien de l'appui de l'OMS permettra à l'Afrique de progresser vers la cible 8 de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, à savoir d'ici à 2015, avoir maîtrisé la tuberculose et commencé à inverser la tendance. La mise en oeuvre de la stratégie DOTS à Madagascar a donné des résultats tangibles, le taux de succès thérapeutique étant passé de 63 % en 2004 à 86 % en 2006. La viabilité financière du programme exige d'urgence que des ressources soient mobilisées, car un financement insuffisant pourrait compromettre le traitement des formes multirésistantes de la maladie.

Elle propose que la première partie du paragraphe 2.2) soit amendée comme suit : « de faire en sorte que l'OMS assure mieux la direction des activités au sein du partenariat Halte à la tuberculose dans la coordination des efforts déployés pour mettre en oeuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ... ».

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) exprime son soutien au projet de résolution et aux amendements proposés. Le Japon contribue à la lutte mondiale contre la tuberculose à travers un cours de formation international organisé par l'Institut de Recherche sur la Tuberculose. Près de 2000 personnes de 90 pays ont participé à ce cours depuis 1963 et beaucoup jouent un rôle important dans ce domaine dans leur pays. Le Japon continuera d'appuyer la prévention et la lutte antituberculeuses partout dans le monde.

Le Dr NYIKAL (Kenya) se félicite du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et soutient le rôle directeur de l'OMS dans les efforts déployés pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées pour 2015. Seul un pays d'Afrique a atteint les cibles en matière de dépistage des cas et de succès thérapeutique pour 2005, et l'Afrique du Sud a enregistré une tendance alarmante de la mortalité due à la tuberculose ultrarésistante, qui entraîne des coûts de traitement élevés.

Il suggère d'ajouter un nouveau paragraphe 1.3) au projet de résolution qui se lirait : « à déclarer la tuberculose urgence sanitaire, le cas échéant, et à affecter des ressources supplémentaires pour renforcer les activités destinées à interrompre la propagation de la tuberculose ultrarésistante ». Ce texte serait aligné sur celui de la Déclaration de Maputo de 2005 et insisterait sur la sensibilisation pour améliorer le financement.

Le Dr TANGI (Tonga) fait observer que la Chine, qui enregistre une des incidences les plus fortes de la tuberculose, a atteint les cibles fixées pour 2005 grâce à une volonté politique au plus haut niveau. Tonga a également atteint les cibles en donnant la priorité à la lutte antituberculeuse et en s'attachant à atteindre ses objectifs. Il faudrait accorder davantage d'attention à la recherche, en particulier sur la pharmacorésistance. Il est dans l'intérêt commercial des laboratoires pharmaceutiques de poursuivre ces recherches s'ils veulent survivre sur le marché.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)¹ s'inquiète de l'émergence de la tuberculose ultrarésistante dans certains pays, dont le sien, et du manque de moyens de laboratoire pour dépister la maladie dans ces pays, ce qui pourrait avoir des conséquences désastreuses. Elle se félicite de l'assistance technique apportée par l'OMS à l'Afrique du Sud et du soutien des partenaires de son pays.

Elle soutient le projet de résolution ainsi que les amendements proposés.

Le Dr RAVIGLIONE (Halte à la tuberculose) dit que la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose et le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 sont des éléments déterminants pour atteindre les cibles de l'objectif pertinent du Millénaire pour le développement. A l'heure actuelle, les taux de succès mondiaux pour le dépistage des cas et le traitement des cas de tuberculose sont de 60 % et de 84 % respectivement. Bien que des progrès aient été enregistrés, il reste encore beaucoup à faire.

Répondant aux questions posées, il affirme que la stratégie Halte à la tuberculose couvre toutes les questions qui ont été abordées. La mise en oeuvre de la stratégie DOTS est une condition préalable pour tous les pays étant donné qu'il est pratiquement impossible de traiter les cas multirésistants ou ultrarésistants sans avoir d'abord mis en place une structure de base. L'ancienne stratégie DOTS a été améliorée par l'adjonction d'un élément visant à en mesurer l'impact, ce qui a contribué à renforcer les systèmes d'information sanitaire. Un groupe spécial d'experts examine la façon dont des informations précises sur l'incidence, la prévalence et la mortalité pourraient être fournies. Un budget et un plan ont été établis, mais les études pertinentes demanderont des investissements. Le manque de laboratoires, comme l'a fait observer le membre des Etats-Unis d'Amérique, est un point faible aussi bien dans la stratégie Halte à la tuberculose que dans la stratégie DOTS. Le diagnostic et les services

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

dépendent pour être efficaces de bons systèmes de laboratoire. Il accordera l'attention voulue aux amendements proposés.

La tuberculose ultrarésistante, qui se voit attribuer un rang élevé de priorité, ainsi que la co-infection tuberculose VIH/sida, sont couvertes par la composante 2 de la stratégie Halte à la tuberculose. Un plan d'action a été lancé et, malgré un déficit budgétaire, il devrait aider les pays qui, comme l'Afrique du Sud, sont confrontés à des problèmes majeurs. Répondant aux observations du membre désigné par le Mexique, il fait observer que la mobilisation de la société civile en faveur de la lutte antituberculeuse figure dans la composante 5 de la nouvelle stratégie. Sans une participation de la communauté y compris au niveau des soins de santé primaires, les cibles mondiales ne pourront être atteintes. La nouvelle stratégie comporte un élément promotion de la recherche destiné à accélérer la mise à disposition de nouveaux produits diagnostiques et médicaments, mais aussi, espère-t-on, d'un vaccin antituberculeux. Le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 qui s'appuie sur la nouvelle stratégie sera mis en oeuvre conformément aux principes du partenariat Halte à la tuberculose.

Il se félicite de la nomination de M. Jorge Sampaio comme envoyé spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour l'initiative Halte à la tuberculose, ainsi que des contributions apportées par les organisations bilatérales et d'autres organismes, y compris le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Facilité internationale pour l'achat de médicaments, l'UNITAID, qui tous contribuent à combler le déficit de financement de près de US \$30 milliards dans le budget du plan mondial.

Le PRESIDENT suggère qu'au vu du nombre important d'amendements proposés, une version révisée du projet de résolution soit préparée afin d'être examinée ultérieurement par le Conseil.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la huitième séance, section 2, p. 207.)

Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 4.4 de l'ordre du jour (documents EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/INF.DOC./3 et EB120/16)

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, des pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, des pays du processus de stabilisation et d'association et des candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie, et de l'Ukraine et de la République de Moldova, se félicitent des progrès réalisés par l'OMS pour faire face à la grippe aviaire et renforcer la préparation à la pandémie. Pour riposter rapidement, il est essentiel de mettre en place une surveillance complète de la grippe humaine et animale, et d'échanger des informations et des échantillons en temps utile et de façon transparente. Le manque de ressources et la faiblesse des infrastructures vétérinaires sont des sujets de préoccupation, et il est nécessaire d'améliorer la collecte et le partage d'informations dans les pays touchés. La mise en oeuvre rapide du Règlement sanitaire international (2005) conduira à l'instauration de systèmes de surveillance et de mécanismes permettant de réagir rapidement. Du point de vue de la santé publique, le contrôle à la source demeure une ligne de défense primordiale. Le plan d'action stratégique contre la grippe pandémique 2006-2007,¹ soutenu par les efforts conjugués des gouvernements, des organisations internationales, des pays touchés et de l'industrie pharmaceutique, va jouer un rôle important en augmentant l'approvisionnement en vaccins. Pour se préparer efficacement à la grippe, il est essentiel de disposer de systèmes de santé qui fonctionnent correctement, car la concurrence entre les priorités sanitaires risquerait d'empêcher l'exécution des programmes de vaccination annuels.

¹ Document WHO/CDS/EPR/GIP/2006.2.

Pour renforcer la préparation à la pandémie, il serait utile d'avoir davantage d'informations sur les moyens que propose l'OMS pour assurer une coordination avec les organisations régionales comme l'Union européenne et avec les organismes internationaux comme la FAO et l'OIE.

S'exprimant en tant que membre désigné par le Portugal, il dit que son pays a adopté un plan d'urgence qui comprend des dispositions spécifiques sur les soins ambulatoires et hospitaliers, sur les mesures de santé publique, les systèmes d'information, les vaccins et les médicaments. Les mesures concernant les médicaments sont indispensables à la préparation à la pandémie, mais l'OMS devrait également promouvoir d'autres mesures de santé publique. Là où les stocks d'antiviraux sont limités, ces mesures pourraient jouer un rôle crucial pour retarder la propagation d'une pandémie.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) prie instamment les Etats Membres d'échanger, en temps utile et de façon transparente, les informations de santé publique importantes, y compris les échantillons de virus et les séquences génétiques, et de signaler les cas d'infection par le virus H5N1 chez l'homme et chez l'animal ainsi que les virus grippaux saisonniers et nouveaux. La mise en place d'un plan d'action clair et coordonné devrait être la première priorité de l'OMS. Malgré les progrès, de nombreuses questions demeurent.

En décembre 2006, le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique a formellement accepté le Règlement sanitaire international (2005), qui a commencé à être mis en oeuvre bien avant sa date d'entrée en vigueur. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr URBINA (El Salvador) pense aussi que l'application effective du Règlement sanitaire international (2005) va considérablement améliorer la capacité à riposter rapidement en cas de pandémie de grippe. En août 2006, El Salvador a donc désigné un point focal national. Il trouve préoccupant qu'au 2 janvier 2007, la moitié seulement de l'ensemble des Etats Membres avait mis en place des points focaux. D'ici au 15 juin 2007, date d'entrée en vigueur du Règlement, la plupart devraient en avoir fait autant. Tant que des pays resteront en dehors du réseau de points focaux, le système de surveillance mondiale présentera de dangereuses lacunes, et le Directeur général devrait inciter ces pays à désigner des points focaux nationaux afin de pouvoir étendre son application à toutes les régions et à tous les territoires, conformément à l'article 3.3 du Règlement.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) dit qu'en Lettonie les nouvelles sensationnelles diffusées par les médias sur la grippe aviaire et la grippe pandémique ont jeté la confusion dans la population et conduit le Gouvernement à engager des dépenses considérables pour les vaccins et les médicaments. L'OMS devrait mieux se faire connaître pour mettre fin aux allégations à caractère sensationnel, et devrait donner une appréciation de la situation nuancée et facilement accessible au public. Si elles se prolongent, les campagnes médiatiques sur la menace de pandémie de grippe risquent de provoquer l'apathie de la population et compromettre les chances de détection précoce.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) dit que le Mexique a mis en place un plan national de préparation et d'action pour lutter contre une pandémie de grippe. Il a collaboré avec l'OMS et d'autres organisations multilatérales pour s'assurer que tous les pays disposent de traitements antiviraux et de vaccins sur un pied d'égalité. Le Gouvernement a créé une unité d'information épidémiologique chargée de la communication, de l'analyse de la situation, des mesures d'urgence et de lutte. Le réseau national de laboratoires a été renforcé. Il a été constitué un stock stratégique d'antiviraux, de matériel de protection individuelle et de matériel de laboratoire, ainsi qu'un stock de vaccin contre la grippe A H5N1. Une vaste simulation d'épidémie de grippe permettra de tester la capacité du système de santé à riposter.

Le Mexique remplit donc les obligations qui découlent du Règlement sanitaire international (2005) en matière de préparation. Toutefois, il n'existe pas de vaccin efficace contre toutes les souches de grippe à l'heure actuelle, et la capacité de production mondiale ne permettrait pas de faire face à la demande. Le Gouvernement du Mexique a signé avec l'industrie pharmaceutique un accord sur le

transfert de technologie et la construction ultérieure d'une installation de fabrication de vaccins. Il est favorable au projet de résolution contenu dans le document EB120/15.

Le Dr QI Qingdong (Chine) se félicite des rapports, notamment des informations sur les meilleures pratiques qui figurent dans le document EB120/INF.DOC./3. Les initiatives menées par la Chine pour limiter la propagation de la grippe aviaire comprennent des mécanismes intégrés à tous les niveaux pour prévenir et combattre la maladie, y compris des lois, des réglementations et des plans d'urgence. Il y a eu seulement 10 flambées de grippe aviaire en Chine populaire en 2006, soit une diminution de 67,7 % par rapport à 2005. Quatorze personnes ont contracté la grippe aviaire en 2006 ; huit en sont mortes. A ce jour, il n'y a eu aucun nouveau cas ces quatre derniers mois, et le taux de guérison a augmenté.

La Chine a mis en place un système de communication efficace avec les autres pays et les organisations internationales. La coopération internationale est le seul moyen de venir à bout d'une pandémie. Le niveau actuel d'alerte pandémique de l'OMS, à savoir la phase 3, continue à se justifier, et le Dr Qi Qingdong est favorable au plan d'action stratégique contre la grippe pandémique 2006-2007. La mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) contribuera à lutter contre une pandémie, mais tous les principes fondamentaux, y compris la souveraineté des Etats et la protection des droits de l'homme, et la Charte des Nations Unies doivent être respectés.

S'agissant des meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux et de séquences génétiques, il dit que, pour des raisons de sécurité biologique, de nombreux pays ont fortement limité les recherches sur les virus grippaux. Les règlements nationaux doivent être observés pour éviter que les virus ne se répandent dans la communauté. Les pays en développement sont particulièrement exposés au risque de grippe aviaire et de grippe pandémique : les gouvernements, les laboratoires et les scientifiques devraient coopérer étroitement avec les centres collaborateurs de l'OMS et le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe afin d'accroître les capacités dans ces pays. L'OMS devrait élaborer une stratégie à long terme sur l'échange de virus grippaux et de séquences génétiques. Il faudrait mettre en place un système pour protéger la propriété intellectuelle des Etats qui fournissent des virus grippaux afin de préciser les responsabilités de toutes les parties et d'éviter l'utilisation de virus pour des recherches individuelles ou à des fins commerciales sans le consentement de l'Etat fournisseur. Le Dr Qi Qingdong va soumettre des propositions d'amendements au projet de résolution par écrit.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite des travaux du Secrétariat sur la préparation à une pandémie de grippe, du plan d'action stratégique 2006-2007, de la mise en oeuvre de la résolution WHA59.2 et de la création d'un système de gestion des événements au Siège. Davantage de cas de grippe ont été signalés en 2006 qu'au cours des années 2004 et 2005 prises ensemble, même si la transmission d'homme à homme n'est pas encore un problème majeur.

Sept pays d'Afrique ont signalé des cas de grippe aviaire au cours de l'année écoulée : le Burkina Faso, le Cameroun, Djibouti, l'Egypte, le Niger, le Nigéria et le Soudan. En Afrique, les volailles sont généralement élevées en nombre limité dans les arrière-cours plutôt que dans de grandes fermes où il serait plus facile de faire face à une flambée de grippe aviaire ; il existe donc souvent un contact étroit entre les humains et les volailles. Les infrastructures sanitaires et vétérinaires de la Région sont faibles et les moyens de laboratoire sont insuffisants au niveau 3 de sécurité biologique, niveau requis pour manipuler du matériel contenant la souche du virus H5N1.

Toutefois, de nombreux pays d'Afrique ont préparé des plans d'action d'urgence qu'ils mettent en place avec le concours de l'OMS, de la FAO et de l'OIE. Le Bureau régional de l'Afrique a apporté un soutien pour les ressources humaines et les laboratoires. A la cinquante-sixième session du Comité régional de l'Afrique, en août 2006, les Etats Membres se sont engagés à renforcer les moyens nationaux et régionaux de préparation et d'action.

Il appuie le projet de résolution, avec l'ajout, après le paragraphe 2.3), d'un nouvel alinéa qui se lirait comme suit : « de mobiliser un appui accru en faveur des Etats Membres dont les systèmes de santé sont vulnérables, afin de les renforcer et d'améliorer leur niveau de préparation ». Il appelle tous

les Etats à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) sur une base volontaire, même s'il n'est pas encore entré en vigueur formellement.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite des initiatives menées par l'OMS pour renforcer la préparation à la grippe dans les Etats Membres. Les pays de la Région ont élaboré des plans nationaux de préparation à la grippe pandémique. Toutefois, aucun ne fabrique actuellement de vaccin contre la grippe saisonnière, et il est peu probable qu'ils puissent produire des vaccins contre une souche de virus grippal pandémique si elle survient dans un avenir proche, faute de disposer des infrastructures et de la capacité voulues. Ils n'ont pas non plus les moyens de laboratoire et épidémiologiques nécessaires à la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005).

Dans le projet de résolution, les Etats Membres sont instamment priés d'échanger des matériels viraux et biologiques concernant les nouveaux virus grippaux, mais il n'est pas indiqué comment les pays en développement auront accès aux vaccins contre la grippe pandémique suffisamment tôt pour sauver des vies. Il faut expliciter davantage le paragraphe 2.3), qui concerne la capacité de production et l'accès aux vaccins contre la grippe. Chaque Région devrait recevoir une partie de l'ensemble des vaccins produits, en fonction de sa population, même s'il faudrait accorder un traitement spécial aux pays où la pandémie est apparue d'abord et à ceux où la souche pandémique a été isolée.

La séance est levée à 12 h 30.

QUATRIEME SEANCE

Mardi 23 janvier 2007, 14 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 4.4 de l'ordre du jour (documents EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/16 et EB120/INF.DOC./3) (suite)

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) demande des précisions concernant l'application de la résolution WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international (2005), au sujet notamment des réserves éventuelles formulées par des Etats Membres. Elle demande qu'un rapport soit fourni à l'Assemblée de la Santé afin de donner un aperçu de la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) et de faire le point sur l'élaboration de lignes directrices relatives à la mise en oeuvre et à l'évaluation de l'annexe 2, et de lignes directrices sur les postes-frontières.

Mme HALTON (Australie) dit qu'en leur qualité d'experts, les membres du Conseil savent que le comportement d'un virus est imprévisible. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de convaincre les gens et, en particulier, les gouvernements que le risque de pandémie est réel et qu'il représente un danger important. Elle met en garde contre le fait que certains gouvernements semblent montrer des signes de lassitude en ce qui concerne la préparation. Le Conseil doit continuer à renforcer le message selon lequel il est essentiel de se préparer à y faire face. Un haut responsable gouvernemental a comparé la menace d'une pandémie de grippe aviaire aux craintes qui avaient été largement manifestées à la fin des années 90 selon lesquelles le passage au nouveau millénaire entraînerait l'effondrement des systèmes informatiques, un danger qui ne s'est pas concrétisé. Les membres du Conseil savent qu'à un moment ou à un autre, un virus ayant une incidence dévastatrice risque d'émerger, bien qu'ils ne sachent pas à quel moment cela se produira. C'est pourquoi il est indispensable de continuer à recommander la vigilance. Dans ce contexte, Mme Halton se félicite du projet de résolution, et en particulier des paragraphes 1.2) et 1.4) par lesquels les Etats Membres sont invités à échanger systématiquement et en temps utile des échantillons de nouveaux virus grippaux ainsi que des données épidémiologiques. Elle souligne le rôle de coordination joué par le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe afin de protéger les populations contre la grippe saisonnière et le risque de grippe pandémique. L'OMS doit également continuer à jouer un rôle de sensibilisation et de chef de file dans le domaine de la santé animale, qui a nécessairement une incidence sur la santé humaine. Les Etats Membres doivent continuer à se préparer. Mme Halton se félicite des tentatives de plusieurs pays visant à mettre à l'essai leurs procédures d'intervention : l'exercice « Cumpston 06 » mené par son pays s'est avéré utile tant pour le Gouvernement que pour les observateurs d'autres pays de la Région. L'Australie continuera à s'engager en faveur du développement et du renforcement des capacités dans la région Asie-Pacifique afin de lutter contre des flambées de maladies infectieuses émergentes. L'Australie met également en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005).

Le Dr AKIZUKI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) se dit satisfaite que l'OMS encourage l'application immédiate du Règlement sanitaire international (2005). Des lignes directrices aideront les

Etats Membres à comprendre et à mettre en oeuvre ce Règlement. Le Secrétariat devrait poursuivre ses consultations et échanger des informations avec les Etats Membres au sujet de ces lignes directrices.

Etant donné qu'il importe d'augmenter la capacité de production de vaccins et de mettre en commun des informations sur les virus de la grippe, elle appuie le projet de résolution proposé. Elle se déclare satisfaite que le Secrétariat traite actuellement de questions urgentes concernant la capacité limitée de production de vaccins ; l'échange d'informations harmonieux et en temps utile est essentiel pour fabriquer un vaccin contre une grippe pandémique. L'échange systématique de virus de la grippe saisonnière fonctionne bien, mais il reste encore à résoudre certains problèmes en ce qui concerne l'échange d'informations. Le Dr Akizuki invite instamment tous les membres à appuyer le projet de résolution.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) explique que, dans l'idéal, il faudrait échanger des échantillons de virus de la grippe pour produire des vaccins et des antiviraux accessibles au public. L'échange d'échantillons de virus ou d'informations en la matière doit être fondé sur l'égalité d'accès aux vaccins et aux antiviraux. L'OMS ne doit pas devenir un intermédiaire pour les laboratoires pharmaceutiques souhaitant se procurer des virus. Il faudrait traiter l'absence d'une capacité de production de vaccins suffisante comme une question de sécurité nationale, la capacité actuelle de 400 millions de doses étant largement inférieure au nombre qui serait nécessaire en cas de pandémie et les pays en développement risquant d'être les plus durement touchés.

Il se félicite du projet de résolution, mais propose deux amendements. Il faudrait insérer un nouveau paragraphe 2.5) ainsi libellé : « de rechercher et de mettre en oeuvre toutes les options possibles afin de veiller à ce que les vaccins contre la grippe pandémique et les antiviraux soient un bien de santé publique mondial pouvant être accessible par tous, par exemple en mobilisant des fonds suffisants pour compenser le coût de la recherche-développement concernant le vaccin contre la grippe pandémique et les antiviraux ». Un nouveau paragraphe 2.6) devrait être libellé comme suit : « de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur la situation concernant la grippe pandémique et le niveau de préparation mondiale ».

Le Dr SADASIVAN (Singapour) partage les préoccupations exprimées au sujet d'une éventuelle pandémie grippale. Si la flambée actuelle de grippe aviaire H5N1 n'a pas encore entraîné une transmission d'homme à homme durable, cela risque de se produire dans l'avenir, étant donné que le virus a muté. Compte tenu de cette terrible éventualité, il se félicite des efforts déployés par l'OMS pour montrer la voie à suivre à la communauté internationale en matière de prévention et de préparation en cas de pandémie grippale, et d'action pour y faire face. Le Secrétariat et les Etats Membres doivent continuer à se préparer avec vigueur.

Pour lutter contre les maladies infectieuses transnationales telles que la grippe aviaire, il faut échanger des données épidémiologiques et les résultats des recherches essentiels avec l'OMS et la communauté internationale. Indépendamment des préoccupations quant aux droits de propriété intellectuelle, aux débouchés commerciaux et au mérite universitaire, la menace commune qui pèse sur la santé ne tient pas compte des frontières nationales et nécessite que l'on travaille en étroite relation, fondée sur la confiance et le respect. Singapour contribuera à lutter au niveau mondial contre une éventuelle pandémie, en participant notamment à des activités de recherche et en assurant des services de laboratoire de référence.

Le Dr Sadasivan souscrit au projet de résolution et aux amendements proposés par la Thaïlande. Les données épidémiologiques et les résultats des recherches doivent être partagés en temps utile. Il propose par conséquent d'ajouter les mots « en temps utile » à la fin du paragraphe 2.4) du projet de résolution.

Le Professeur AYDIN (Turquie) se dit favorable au projet de résolution et aux amendements proposés. Il souligne que les Etats Membres devraient encourager la mise en oeuvre de l'objectif visant à améliorer la capacité de production de vaccins et l'accès aux vaccins contre la grippe pandémique. L'OMS devrait tenir la communauté internationale informée des résultats des recherches

sur les virus grippaux, y compris la souche H5N1. Une flambée survenue en Turquie, en janvier 2006, a été maîtrisée et le foyer éliminé grâce aux compétences et à l'appui de l'OMS. Les enseignements tirés de cette expérience ont été partagés au niveau mondial. Le Professeur Aydin insiste sur les recherches cliniques et épidémiologiques qu'il faut rapidement mener concernant les infections humaines et sur l'échange transparent et en temps utile de résultats auquel il faut procéder avec l'OMS et la communauté internationale. L'OMS devrait coordonner la surveillance internationale des virus de la grippe saisonnière et de ceux pouvant être à l'origine d'une pandémie.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) explique que son pays a pris un certain nombre de mesures afin de se préparer à une nouvelle pandémie grippale. Une commission interministérielle a été créée et un plan national a été élaboré, ainsi que des plans d'urgence pour les 27 Etats fédéraux. Ce processus a permis au Brésil de mettre sa législation en conformité avec le Règlement sanitaire international (2005) et d'améliorer son système national de surveillance sanitaire. Le système en place au Brésil est bien préparé et est à même de faire face à une urgence sanitaire, et l'assistance technique de l'OMS a permis à ce pays de mettre en oeuvre des modèles mathématiques ainsi qu'un exercice de simulation. Au Brésil, le nombre de laboratoires de référence passera de trois à huit. Une usine de production à São Paulo est prête à fabriquer des vaccins, y compris un vaccin H5N1, si nécessaire. La migration des oiseaux au Brésil est contrôlée aux 18 sites stratégiques. La couverture vaccinale contre la grippe ordinaire est bonne, en particulier pour les plus de 60 ans. Des CD-ROM sont également distribués aux professionnels de santé, afin de faciliter la reconnaissance des cas de grippe aviaire et l'action à mener dans ce domaine. M. Campos se déclare favorable au projet de résolution.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, note que tous les pays sont confrontés aux risques de grippe aviaire et de grippe pandémique et que l'application des dispositions du Règlement sanitaire international (2005) est une obligation morale, sinon juridique. Il faudrait échanger l'information avec le milieu médical et le grand public, et la présenter de sorte qu'elle soit facile à comprendre et qu'elle inspire confiance à l'égard des autorités qui se préparent à une éventuelle pandémie.

Il faudrait promouvoir la coopération entre les pays quel que soit leur niveau de développement afin que ceux qui n'ont ni la capacité financière ni les moyens technologiques aient accès à des stocks de vaccins contre la grippe pandémique et que ces pays puissent créer ou augmenter leur capacité de production nationale.

M. PAREDES-PORTELLA (FAO) se félicite des rapports qui ont été présentés et des efforts déployés par l'OMS pour réduire au minimum le risque d'émergence d'un virus pandémique. La FAO et l'OMS oeuvrent déjà en étroite collaboration dans ce domaine. Au niveau international, la FAO communique activement sur les risques de grippe aviaire et met en place une coordination interinstitutions afin de maîtriser la maladie. La stratégie mondiale FAO/OIE de maîtrise progressive de la grippe aviaire hautement pathogène, actuellement révisée pour tenir compte de l'évolution de la situation, vise à lutter contre la maladie grâce à la surveillance accrue, la détection et la notification rapides, et l'intervention immédiate.

Au niveau régional, la FAO développe le réseau sous-régional de laboratoires nationaux et de centres collaborateurs, créé en 2004. Aujourd'hui, ces centres sont opérationnels en Afrique, en Asie, en Europe de l'Est et dans le Caucase, en Amérique latine et dans les Caraïbes. La FAO aide les pays à élaborer des stratégies nationales, à renforcer leurs capacités et à appuyer leurs systèmes de surveillance et d'intervention. Le Centre d'urgence pour la lutte contre les maladies animales transfrontières, basé à Bangkok, coordonne une partie du programme FAO de lutte contre la grippe aviaire pathogène.

Compte tenu de la réduction du nombre de flambées de grippe aviaire hautement pathogène, le nombre de cas humains diminue, mais la situation dans des pays comme l'Egypte et l'Indonésie est préoccupante, et le virus circule encore dans plusieurs régions, plus particulièrement en Asie du Sud-Est et dans certaines parties de l'Afrique. La FAO se concentrera sur les questions suivantes :

révision de la stratégie mondiale FAO/OIE ; réalisation d'études épidémiologiques en Afrique ; recherches sur le rôle des oiseaux sauvages et stratégies de vaccination ; étude sur les aspects socio-économiques et l'adaptation ; et promotion des méthodes fondées sur la participation au niveau des villages. Elle renforcera ses centres d'urgence aux niveaux régional et national ainsi que ses centres régionaux de santé animale.

Le Dr HEYMANN (Sous-Directeur général par intérim) remercie les membres pour l'appui technique et financier qu'ils fournissent à l'OMS dans le cadre de la préparation à une éventuelle pandémie de grippe aviaire. Le Règlement sanitaire international (2005) a servi de point de ralliement au Secrétariat avec les Etats Membres. Dans la Région africaine, les réseaux intégrés de surveillance de la maladie et, dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, le réseau Asie-Pacifique de surveillance des maladies émergentes ont permis de planifier la mise en oeuvre du Règlement. La mise en place de points focaux nationaux RSI et la désignation de points de contact RSI à l'OMS, essentiels pour mettre rapidement en oeuvre le Règlement, ont également contribué à la poursuite de la collaboration avec les Etats Membres.

Le plan mondial de préparation à une pandémie de grippe permettra de réduire l'exposition humaine au virus H5N1 ; de renforcer le système d'alerte précoce ; d'intensifier les opérations d'endiguement rapide ; de développer les capacités pour faire face à une pandémie ; et de coordonner la recherche et le développement scientifiques au niveau mondial. Le Dr Heymann est également favorable, comme l'a souligné le membre de la Thaïlande, à un plan d'action mondial contre la grippe pandémique qui, s'il est pleinement mis en oeuvre, résoudra le problème posé par la pénurie de vaccins grâce au transfert de technologie et de production de vaccins des pays industrialisés vers les pays en développement. Six des onze demandes de transfert de technologie en vue de produire des vaccins antigrippaux prendront la forme de propositions complètes, à l'aide d'un financement de démarrage de l'OMS.

La menace d'une pandémie de grippe aviaire a encouragé la coordination à l'échelle internationale. Dans un avenir proche, la FAO, l'OIE et l'OMS examineront un plan de surveillance et d'action, qui permettra de coopérer plus étroitement dans ce domaine. L'OMS participe également au programme de coordination du système des Nations Unies sur la grippe aviaire. En 2006, des responsables de ministères de la santé ont examiné l'aspect communication du risque dans le cadre de la préparation à la grippe aviaire et à la grippe pandémique et une deuxième réunion se tiendra en février 2007 au Caire.

Le Dr Heymann se félicite des propositions d'amendements au projet de résolution qui ont été formulées concernant les meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux. Comme pour l'échange systématique de virus de la grippe saisonnière, grâce à ces pratiques, on devrait pouvoir mettre à disposition les vaccins les plus adaptés aux virus pandémiques, le cas échéant.

Les cas humains de grippe aviaire semblent être de moins en moins nombreux. Etant donné que la grippe aviaire chez l'homme constitue une zoonose, son incidence doit diminuer si les mesures préventives appliquées à l'animal sont efficaces. Toutefois, comme l'a mis en garde le membre désigné par l'Australie, le risque d'une pandémie demeurera aussi longtemps que le virus H5N1 circulera partout dans le monde, ce qui requiert un état de préparation permanent.

Comme l'a demandé le membre désigné par le Luxembourg, de plus amples renseignements sur la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) seront soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le DIRECTEUR GENERAL souligne de nouveau la vigilance dont il faut faire preuve face à la menace persistante de grippe pandémique. La flambée de l'infection virale H5N1 chez l'animal, sa répartition géographique et sa capacité à toucher l'homme et d'autres espèces est sans précédent. Aucun gouvernement ne peut résister à la pression politique qu'entraînerait le fait de ne pas y être préparé ou de ne pas protéger sa population. La grippe pandémique est la priorité des priorités de l'OMS et le Directeur général encouragera les activités de préparation à mener au niveau national tant que la menace existera.

Il existe un risque réel de grippe pandémique qui doit être pris en compte, et il est vivement recommandé aux Etats Membres de consacrer des ressources pour se préparer à cette menace, même si cela implique d'ôter des ressources à des domaines qui en ont besoin, tels que le VIH/sida, la tuberculose et la santé de la mère et de l'enfant. L'OMS « ne crie pas au loup » et toutes les prévisions d'éventuelles pandémies sont fondées sur des preuves solides. Pour suivre l'évolution du virus, les Etats Membres doivent échanger des échantillons cliniques et des virus en temps utile.

Certains membres ont fait part de leurs préoccupations en ce qui concerne les médicaments et les vaccins. L'OMS élaborera ses plans d'action et veillera à ce que, grâce à la coopération Nord-Sud et Sud-Sud, la capacité de production de vaccins augmente et que les activités de recherche-développement sur les agents antiviraux soient renforcées. Le Directeur général reconnaît la contribution essentielle apportée par l'industrie pharmaceutique, ainsi que sa responsabilité sociale et sa bonne volonté eu égard à la grippe pandémique.

L'OMS a également pour priorité de mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005), ce qui, par l'appui fourni aux pays à faibles ressources, permettra aux pays du monde entier de mieux se protéger contre le virus H5N1 et d'autres infections émergentes risquant d'entraîner une urgence de santé publique de portée internationale.

Le PRESIDENT déclare que le projet de résolution amendé sera soumis aux membres du Conseil à une séance ultérieure.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la dixième séance, p. 257.)

Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication :
Point 4.1 de l'ordre du jour (documents EB120/4 Rev.1 et EB120/4 Rev.1 Add.1) (suite de la troisième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention du Conseil sur une version révisée du projet de résolution (document EB120/4 Rev.1) dans lequel figurent des amendements proposés par les membres, et libellé comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;

Rappelant que, dans la résolution WHA59.1, les Etats Membres où la poliomyélite est endémique sont instamment invités à donner suite à leur engagement d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage ;

Reconnaissant que le poliovirus ne sévit plus à l'état endémique que dans des zones géographiquement délimitées de quatre pays ;

Reconnaissant la nécessité d'un consensus international sur les politiques à long terme pour réduire au maximum et gérer les risques d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication ;

Reconnaissant que les voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule encore peuvent constituer un risque de propagation internationale du virus ;

Notant que la planification en vue d'un tel consensus international doit commencer dans un proche avenir ;

¹ Document EB120/4 Rev.1.

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres où la poliomyélite reste présente, **en particulier les quatre pays où la poliomyélite est endémique** :
 - 1) à mettre en place des dispositifs ~~pour informer régulièrement le chef de l'Etat ou le chef du gouvernement des progrès accomplis et des besoins du programme~~ afin de renforcer l'engagement politique en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite **à tous les** ~~au niveaux des Etats/provinces et des districts~~ et d'associer les dirigeants locaux et les membres des dernières populations touchées par la poliomyélite à leur action dans le but d'assurer l'acceptation complète des campagnes de vaccination antipoliomyélitiques et la pleine participation à ces campagnes ;
 - 2) à intensifier les activités d'éradication de la poliomyélite afin d'interrompre rapidement la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;
2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :
 - 1) à se protéger contre l'importation et la propagation internationale des poliovirus sauvages en examinant et, au besoin, en mettant à jour leur politique nationale pour recommander la vaccination complète contre la poliomyélite des voyageurs ~~en provenance à destination~~ de zones où le poliovirus circule ;
 - 2) à réviser la politique et la législation nationales sur la vaccination des voyageurs en provenance de **zones pays** où le poliovirus circule, conformément aux recommandations temporaires ou permanentes qui pourraient être formulées en vertu du Règlement sanitaire international (2005) une fois qu'il sera entré en vigueur ;
 - 3) à réduire les conséquences potentielles de l'importation du poliovirus sauvage en obtenant et en maintenant une couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique supérieure à 90 % et, le cas échéant, en menant des activités de vaccination supplémentaires ;
 - 4) à renforcer la surveillance active de la paralysie flasque aiguë afin de détecter rapidement tout poliovirus circulant et se préparer à la certification de l'éradication de la poliomyélite ;
 - 5) à se préparer au confinement biologique à long terme des poliovirus par l'application des mesures énoncées dans le cadre des phases 1 et 2 de l'édition actuelle du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire ;¹
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer de fournir un appui technique aux derniers Etats Membres où la poliomyélite reste présente dans le cadre de leurs efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage **ainsi qu'aux Etats Membres exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus** ;
 - 2) de contribuer à la mobilisation de ressources financières pour éradiquer la poliomyélite dans les dernières zones où le poliovirus circule, **pour fournir un appui aux pays actuellement exempts de poliomyélite qui sont exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus, et de pour** réduire au maximum les risques de réémergence de la maladie après son éradication ;
 - 3) de continuer à collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies sur les questions de sécurité, par des dispositifs comme l'instauration de « journées de tranquillité » dans les zones où un meilleur accès aux enfants s'impose pour que tous puissent être vaccinés ;
 - 4) d'entamer la procédure en vue de l'élaboration éventuelle d'une recommandation permanente, en vertu du Règlement sanitaire international (2005),

¹ Document WHO/V&B/03.11 (deuxième édition).

sur la vaccination antipoliomyélitique des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule ;

5) de soumettre des propositions à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé afin de réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication, en parvenant à un consensus international sur l'utilisation à long terme des vaccins antipoliomyélitiques et sur le confinement biologique des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

Le PRESIDENT déclare qu'en l'absence d'objection, il considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale : Point 4.5 de l'ordre du jour (documents EB120/22 et EB120/22 Add.1)

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) explique que les services de santé doivent diffuser des données scientifiques probantes qui permettent à tout un chacun de protéger sa propre santé. L'information et l'autoprise en charge sont indispensables pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles chroniques qui, au Mexique, semblent toucher une population de plus en plus jeune, rendant ainsi le traitement plus coûteux. Afin de s'attaquer aux maladies dégénératives chroniques, le Mexique lancera en février 2007 une stratégie intégrant l'ensemble de ses établissements de santé et mettant l'accent sur la prévention. Son pays prendra des mesures conformes à la stratégie mondiale afin de réduire les maladies chroniques. Le Dr Ruiz Matus se rallie au projet de résolution.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) fait savoir que la Jamaïque a mis en oeuvre une stratégie de promotion et de protection de la santé qui porte notamment sur des modes de vie sains et des activités de prévention de la violence.

Elle souscrit au projet de résolution, sous réserve de certains amendements. Outre les maladies transmissibles et non transmissibles, les traumatismes et la violence représentent une triple charge, et un nouvel alinéa devrait être inséré dans le préambule, libellé comme suit : « Ayant à l'esprit la triple charge des maladies infectieuses et chroniques et des traumatismes à laquelle sont confrontés de nombreux pays ». Il faudrait ajouter un nouvel alinéa au paragraphe 1 afin d'inviter instamment les Etats Membres « à prévoir dans le budget annuel de la santé une ligne budgétaire pour la lutte contre les maladies chroniques en tant qu'étape essentielle de la mise en oeuvre des politiques ». Le membre de phrase « et à consolider ces systèmes pour qu'ils puissent faire face aux maladies non transmissibles chroniques » devraient être insérés à la fin du paragraphe 1.4). Au paragraphe 2.5), il faudrait faire mention de la nécessité d'accroître les programmes de promotion de la santé et du bien-être sur les lieux de travail. Il conviendrait d'insérer un nouvel alinéa au paragraphe 2 par lequel le Directeur général serait prié « d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies chroniques ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant pour le compte de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, au nom de la présidence allemande, et avec l'appui pays des pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, des pays membres du

¹ Résolution EB120.R1.

processus de stabilisation et d'association et des pays candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie, ainsi que de l'Ukraine et de la République de Moldova, se félicite de l'importance donnée à la lutte contre les maladies non transmissibles et au fait que le Secrétariat et les Etats Membres doivent accorder une plus grande priorité à cette question. Le projet de résolution et le plan d'action proposé donnent la possibilité d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. Les grandes lignes du plan d'action devraient être intégrées dans le rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra en mai 2007. Cela permettra de soumettre au Conseil à sa cent vingt-deuxième session en janvier 2008 un plan d'action complet qui devrait être axé sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles et qui pourrait tirer parti des stratégies existantes relatives aux risques et aux maladies. Celui-ci pourrait comprendre des politiques, des stratégies et des activités sur la promotion de la santé ou la prévention des maladies comme sur le rôle ou les responsabilités des systèmes de santé. Les Etats Membres pourraient renforcer leur capacité à traiter des maladies non transmissibles en veillant à ce que les systèmes de santé nationaux mettent l'accent sur les soins de santé primaires, et en revoyant leurs mécanismes législatifs et de réglementation dans le but d'y inclure des mesures visant à lutter contre ces maladies.

Le Professeur Pereira Miguel se rallie au projet de résolution, sous réserve de certains amendements. Il faudrait ajouter les mots « notamment celles relatives à la santé mentale » à la fin du deuxième alinéa du préambule, et « environnement » devrait être inséré après « développement », au cinquième alinéa. Il conviendrait d'ajouter deux nouveaux alinéas à la fin du paragraphe 1, qui se liraient comme suit : « 6) à veiller à ce que les systèmes nationaux de santé soient organisés de manière à pouvoir répondre aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose de mettre tout particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires » et « 7) à examiner les possibilités d'utiliser les mécanismes législatifs ou réglementaires nationaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ». Au paragraphe 2.1), il faudrait insérer « sur la base des grandes lignes qui ont été présentées » avant « d'élaborer », et « fournir là où cela est nécessaire un appui à l'élaboration » avant « renforcer la mise en oeuvre ». Il conviendrait d'ajouter « ce plan d'action devrait être présenté à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé » à la fin dudit paragraphe. Au paragraphe 2.5), « en particulier » devrait être inséré après « secteur privé ». Il faudrait ajouter un nouveau paragraphe 2.8) ainsi libellé : « de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent, y compris en termes de ressources ». Le paragraphe 2.8) deviendrait le paragraphe 2.9), et il faudrait le modifier en remplaçant « Assemblée de la Santé » par « Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé » et en ajoutant « y compris dans l'application du plan d'action » après « maladies non transmissibles ».

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Portugal, le Professeur Pereira Miguel insiste sur la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et, dans la Région européenne, de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte – améliorer la santé – que le Portugal encourage. Ce dernier est aussi pleinement décidé à mettre en oeuvre la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité dans le cadre de laquelle sont prévues des synergies intersectorielles, des partenariats avec le secteur privé et la société civile et des interventions dans les écoles et sur le lieu de travail.

M. MIGUIL (Djibouti), s'exprimant au nom des pays de la Région de la Méditerranée orientale, relève que les maladies non transmissibles représentent actuellement 52 % de la charge de morbidité dans la Région et que ce chiffre risque de passer à 60 % d'ici 2020. La plupart des maladies sont liées au mode de vie et au statut socio-économique, et mettent en jeu de nombreux facteurs de risque, dont la consommation de tabac et l'alimentation. Les résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé sur la lutte contre les maladies non transmissibles ont permis de renforcer la prise en charge des maladies chroniques et sont à la base des activités de prévention et de lutte menées au niveau national. Dans le rapport, l'accent est mis sur le renforcement d'une action intégrée touchant de nombreux domaines. Pour mettre ce projet de résolution en oeuvre, il faudra accélérer la mise en oeuvre des résolutions précédentes.

En 2005, le nombre total de décès imputables aux maladies chroniques, s'élevant à 35 millions, était deux fois plus important que pour l'ensemble des maladies infectieuses, des affections maternelles et prénatales et des carences nutritionnelles. On pourrait mettre fin à cette épidémie, étant donné que ces affections mettent des décennies à se développer complètement et qu'elles trouvent leur origine aux premiers stades de la vie. Leur traitement nécessite une prévention systématique à long terme, intégrant des mesures de lutte contre les maladies non transmissibles à celles portant sur les maladies infectieuses aiguës.

L'initiative mondiale menée en 2005 pour le traitement des maladies chroniques, lancée initialement dans la Région, se fonde sur les enseignements tirés de différents projets et initiatives : « 3 millions d'ici 2005 », Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, « Faire reculer le paludisme » et Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Elle consistera notamment à déterminer les insuffisances en ce qui concerne l'accès à des médicaments d'un bon rapport coût/efficacité et leur disponibilité, ainsi que des stratégies visant à influencer sur les prix de ces médicaments, à en gérer la disponibilité, et à en améliorer l'accès et le coût. En 2005 également, à sa cinquante-deuxième session, le Comité régional a élaboré une stratégie régionale de prévention et de traitement des maladies non transmissibles. Dans leur déclaration conjointe sur la lutte contre les maladies chroniques (2006), les Etats Membres de la Région ont appelé à donner la priorité à la lutte contre les maladies chroniques et à s'engager à atteindre l'objectif de prévention fixé par l'OMS ; à réduire les facteurs de risque et à intégrer la prise en charge des maladies chroniques dans les soins de santé primaires.

Une participation rapide et renforcée de l'OMS s'impose par une action de sensibilisation, l'élaboration de programmes prioritaires, la collecte de fonds à un niveau proportionnel à la charge mondiale de la maladie, et la mise au point d'instruments novateurs de prévention et de lutte, particulièrement adaptés aux pays en développement, dans lesquels on recense 80 % des cas. Le projet de résolution a pour objectif de sauver 36 millions de vies d'ici 2050.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) fait observer que l'on peut se fonder sur la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte – améliorer la santé – pour établir des meilleures pratiques dans l'ensemble de l'OMS, ce qui permettra à cette dernière d'agir comme une seule et même organisation. La stratégie porte sur des facteurs psychologiques et socio-économiques, sur la prévention et la promotion de la santé, ainsi que sur des interventions rentables et basées sur des données probantes. La société devrait créer des environnements favorables à la santé afin de faciliter des choix sains, comme la fourniture d'une alimentation saine dans les établissements scolaires. La pauvreté est un facteur sensible en ce qui concerne les maladies non transmissibles, et les inégalités en matière de santé doivent être réduites. Les systèmes de santé devraient être plus faciles à utiliser, l'accès aux soins de santé primaires et aux médicaments devant être facilité. Des mécanismes de financement et une promotion de la santé d'un bon rapport coût/efficacité ont un rôle à jouer dans ce domaine. Le vieillissement de la population soulève des difficultés en ce qui concerne l'aide aux personnes atteintes de maladies chroniques. Les fondations de la santé se construisent dès le plus jeune âge, ce qui complique la recherche de solutions.

Le Dr Jaksons se déclare favorable au projet de résolution, tel qu'amendé par le membre désigné par le Portugal, mais souligne que le Conseil doit évaluer le plan d'action.

Le Dr SUPAKIT SIRILAK (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) signale que la mortalité due aux maladies non transmissibles en Thaïlande dépasse celle imputable aux maladies transmissibles et aux traumatismes, pour tous les groupes d'âge sauf pour les moins de cinq ans. Ces maladies représentent 8 des 10 causes principales de pertes d'années de vie ajustées sur l'incapacité chez les hommes et les femmes ; les principaux facteurs de risque sont l'abus d'alcool, la consommation de tabac, l'obésité et l'hypertension. Depuis 2001, 2 % des taxes sur les ventes d'alcool et de tabac sont allouées au Fonds pour la promotion de la santé. La hausse des taxes sur l'alcool et le tabac a entraîné une baisse de la consommation chez les jeunes adultes.

Le Dr Supakit Sirilak se rallie au projet de résolution, mais fait observer que la cible visant à réduire les taux de mortalité est ambitieuse, en particulier pour les pays en développement. Il est

difficile d'évaluer ces taux, étant donné que la cause du décès est souvent inexacte et que plus de la moitié de l'ensemble des décès survient hors de l'hôpital. Les priorités définies par le Groupe de la Banque mondiale en matière de lutte contre la maladie dans les pays en développement donnent des orientations pour l'élaboration de plans d'action rentables.¹

Le Professeur AYDIN (Turquie) se déclare favorable au projet de résolution tel qu'amendé par le membre désigné par le Portugal. L'obésité est un enjeu majeur de santé publique au XXI^e siècle et l'une des causes principales des maladies non transmissibles. Tant que les mesures nécessaires ne seront pas prises, elle constituera une menace croissante pour les générations à venir. A la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), les participants ont décidé de mener rapidement une action afin d'atteindre les objectifs de l'OMS visant à réduire l'obésité et les maladies chroniques, en particulier chez les enfants et les adolescents. Le plan d'action de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles devrait être conforme aux conclusions de cette Conférence.

Le Dr TANGI (Tonga) estime que, compte tenu de l'incidence des maladies non transmissibles sur la charge mondiale de morbidité, la question devrait être inscrite chaque année à l'ordre du jour du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Il voit d'un bon oeil que la santé des femmes et des populations d'Afrique retienne particulièrement l'attention du Directeur général. Aux Tonga, au titre des mesures prises dans le domaine des maladies non transmissibles, a notamment été élaborée une loi portant création d'une fondation pour la promotion de la santé, qui sera financée par les 5 % de taxes prélevées sur le tabac et l'alcool. Le Dr Tangi soutient le projet de résolution.

Le Dr NYIKAL (Kenya), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, fait remarquer que depuis longtemps on considère à tort que les maladies non transmissibles ne touchent que les pays riches, et que ces maladies ont des incidences négatives très importantes sur les populations et les systèmes de santé en Afrique. L'augmentation des maladies non transmissibles en Afrique, associée à la charge disproportionnée des maladies transmissibles, accroît les taux de mortalité prématurée et réduit la qualité de vie. Cette double charge complexe pèse sur les systèmes de santé déjà affaiblis et sur le peu de ressources dont dispose la Région. Le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles sont coûteux et ne peuvent être dûment pris en charge par les budgets actuellement alloués à la santé, du fait des exigences concurrentes liées aux maladies transmissibles. Environ 80 % de l'ensemble des décès imputables aux maladies non transmissibles, dont la plupart peuvent être évités, continuent à se produire dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, malgré des interventions d'un bon rapport coût/efficacité. Etant donné qu'une fois contractées, les maladies non transmissibles touchent une personne à vie, l'Afrique ne peut laisser cette épidémie silencieuse se développer. Ce continent a besoin qu'on lui fournisse un appui rentable dès le départ afin de mettre en oeuvre des stratégies de lutte contre ces maladies.

Le Dr Nyikal se rallie au projet de résolution et propose de supprimer, au paragraphe 1.2), les mots « selon le contexte national » ; il faudrait ajouter un nouveau paragraphe 1.4), ainsi libellé : « à accroître les crédits budgétaires consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques » ; il conviendrait d'ajouter un nouveau paragraphe 1.5) qui se lirait comme suit : « à étudier la possibilité de mettre en oeuvre des instruments internationaux et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles chroniques de 2 % par an au cours des dix prochaines années » ; et il faudrait insérer les mots « tous les deux ans » à la fin du paragraphe 2.8).

¹ Jamison DT, Breman JG, Measham AR (rédacteurs). *Disease control priorities in developing countries*. Washington DC, Banque mondiale, et New York, Oxford University Press, 2^e éd., 2006.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) note que les maladies chroniques sont la principale cause de décès et d'incapacités dans son pays, 90 millions de personnes étant concernées chaque année par ces maladies. Toutefois, il s'agit aussi de maladies parmi les plus faciles à prévenir, et les risques peuvent souvent être réduits. La priorité accordée par le Secrétariat à la collecte de données et à la surveillance des maladies chroniques et de leurs facteurs de risque comportementaux sous-jacents constitue la bonne approche. Les Etats Membres devraient renforcer leur capacité à mesurer la charge croissante de ces maladies, en particulier leur prévalence, leur incidence au sein des populations et selon les groupes d'âge, ainsi que leurs conséquences économiques. La prévention devrait porter sur les trois principaux facteurs de risque suivants : tabagisme, alimentation déséquilibrée et manque d'activité physique. Les informations fournies par le Secrétariat doivent toujours être fondées sur des données probantes et rendre compte des meilleures connaissances scientifiques disponibles. Le projet de résolution devrait être précis et établir une distinction entre la consommation d'alcool et l'usage nocif de l'alcool. Il devrait également refléter le fait que, bien que les principaux facteurs de risque communs soient les mêmes pour les hommes et les femmes dans toutes les Régions, il existe toutefois des disparités selon ces Régions. Ses propositions d'amendements seront soumises par écrit.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) estime que dans nombre de pays en développement, notamment le sien, les maladies non transmissibles méritent qu'on leur accorde une plus grande attention, ces pays se concentrant sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. La plupart des maladies non transmissibles sont liées aux modes de vie et peuvent donc être évitées. Il soutient le projet de résolution.

Pour Mme HALTON (Australie), si l'on veut passer de l'élaboration de stratégies à leur mise en oeuvre, il faut savoir quelles mesures peuvent être prises par l'ensemble des intervenants, les administrations nationales et régionales, le milieu médical et les particuliers. Les maladies non transmissibles n'auront pas l'effet catastrophique et immédiat d'une pandémie de maladie infectieuse, mais elles peuvent avoir des effets désastreux sur les bases mêmes de la société. A l'issue de l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et des discussions menées sur l'usage nocif de l'alcool, il faudrait donc mettre l'accent sur la responsabilité de chacun. Mme Halton se rallie au projet de résolution, mais soumettra par écrit des propositions d'ordre rédactionnel mineures afin de souligner qu'il importe de soutenir les pays et les systèmes de santé et de s'engager à sensibiliser et à appuyer les particuliers et les familles pour qu'ils fassent des choix sains dans leur vie quotidienne.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq) indique qu'une stratégie nationale de lutte contre les maladies non transmissibles a été étayée par une étude menée à l'échelle nationale en Iraq dans le cadre de l'approche STEPwise en 2006, en collaboration avec l'OMS. Il ressort des données de mesure et des échantillons sanguins provenant de l'étude, qui ont été collectés à domicile par plus de 400 personnes formées sur le terrain dans des circonstances dangereuses, que 66,9 % de la population iraquienne est obèse ou en surpoids, signe d'une alimentation déséquilibrée. Près de 4 millions d'Iraqiens (40,4 % de la population) souffrent d'hypertension et environ un million (10,4 %) de diabète ; 3,7 millions (37,5 %) présentent des taux de cholestérol élevés, et quelque 2 millions (21,9 %) sont des fumeurs. Ces conclusions sont identiques à celles qui ont été obtenues dans le cadre d'une étude similaire menée en Jordanie en 2005. Afin d'évaluer l'ampleur du problème et d'établir un plan de travail, il faudrait mener cette même étude tous les trois à cinq ans et comparer les données avec celles provenant de pays voisins et de la Région dans son ensemble.

M. DE SILVA (Sri Lanka) fait observer que le diabète et les maladies cardio-vasculaires sont les principales causes d'incapacités et de décès dans son pays. Son Gouvernement, avec l'appui technique de l'OMS, met actuellement en oeuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac ; il est par ailleurs prévu d'appliquer une politique de lutte contre les maladies non transmissibles. A Sri Lanka,

des soins de santé sont dispensés gratuitement depuis l'indépendance du pays en 1948. Les activités de prévention et les soins destinés aux personnes atteintes de maladies non transmissibles seront élargis dans le cadre des nombreux établissements de soins de santé primaires. Des mesures législatives récentes devraient permettre de réduire la consommation de tabac et d'alcool en contrôlant les ventes, la publicité et la promotion de l'alcool dans les lieux publics. Il est répréhensible de vendre de l'alcool à quiconque âgé de moins de 21 ans, et plus de 5 millions de roupies ont été collectées à titre d'amende dans les trois semaines suivant l'adoption de cette loi.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil), se ralliant au projet de résolution, fait observer que, dans son pays, les maladies non transmissibles, en particulier le diabète et les maladies cardio-vasculaires, ont atteint des niveaux catastrophiques. Les soins de santé primaires sont dispensés par 26 000 équipes, et environ 70 % de la population en bénéficie. La stratégie nationale de promotion de la santé peut changer les habitudes alimentaires et la pratique physique au sein de la population, et réduire la charge des maladies non transmissibles. Une campagne publicitaire préconise de suivre un meilleur régime alimentaire et de faire plus d'exercice. Le Brésil met en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et s'emploie également à réduire le nombre d'accidents de la route. La commission nationale sur les déterminants sociaux de la santé a fait appel à de grands sportifs et artistes nationaux pour donner une vision plus large de la santé.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, fait observer que, bien que certaines maladies soient en soi des maladies non transmissibles, certains modes de vie et leurs effets sont devenus quant à eux aujourd'hui bel et bien transmissibles du fait de la mondialisation. Donnons de la vie aux années plutôt que des années à la vie. La consommation de tabac, une mauvaise alimentation et un manque d'exercice physique sont des facteurs à prendre en compte dans les maladies non transmissibles. L'éducation est essentielle, les habitudes prises dès le plus jeune âge étant difficiles à changer.

M. DEL PICÓ (Chili)¹ peut accepter le projet de résolution, mais aurait apprécié que des pays ayant su faire face aux maladies non transmissibles formulent des propositions plus spécifiques pour prêter appui à ceux qui n'y sont pas parvenus, afin de les aider en particulier à élaborer des plans d'action nationaux. Son pays est disposé à partager son expérience avec des pays de la Région des Amériques et à dispenser une formation aux équipes soignantes.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation qu'il représente a pour mandat d'améliorer la santé des personnes dans le monde par la promotion des normes de pratique infirmière et le renforcement de la contribution des infirmières aux systèmes de santé à tous les niveaux. Le personnel infirmier qui s'occupe des soins et de la réadaptation des personnes atteintes de pathologies chroniques est indispensable pour réduire les principaux facteurs de risque des maladies chroniques et assurer le succès de la stratégie mondiale. Ce personnel doit être renforcé, afin de réduire la charge des maladies chroniques et de mettre en oeuvre la stratégie mondiale. Il se félicite de l'engagement du Directeur général en faveur des soins de santé primaires et de la prise en charge intégrée des maladies, et réaffirme l'engagement accru de l'organisation qu'il représente en faveur d'un partenariat avec l'OMS.

Le Professeur NORRVING (Société internationale contre l'Accident vasculaire cérébral), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, indique que les accidents vasculaires cérébraux sont la deuxième principale cause distincte de décès, avec 5,8 millions de cas mortels par an, ce qui constitue une part importante de la charge des maladies non transmissibles. Environ 40 % des accidents

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

vasculaires cérébraux surviennent chez les personnes de moins de 70 ans. On recense quelque 15 millions de nouveaux cas chaque année, et environ 55 millions de personnes, dont les deux tiers vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, ont été victimes d'un accident de ce type au cours de leur existence. Nombre de victimes souffrent d'incapacités durables, notamment d'une détérioration de la fonction cognitive et de démence. La charge de ce type de pathologie risque d'augmenter du fait de l'évolution démographique, de l'urbanisation et de l'exposition croissante aux principaux facteurs de risque. D'ici 2025, environ 80 % de l'ensemble des accidents vasculaires cérébraux affecteront des personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Toutefois, les pathologies de ce type peuvent être largement évitées. Au moins deux tiers des accidents vasculaires cérébraux sont imputables à quelques facteurs de risque liés au mode de vie. Le Professeur Norrving appuie l'OMS qui encourage l'adoption de modes de vie sains et de mesures de prévention secondaire d'un bon rapport coût/efficacité. La Société collabore avec le Siège et les bureaux régionaux, élabore des outils techniques et encourage la surveillance de ces pathologies. Dans la plupart des régions du monde, il est encore rare de pouvoir disposer de données à jour et précises sur les accidents vasculaires cérébraux.

A la Conférence européenne de consensus sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (Helsingborg, Suède, 22-24 mars 2006), les participants ont adopté la Déclaration d'Helsingborg (2006) sur les stratégies européennes relatives aux accidents vasculaires cérébraux, fixant neuf nouvelles cibles à atteindre d'ici 2015, dont la prévention, la prestation de soins adaptés dans le cadre d'unités spécialisées dans les accidents vasculaires cérébraux, la fourniture de traitements en phase aiguë afin de dissoudre le caillot sanguin et l'amélioration du fonctionnement cognitif et de la survie. Le Professeur Norrving encourage l'adoption de mesures prioritaires afin de renforcer la prévention et la lutte dans ce domaine.

Mme ALDERSON (Fédération mondiale du Coeur), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, déclare que l'organisation qu'elle représente a pour mission de prévenir et de combattre les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux. D'après les estimations, les maladies cardio-vasculaires provoquent chaque année 17,5 millions de morts et constituent la principale cause de décès dans le monde. Plus de 80 % de ces décès se produisent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les pays doivent reconnaître la menace que font peser les maladies cardio-vasculaires et d'autres maladies chroniques, et prendre des mesures sans plus tarder.

Les plans d'action régionaux et internationaux permettront de traduire la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé par des interventions politiques et des mécanismes de suivi spécifiques, mais de telles mesures requièrent un accroissement considérable du financement. Considérés dans leur ensemble, les programmes de l'OMS sur les maladies chroniques et la lutte antitabac ne représentent que 2,6 % du budget programme 2006-2007 de l'Organisation, et Mme Alderson recommande qu'une part plus importante soit allouée aux maladies chroniques. La Fédération s'efforcera, avec un solide encadrement de la part de l'OMS, de renforcer les plans d'action nationaux.

Le Dr LHOTSKA (Consumers International), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT et également au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, indique que les deux organisations appuient la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. En Europe, les maladies non transmissibles représentent 77 % de la charge exprimée en années de vie ajustées sur l'incapacité. En 2005, l'organisation qu'elle représente a mené une étude pilote sur la mise en oeuvre de la stratégie mondiale. Les réponses fournies par 40 gouvernements montrent que les progrès varient d'un pays à l'autre. Des recommandations ont été formulées concernant l'adoption de mesures nationales visant à réglementer les pratiques de commercialisation, l'étiquetage transparent des produits alimentaires et la production alimentaire responsable ; la tenue de consultations gouvernementales avec des organisations d'intérêt public afin d'élaborer des stratégies de mise en oeuvre de la stratégie mondiale ; l'augmentation des ressources disponibles ; et le début des travaux de l'OMS sur l'élaboration d'un code international de commercialisation des produits alimentaires et des boissons destinés aux enfants.

Dans l'immédiat, les mesures à prendre pourraient notamment consister à réduire le temps passé devant la télévision et à promouvoir l'allaitement maternel, interventions qui se sont avérées rentables aux Etats-Unis d'Amérique et qui peuvent permettre de lutter contre l'épidémie d'obésité chez l'enfant. Toutefois, aucune de ces mesures n'est mentionnée dans le rapport ni dans le projet de résolution. Malheureusement, le dialogue avec le secteur privé, dont il est question au paragraphe 2.5), crée souvent des conflits d'intérêts complexes.

M. HENDRICKX (Fédération internationale du Diabète), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation qu'il représente prend la parole au nom des 246 millions de personnes dans le monde, soit des 6 % de la population mondiale qui, d'après les estimations, souffre de diabète. Chaque année, on estime qu'il existe 7 millions de nouveaux cas, la charge la plus importante concernant les pays en développement. Une résolution sur le diabète, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies,¹ a fait du 14 novembre l'actuelle Journée mondiale du Diabète, une journée des Nations Unies devant être observée tous les ans à compter de 2007. M. Hendrickx encourage les Etats Membres à élaborer des politiques nationales en faveur de la prévention, du traitement et des soins concernant le diabète. Dans les propositions budgétaires qui seront prochainement examinées par le Conseil, il faudrait augmenter considérablement les fonds alloués aux maladies non transmissibles.

M. CHAN (Fédération internationale pharmaceutique), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, fait observer que la promotion d'équipes soignantes multidisciplinaires et la reconnaissance du rôle joué par tous les professionnels de la santé, dont les pharmaciens, devraient être des éléments à prendre en compte dans la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles. La collaboration est importante pour garantir l'observance par les patients de leur thérapie à long terme.

Etant les professionnels de santé les plus accessibles au public, les pharmaciens peuvent déceler des modes de vie qui nuisent à la santé et promouvoir des services visant notamment à fournir un soutien au sevrage tabagique et des conseils personnalisés, assurer un suivi et éduquer la population. La Fédération encouragera les associations de pharmaciens à intégrer des services pharmaceutiques dans les programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles.

M. RIGBY (International Association for the Study of Obesity), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, indique que, dans la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité, adoptée en novembre 2006, l'alimentation et la nutrition apparaissent comme des éléments essentiels à tout plan d'action visant à combattre les maladies non transmissibles. Des stratégies doivent protéger les enfants contre les causes des maladies chroniques liées à l'alimentation. A l'issue de consultations récentes menées par l'OMS, il est apparu nécessaire de limiter la commercialisation de produits préjudiciables à la santé des enfants et le plan d'action de l'OMS devrait encourager l'adoption d'une telle mesure.

Le PRESIDENT fait remarquer que les propositions formulées par des Etats Membres non représentés au Conseil doivent être appuyées par un membre du Conseil pour pouvoir être examinées. Prenant la parole en sa qualité de membre désigné par la Bolivie, il se déclare donc favorable à la proposition formulée par le représentant du Chili.

Le Dr DANZON (Directeur régional pour l'Europe), s'exprimant au nom de l'ensemble des Directeurs régionaux et des bureaux régionaux, souligne l'importance que revêt le sujet. Le suivi de la stratégie européenne de lutte contre les maladies non transmissibles, adoptée en septembre 2006, sera assuré par l'intermédiaire d'un plan d'action. Les maladies non transmissibles et leur prévention doivent être traitées dans le cadre des soins de santé primaires. Le coût d'un traitement à long terme de

¹ Résolution 61/225.

ces pathologies est élevé, d'où la collecte de fonds lancée par le Directeur régional pour la Méditerranée orientale. Il met en lumière la Charte adoptée par la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité et la cohérence entre les approches mondiales, régionales et nationales du traitement et de la prévention des maladies non transmissibles.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) remercie l'ensemble des intervenants pour leurs suggestions et leurs observations. Le rapport sera révisé pour tenir compte des libellés plus précis proposés par l'Union européenne et les Etats-Unis. Comme l'a fait observer le membre désigné par l'Australie, il ne s'agit pas d'élaborer une nouvelle stratégie, mais de tirer parti de celle déjà adoptée par l'Assemblée de la Santé. Le travail déjà effectué en ce qui concerne la lutte antitabac, l'alimentation et l'exercice physique, ainsi que l'usage nocif de l'alcool, servira à l'élaboration du plan d'action.

Les dernières conclusions scientifiques et le recours aux diverses expériences menées par les pays serviront à donner une orientation stratégique au plan. Le Dr Le Galès-Camus réitère les observations formulées par le Directeur régional pour l'Europe concernant la coordination entre les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

En réponse à une observation formulée par le PRESIDENT, elle confirme que le projet de résolution sera amendé et soumis ultérieurement pour examen.

Le DIRECTEUR GENERAL note que les faits parlent d'eux-mêmes pour ce qui est de l'importance de la question. Le débat a été riche et solide, les participants s'étant accordés à reconnaître qu'il fallait donner la priorité au plan d'action, ce qu'elle fera. Le Secrétariat encouragera les efforts déployés par les Etats Membres dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles. Comme l'a demandé le membre désigné par les Tonga, certains aspects de la question seront examinés au cours de futures sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général remercie les membres pour les avis et les conseils qu'ils ont formulés.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la huitième séance, section 2, p. 211.)

La séance est levée à 17 h 15.

CINQUIEME SEANCE

Mercredi 24 janvier 2007, 9 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections : Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB120/10)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution intitulé « Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections », proposé par le Brésil, la Chine, Djibouti, l'Ethiopie, la France, la Jamahiriya arabe libyenne, le Japon, le Kenya, le Lesotho, Madagascar, le Mali, le Mexique, la Namibie, le Rwanda, le Soudan et Sri Lanka, et sur un exposé de ses incidences financières et administratives, rédigés comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections,¹ ainsi que le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;²

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA22.30, WHA28.64 et WHA31.50 sur la fluoration et la santé dentaire, WHA36.14 sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous, WHA42.39 sur la santé bucco-dentaire ; WHA56.1 et WHA59.17 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses ; WHA57.14 « Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA » ; WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ; WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; WHA58.16 « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action » ; WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;

Reconnaissant le rôle important de la santé bucco-dentaire sur la santé en général et la qualité de vie ;

Soulignant la nécessité d'incorporer des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires dans les programmes nationaux de prévention et de prise en charge intégrées des maladies chroniques ;

¹ Document EB120/10.

² Document EB120/22.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à prendre des mesures afin que la santé bucco-dentaire soit incorporée aux politiques nationales relatives à la prévention et à la prise en charge intégrées des maladies non transmissibles chroniques ;
 - 2) à assurer la couverture de la population en soins de santé bucco-dentaires essentiels et, dans le cadre des soins de santé primaires renforcés pour les maladies chroniques non transmissibles, l'accès aux services de santé bucco-dentaire nationaux qui devraient être orientés vers la prévention des maladies et la promotion de la santé des populations pauvres et désavantagées, en collaboration avec les programmes intégrés de prévention des maladies chroniques non transmissibles ;
 - 3) pour les pays qui n'ont pas encore établi de programmes de fluoruration systématique, à développer et mettre en oeuvre de toute urgence des programmes nationaux de fluoruration en donnant la priorité à des stratégies équitables telles que la fluoruration automatique de l'eau de boisson, du sel ou du lait, par exemple, et à l'approvisionnement en dentifrice fluoré à un coût abordable ;
 - 4) à prendre des dispositions afin que la prévention du cancer de la bouche fasse partie intégrante des programmes nationaux de lutte contre le cancer, ainsi qu'encourager l'implication des professionnels de la santé bucco-dentaire ou des personnels de soins de santé primaires ayant reçu une formation appropriée en soins bucco-dentaires soient associés au dépistage, au diagnostic précoce et à la prise en charge ;
 - 5) à élaborer et mettre en oeuvre des programmes de prévention des maladies bucco-dentaires liées au VIH/sida, de promotion de la santé bucco-dentaire et de la qualité de vie chez les personnes vivant avec le VIH, en y associant des professionnels de la santé bucco-dentaire ou du personnel spécialement formé aux soins de santé primaires, et en appliquant les soins de santé bucco-dentaire primaires ;
 - 6) à élaborer et mettre en oeuvre la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires pour les enfants en tant que partie intégrante des programmes nationaux écoles-santé ;
 - 7) à élaborer et mettre en oeuvre, dans les pays touchés par le noma, des programmes nationaux de lutte contre le noma au sein des programmes nationaux de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et de réduction de la malnutrition et de la pauvreté, conformément aux objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
 - 8) à incorporer un système d'information en santé bucco-dentaire intégré aux plans de surveillance sanitaires afin que les objectifs de santé bucco-dentaire soient en accord avec les normes internationales, et à évaluer les progrès en matière de promotion de la santé bucco-dentaire ;
 - 9) à renforcer la recherche en santé bucco-dentaire, à utiliser la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies fondées sur des preuves scientifiques pour consolider et ajuster les programmes nationaux de santé bucco-dentaire, et à encourager les échanges interpays de connaissances et d'expériences fiables dans le domaine des programmes communautaires de santé bucco-dentaire ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de faire prendre conscience des défis mondiaux à relever pour améliorer la santé bucco-dentaire, et des besoins spécifiques des pays à faible revenu et des groupes de populations pauvres et défavorisées ;
 - 2) de veiller à ce que l'Organisation, aux niveaux mondial et régional, fournisse des conseils et un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour

l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes de santé bucco-dentaire dans le cadre d'approches intégrées de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ;

3) de promouvoir de façon continue la coopération internationale et l'interaction avec et parmi tous les acteurs concernés par la mise en oeuvre du plan d'action pour la santé bucco-dentaire, y compris les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire et les organisations non gouvernementales.

1. Résolution Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultats escomptés
Promotion de la santé	1. Nombre accru de principes directeurs concernant l'intégration de la promotion de la santé – alimentation saine, exercice physique, vieillissement et santé bucco-dentaire – dans les plans d'action sanitaire.
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	1. Fourniture d'un soutien aux pays pour les aider à définir leurs politiques et stratégies de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles au niveau national, et à intégrer la prévention primaire et secondaire dans les systèmes de santé. 5. Amélioration de la qualité, de la disponibilité, de la comparabilité et de la diffusion des données sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs principaux facteurs de risque modifiables.
3. Incidences financières	
a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$3 230 000 entre 2008 et 2013.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$1 040 000.	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? US \$1 040 000.	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions La mise en oeuvre de la résolution nécessitera la participation de tous les niveaux de l'Organisation et les activités seront axées sur les pays à revenu faible ou moyen. La priorité ira à 23 pays qui représentent 80 % de la charge des maladies chroniques non transmissibles dans les pays à revenu faible ou moyen.	
b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) Aucun besoin supplémentaire en personnel n'est prévu.	
c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation) La mise en oeuvre s'étendra de 2007 à 2013.	

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que l'un des axes importants de la stratégie mondiale de santé bucco-dentaire consiste à réduire les facteurs de risque communs d'affections bucco-dentaires et de maladies chroniques. Les systèmes de santé doivent s'efforcer d'améliorer la santé bucco-dentaire en fonction des risques et des besoins de la population, en particulier des groupes à faible revenu, chez lesquels l'incidence des pathologies bucco-dentaires atteint un maximum, en s'attachant à promouvoir le rôle et le potentiel des soins de santé primaires. Le programme national de santé bucco-dentaire de son pays vise les enfants de moins de 16 ans et les femmes enceintes. Il a pour

but de réduire la prévalence des affections et de promouvoir l'équité des soins en agissant au niveau des soins primaires dans les centres de santé et dans d'autres établissements comme les écoles. Le Professeur Pereira Miguel appuie le projet de résolution.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) fait savoir que la santé bucco-dentaire est une priorité au Mexique où, grâce à la couverture élevée des stratégies de prévention appliquées depuis 20 ans, notamment la fluoruration du sel, l'incidence de la carie dentaire a diminué chez les enfants de six à dix ans. La santé bucco-dentaire est également promue à l'école. Chaque année, la semaine nationale de la santé bucco-dentaire, à laquelle participent les établissements de santé et d'enseignement, la société civile et le secteur privé, met l'accent sur la prévention. Les problèmes dentaires demeurent malgré tout importants au Mexique et dans la Région des Amériques, et il souscrit au plan d'action proposé dans le projet de résolution.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que les affections bucco-dentaires posent un problème de santé publique en Afrique. Les pathologies varient dans la Région selon le degré d'exposition à différents facteurs de risque, comme un environnement insalubre et des comportements nuisibles, un apport insuffisant de fluor, la malnutrition sévère et des maladies infectieuses comme le VIH/sida, la rougeole et le paludisme.

La stratégie régionale de santé bucco-dentaire pour 1999-2009 privilégie la prévention et l'élaboration de stratégies nationales. Le nombre de programmes nationaux atteignait 36 en 2006, et le programme régional de lutte contre le noma, qui visait un seul pays en 2001, en couvrait neuf en 2006. Les obstacles à la promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région sont notamment le manque de personnel, les inégalités d'accès aux services, le manque d'informations épidémiologiques exactes, la méconnaissance des problèmes dans la population et l'insuffisance des investissements dans la santé bucco-dentaire au niveau régional et au niveau des pays.

Le plan d'action pour la santé bucco-dentaire associera la prévention des problèmes de santé bucco-dentaire et celle des maladies chroniques en s'attaquant à leurs facteurs de risque communs. L'idée est d'assurer des services et de mettre en place des systèmes de santé bucco-dentaire dans le cadre des soins de santé primaires. Le Dr Rahantanirina insiste sur les besoins des populations pauvres et défavorisées et engage le Conseil à adopter le projet de résolution.

Pour le Dr AKIZUKI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), une bonne santé bucco-dentaire est indispensable pour être en bonne santé d'une manière générale et jouir d'une bonne qualité de vie. Elle dépend de facteurs liés au mode de vie comme le tabagisme, l'alimentation, l'exercice physique et le sommeil. Il faut renforcer et promouvoir les services de prévention et de diagnostic précoce, notamment les contrôles réguliers et l'information au sujet des déterminants de la santé bucco-dentaire et de la santé en général. L'OMS devrait encourager l'échange de données d'expérience.

Le Dr QI Qingdong (Chine) dit que la Chine souscrit au plan d'action proposé et souhaite s'associer aux auteurs du projet de résolution. Les affections bucco-dentaires sont un problème de santé publique important qui, malheureusement, ne reçoit pas toute l'attention voulue, surtout dans les pays à revenu faible ou moyen. En Chine, par exemple, l'importance de la santé bucco-dentaire n'est guère reconnue et les dentistes sont rares. L'adoption du projet de résolution devrait aider à faire prendre conscience de l'importance de la santé bucco-dentaire et à réduire la charge des affections bucco-dentaires.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque) explique que, depuis 1984, l'indice dents cariées, absentes ou obturées chez les enfants de moins de dix ans a beaucoup diminué dans son pays grâce à la fluoruration du sel. Des progrès ont été faits chez l'enfant mais le vieillissement de la population de la région des Caraïbes entraîne de nouveaux risques, comme le montre la fréquence de plus en plus grande des parodontolyses et des maladies non transmissibles apparentées. De nombreuses pathologies

ont la même genèse, et il faut en tenir compte dans la prestation de services. Les services de santé bucco-dentaire devraient être assurés selon une approche soins de santé primaires horizontale et intégrée.

Elle aurait souhaité trouver dans le rapport du Secrétariat des informations sur les meilleures pratiques. Il faudrait ajouter au paragraphe 2 du projet de résolution un alinéa rédigé comme suit : « de faire part au Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et aux autres organisations du système des Nations Unies qui entreprennent des activités liées à la santé de la nécessité de faire de la santé bucco-dentaire un élément à part entière de leurs programmes de santé. ».

Mme HALTON (Australie) annonce qu'elle soumettra par écrit des modifications mineures au projet de résolution, tendant à montrer qu'il existe différents domaines de responsabilité en matière de santé bucco-dentaire et que les autorités nationales s'impliquent plus ou moins selon les pays.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) estime que les enquêtes nationales sur la santé bucco-dentaire que l'OMS recommande de faire périodiquement devraient contenir des données supplémentaires sur la consommation de sucre et sucreries, l'hygiène dentaire et l'accès aux services bucco-dentaires. De telles informations seraient utiles pour élaborer, surveiller et évaluer la politique de santé bucco-dentaire. L'efficacité de la lutte antitabac menée dans son pays depuis une vingtaine d'années montre que les professionnels de la santé bucco-dentaire contribuent à réduire la consommation de tabac. Des études révèlent que les illustrations sur les paquets de cigarettes qui montrent les méfaits du tabagisme dans la région bucco-dentaire comptent parmi les meilleurs moyens de dissuasion.

La fluorose, dont la prévalence atteint 50 % dans certaines parties du pays, est une source de préoccupation pour la Thaïlande. Avant d'entreprendre un programme national de fluoration, les pays devraient déterminer la concentration de fluor naturel dans les nappes phréatiques et l'apport de fluor résultant de l'utilisation des produits dentaires. Elle propose donc de modifier le paragraphe 1.3) du projet de résolution de la manière suivante : « pour les pays qui n'ont pas accès au fluor naturel et qui n'ont pas encore établi de programmes de fluoration systématique, à mettre au point et appliquer de toute urgence des programmes nationaux de fluoration ... ».

La Thaïlande est favorable à la promotion de la santé bucco-dentaire à l'école et à la prestation de soins bucco-dentaires dans les services de soins de santé primaires. Cela nécessite un personnel de santé bucco-dentaire suffisant, et plus particulièrement du personnel auxiliaire. Des études montrent que les services assurés par des assistants dentaires sont efficaces et souvent mieux adaptés que ceux assurés par les dentistes. Les assistants dentaires peuvent, en outre, faciliter l'accès des populations rurales aux services. Pourtant, dans beaucoup de pays, y compris le sien, il y a plus de dentistes que d'assistants dentaires. C'est pourquoi elle propose de modifier le projet de résolution en ajoutant un nouveau paragraphe 1.7) rédigé comme suit : « à renforcer la formation des infirmiers dentaires, des hygiénistes et autres personnels auxiliaires et à faire en sorte qu'ils soient équitablement répartis au niveau des soins primaires, avec des services d'appoint adéquats assurés par des dentistes grâce à des systèmes d'orientation appropriés ».

D'après l'enquête nationale sur la santé bucco-dentaire en Thaïlande, les problèmes bucco-dentaires surviennent le plus souvent chez les enfants d'âge préscolaire. C'est pourquoi elle propose de modifier le paragraphe 1.6) du projet de résolution de la manière suivante : « à élaborer et mettre en oeuvre la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies bucco-dentaires pour les enfants d'âge préscolaire et les écoliers en tant que parties intégrantes des écoles-santé ».

Elle est favorable aux amendements proposés par le membre désigné par la Jamaïque.

Le Dr SAHELI (Jamahiriya arabe libyenne), prenant la parole au nom des pays de la Région de la Méditerranée orientale, dit que, pour pouvoir faire face aux affections bucco-dentaires et aux problèmes apparentés, les administrateurs de la santé publique et les décideurs ont besoin d'outils, d'un potentiel et d'informations qui leur permettent d'évaluer les besoins sanitaires, de sélectionner les

stratégies d'intervention, d'élaborer des politiques et de perfectionner les programmes de santé bucco-dentaire.

Les pays de la Région ont fait de grands progrès en matière de promotion de la santé bucco-dentaire, laquelle fait partie intégrante des initiatives sanitaires d'ordre plus général dans la plupart des Etats Membres. Cependant, l'accès aux services de santé bucco-dentaire reste souvent limité et, généralement, les dents cariées ou abîmées sont arrachées ou ne sont pas soignées.

Il soutient le projet de résolution, qui devrait reprendre les dix domaines prioritaires définis dans le Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003.¹ Dans le projet, il faudrait demander à l'OMS de consacrer davantage de ressources humaines et financières à la promotion de la santé bucco-dentaire et à la surveillance des affections bucco-dentaires.

Le Dr TANGI (Tonga), soulignant la hausse inquiétante de l'incidence des caries chez les enfants d'âge scolaire, dit que les Tonga ont fait de la santé bucco-dentaire une des priorités de leurs programmes nationaux. La fluoruration de l'eau a été mise en place et un programme de bains de bouche fluorés est mené dans les écoles primaires de tout le pays. Les petits Etats insulaires et les pays en développement ont du mal à développer les ressources humaines dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Les Tonga souhaitent compter parmi les auteurs du projet de résolution.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) dit que le Lesotho connaît de nombreux problèmes liés aux manifestations bucco-dentaires du VIH/sida, aux traumatismes et aux cancers de la bouche et reconnaît l'importance de la santé bucco-dentaire dans le cadre des politiques de santé publique. Il faut garantir aux populations rurales et défavorisées un accès plus large et plus équitable aux services de santé bucco-dentaire, notamment par la décentralisation. La promotion de la santé bucco-dentaire peut être gage d'un diagnostic et de soins précoces, et il faut renforcer la surveillance des manifestations bucco-dentaires du VIH/sida. Les campagnes d'éducation sanitaire devraient combattre l'alcoolisme et le tabagisme, qui sont des causes importantes de traumatismes et de cancers de la bouche. Il souligne le rôle de l'OMS dans l'aide apportée aux pays en développement et il souscrit au projet de résolution.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) estime que, jusqu'à présent, le milieu médical n'a pas consacré suffisamment d'attention à la santé bucco-dentaire. A la lumière du rapport du Secrétariat, la Slovénie intégrera la santé bucco-dentaire dans sa stratégie de prévention des maladies non transmissibles. L'accent sera mis sur les lésions des muqueuses de la bouche, en particulier les atrophies, sur les lésions précancéreuses et les cancers.

Il y a plusieurs décennies, la Slovénie avait mis en place un système de prévention de la carie dentaire chez l'enfant s'étendant de la maternelle jusqu'à la fin des études secondaires, qui a diminué la fréquence des caries. Toutefois, une nouvelle législation a incité les dentistes spécialement formés à la prévention chez l'enfant à se tourner vers le secteur privé, affaiblissant ainsi les services de santé primaires. La Slovénie collaborera avec d'autres pays d'Europe qui ont obtenu des résultats analogues dans le cadre de systèmes de santé mixtes public-privé.

M. DE SILVA (Sri Lanka) dit que les cancers de la bouche représentent 35 % environ de tous les cancers à Sri Lanka. Son Gouvernement a accordé une large place à la santé bucco-dentaire en instaurant des programmes de proximité pour les populations rurales, et chaque année plus de 100 jeunes dentistes diplômés participent à l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les programmes de santé scolaire. Sri Lanka a accueilli en 2006 la session scientifique de l'Association dentaire du Commonwealth, lors de laquelle il a été débattu des moyens à la fois efficaces et économiques d'assurer des soins de santé communautaires.

¹ Document WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.

Pour le Dr OGWELL (suppléant du Dr Nyikal, Kenya), il est crucial d'intégrer les plans et activités de santé bucco-dentaire dans ceux des systèmes de santé en général, au niveau tant de la planification que de la prestation de services, et plus particulièrement les interventions communautaires inspirées des soins de santé primaires. Le plan stratégique du secteur de la santé appliqué au Kenya repose sur une approche préventive d'un bon rapport coût/efficacité plutôt que sur une approche curative.

Pour que les services soient efficaces, il faut un personnel qualifié, motivé et bien soutenu, et pourtant le rapport n'aborde pas les questions de ressources humaines ; il n'y est pas question non plus de l'insuffisance de l'appui technique que l'OMS fournit aux Etats Membres. Il faut de toute urgence remédier au manque d'effectifs du Programme de santé bucco-dentaire de l'OMS au Siège et dans les bureaux régionaux. Le rapport n'accorde pas assez d'importance non plus aux grands partenaires dans le domaine de la santé bucco-dentaire. Les Etats Membres devraient se référer aux objectifs mondiaux de santé bucco-dentaire pour 2020 qu'ont définis ensemble l'OMS, la Fédération dentaire internationale et l'Association internationale de Recherche dentaire et qui sont utiles pour fixer des objectifs clairs et mesurables en matière de prestation de services de santé bucco-dentaire.

Il appuie le projet de résolution mais propose de modifier le quatrième alinéa du préambule de la manière suivante : « Constatant le lien intrinsèque entre la santé bucco-dentaire, la santé en général et la qualité de vie ; », d'ajouter dans le préambule un sixième et un septième alinéa rédigés ainsi : « Consciente du fait que l'importance des activités de prévention et de lutte concernant les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ; » et « Se félicitant du rôle joué par des partenaires comme la Fédération dentaire internationale et l'Association internationale de Recherche dentaire pour améliorer la santé bucco-dentaire dans le monde ; ». Il propose également d'ajouter au paragraphe 1 trois nouveaux alinéas ainsi libellés : « à prendre des mesures pour que des approches fondées sur des données factuelles soient utilisées pour incorporer la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention et de lutte intégrées concernant les maladies non transmissibles ; » ; « à veiller à la planification des ressources humaines et des effectifs de santé bucco-dentaire dans le cadre des plans nationaux de santé » ; et « à accroître les allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte concernant les maladies et affections bucco-dentaires et cranio-faciales ; ». Il conviendrait d'ajouter au paragraphe 2 un nouvel alinéa ainsi libellé : « de renforcer la prééminence de l'OMS en ce qui concerne les aspects techniques en élargissant son programme de santé bucco-dentaire sur le plan du financement et des effectifs tant au Siège que dans les bureaux régionaux ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) est favorable à l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les systèmes et programmes de santé en général. De bonnes stratégies de santé publique, notamment la promotion de la santé, la prévention et la surveillance des maladies, sont des éléments cruciaux des programmes de santé bucco-dentaire. Il souscrit au projet de résolution, à condition d'y apporter certaines modifications : au paragraphe 1.2), il conviendrait de supprimer les mots « and to ensure » et la virgule qui précède dans la version anglaise (sans objet en français) ainsi que le mot « nationaux » après « systèmes de santé bucco-dentaire ». Au paragraphe 1.9), il faudrait aussi supprimer le mot « nationaux ».

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) déclare que la santé bucco-dentaire est une question capitale dans son pays. Quatre-vingts pour cent des équipes de santé familiale comprennent des dentistes, qui sont 12 000 au total. A l'initiative du Président, qui a grandi dans une région pauvre du Brésil sans avoir accès aux soins dentaires, 400 centres spécialisés de chirurgie dentaire ont été créés dans le pays.

Le Dr AERDEN (Fédération dentaire internationale), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, insiste sur les principes stratégiques énoncés dans le rapport, notamment l'intégration de la santé bucco-dentaire dans la santé en général, la réduction de facteurs de risque tels que le tabagisme, la promotion d'une bonne nutrition, et notamment une diminution de la consommation de

sucre, et la prévention des caries dentaires moyennant une bonne hygiène et une utilisation judicieuse du fluor. Il importe également de s'attaquer à la pandémie de caries non soignées qui sévit chez l'enfant dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen, de reconnaître et de renforcer le rôle des femmes dans la promotion de la santé.

Tous les plans de santé nationaux devraient prévoir un personnel de santé bucco-dentaire qualifié et motivé. Malheureusement, dans beaucoup de pays, la santé bucco-dentaire ne fait pas partie des soins de santé primaires, de sorte que les populations défavorisées n'y ont pas accès ou n'ont pas les moyens financiers d'y accéder. Le Dr Aerden revendique l'égalité d'accès aux soins essentiels de santé bucco-dentaire et à la prévention des affections bucco-dentaires pour tous. L'OMS et la Fédération peuvent fournir un appui technique utile pour mettre en place des services bucco-dentaires adaptés et d'un coût raisonnable à tous les niveaux des soins de santé primaires. Elle réaffirme l'efficacité, la rentabilité et l'innocuité de l'usage quotidien optimal du fluor. Il faudrait prendre des mesures telles que la réduction ou la suppression des taxes pour rendre le dentifrice et les autres produits fluorés qui ont fait leurs preuves accessibles et financièrement abordables.

La Fédération recommande vivement d'adopter le projet de résolution.

Mme LEHNERS (Association internationale de Conseil en Allaitement), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, et s'exprimant aussi au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, note avec satisfaction que le rapport reconnaît le rôle de l'allaitement maternel dans la promotion de la santé, y compris la santé bucco-dentaire, comme il est dit dans le Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003.¹ Elle approuve l'importance accordée au lien entre la santé bucco-dentaire et une bonne alimentation, en particulier une consommation réduite de sucre, prônée par la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aurait dû toutefois insister sur le lien entre l'allaitement au sein et une bonne santé bucco-dentaire. Une telle conception offrirait davantage de possibilités d'agir de façon coordonnée tout au long de l'existence afin d'améliorer la santé en général et de prévenir les maladies et leurs causes profondes, y compris celles directement liées à la santé bucco-dentaire.

Le Dr BARNARD (Fédération dentaire internationale), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de l'Association internationale de Recherche dentaire, engage le Conseil à inscrire à l'ordre du jour de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé le renforcement de la recherche sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation de données scientifiques sur la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des affections bucco-dentaires.

Le Dr GEZAIKY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) s'associe aux observations du membre désigné par la Thaïlande sur la fluorose. Il convient également qu'une trop grande proportion de dentistes par rapport aux hygiénistes et aux assistants dentaires peut être source de problèmes. Vu qu'ordinairement l'OMS et les écoles dentaires communiquent peu entre elles, nombre de ces établissements n'attachent pas assez d'importance à la prévention et à l'éducation communautaire. Il faut remédier à ce problème.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) fait observer à propos de la surveillance et de l'évaluation régulière que l'absence de données ne signifie pas qu'il n'y a pas de problèmes. Le membre désigné par la Thaïlande a cité un exemple qui montre l'importance d'une évaluation régulière. Dans la mesure du possible, il sera donné suite aux suggestions faites pour mettre en place un système de surveillance plus exhaustif.

Elle insiste sur le rôle de la prévention, notamment en rapport avec les principaux facteurs de risque, au nombre desquels les maladies non transmissibles. La santé bucco-dentaire n'étant pas

¹ Document WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.

uniquement liée à ces maladies, il peut être judicieux d'adopter une approche intégrée pour rendre les interventions plus efficaces et plus durables quand les ressources sont limitées. Il est important de communiquer au sujet des meilleures pratiques et de continuer à accorder la priorité aux groupes de population les plus vulnérables.

Actuellement, le terme « systèmes de santé bucco-dentaire » désigne à la fois les services formels et informels ; il ne sous-entend pas la promotion de systèmes de santé conçus spécialement pour une affection ou un ensemble d'affections. Le rapport sera révisé de façon à lever toute ambiguïté dans le texte qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé.

Elle insiste sur la nécessité d'une interaction entre toutes les parties intéressées dans le domaine de la santé bucco-dentaire, y compris les organisations non gouvernementales, et sur le rôle vital que jouent les centres collaborateurs de l'OMS.

Le DIRECTEUR GENERAL constate que la santé bucco-dentaire est un domaine manifestement négligé. Il existe toutefois des instruments efficaces et des exemples de bonnes pratiques de prévention et de promotion qu'il faudrait exploiter. Ces mesures sont financièrement envisageables à condition qu'elles reposent sur des données scientifiques existantes. Faute de quoi l'inaction coûtera cher du point de vue financier mais aussi en termes de souffrance pour les patients.

Le PRESIDENT dit qu'une version révisée du projet de résolution tenant compte des nombreux amendements sera soumise ultérieurement pour examen.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 228.)

Systèmes de santé, systèmes de soins d'urgence compris : Point 4.7 de l'ordre du jour (documents EB120/27, EB120/27 Add.1, EB120/38 et EB120/38 Add.1)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution qui figure au paragraphe 17 du document EB120/27.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, reconnaît qu'en Afrique les principaux freins à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé sont la faiblesse et le mauvais fonctionnement des systèmes de santé. Le succès de l'action menée contre des problèmes de santé prioritaires comme le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose dépend de l'efficacité et de l'efficience des systèmes de santé, qu'il est indispensable de renforcer pour qu'ils puissent innover en matière de participation communautaire, fidéliser le personnel de santé sur une base contractuelle et instaurer un système d'assurance-maladie universel dans tous les pays africains.

L'importance des systèmes de santé étant de plus en plus reconnue, et compte tenu des demandes d'appui dans ce domaine, le Bureau régional a publié des orientations stratégiques pour la Région africaine.¹ L'une de ces orientations consiste à renforcer les systèmes de santé, en particulier au niveau communautaire et au niveau des districts. Elle nécessitera l'action de l'OMS au niveau des pays et l'échange de données d'expérience avec le soutien de l'Organisation.

Pour redynamiser les soins de santé primaires, comme l'a approuvé le Comité régional de l'Afrique dans sa résolution AFR/RC56/R6, il faut promouvoir la participation communautaire, renforcer la coopération, améliorer la qualité des services essentiels et en étendre la couverture. Tous les partenaires devraient être conscients qu'il faut toujours considérer le système de santé comme un

¹ *Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009.* Brazzaville, Bureau régional OMS de l'Afrique, 2005.

tout, de sorte que chaque intervention contribue à l'exécution du plan stratégique du pays et à une meilleure utilisation des ressources.

Le Dr ILIESCU (Roumanie) appuie le projet de résolution. Le renforcement des systèmes de santé résoudra les questions sanitaires partout dans le monde. On peut éviter un grand nombre de décès en instaurant des systèmes de soins d'urgence. L'action qu'il est proposé de mener dans le projet de résolution aura des effets importants, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen, où le taux de décès évitables augmente et où, souvent, il n'y a pas de systèmes de prise en charge des traumatismes. Il est encore plus urgent d'améliorer les systèmes et d'en créer de nouveaux en faisant un meilleur usage des ressources existantes.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) souhaiterait que le projet de résolution invite chaque Etat Membre à fixer un délai pour la prestation de soins d'urgence hors milieu médical, ce qui permettrait de mesurer le développement des systèmes de soins d'urgence.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) estime que l'appui aux systèmes de santé doit être une priorité de l'OMS car c'est un moyen de garantir des soins équitables, efficaces, de grande qualité, pérennes et bien adaptés.

Les familles et les communautés doivent être au coeur du système de santé. La nouvelle approche soins de santé primaires est fondée sur l'équité, la solidarité et le droit de chacun à posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, et elle englobe la promotion de la santé, la prise en charge et les soins intégrés. C'est le moyen le plus efficace et le plus économique d'obtenir des résultats sanitaires pour la majorité de la population et pour les groupes vulnérables, et l'oratrice rappelle la Déclaration des Amériques sur le renouveau des soins de santé primaires, publiée en 2005.

On pourrait réorienter les stratégies de « la santé pour tous » pour répondre aux besoins actuels de la population et réduire les inégalités en santé.

Elle propose de modifier comme suit le sixième alinéa du préambule du projet de résolution : « Reconnaissant que l'amélioration de l'organisation et de la planification de la fourniture de soins de traumatologie et d'urgence est un élément essentiel de la prestation intégrée des soins de santé, qu'elle joue un rôle important dans la préparation et la réponse aux événements ... ». Elle propose en outre d'ajouter au paragraphe 2 trois nouveaux alinéas rédigés comme suit :

- à aborder le renforcement des services de soins d'urgence selon une approche stratégique dans le cadre du système global de prestation de santé ;
- à inclure des approches et des interventions de promotion de la santé ;
- à concevoir et prévoir des programmes d'appui et à améliorer les conditions de travail des dispensateurs de soins d'urgence.

M. DE SILVA (Sri Lanka), qui soutient le projet de résolution, dit qu'à Sri Lanka tant les services curatifs que les services de santé publique sont gratuits car ils constituent un investissement. En agissant dans un cadre clairement défini, son pays a atteint des cibles ambitieuses. L'espérance de vie, par exemple, est de 71 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes, et le pourcentage des plus de 60 ans dans la population est le plus élevé d'Asie du Sud-Est. Sri Lanka a élaboré une stratégie globale de développement sanitaire pour les dix prochaines années. Assurer la gratuité des soins, c'est un pari difficile quand la population vieillit.

Le Dr OTHMAN (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), s'exprimant au nom des pays de la Région de la Méditerranée orientale, fait observer qu'aucun système de santé ne peut faire face aux multiples événements survenus en Iraq ces dernières années. La fréquence des traumatismes et de leurs séquelles augmente d'une manière générale dans l'ensemble de la Région, et plus particulièrement dans les pays à revenu faible ou moyen. Une bonne prise en charge des traumatismes aux stades préhospitalier et hospitalier peut s'avérer cruciale pour atténuer l'impact et les séquelles des blessures. La question est d'actualité dans la Région, où troubles civils, guerres et catastrophes naturelles sont fréquents. L'accès

aux services de soins de santé primaires étant restreint, les services d'urgence s'occupent aussi de cas qui ne sont pas urgents. Il faut donc, d'une part, renforcer les soins primaires et, d'autre part, évaluer la qualité des services médicaux d'urgence en ce qui concerne notamment : la compétence du personnel ; les dépenses d'investissement pour les services ; l'intensification de la collaboration intersectorielle ; la réalisation des objectifs, par exemple les délais ; la planification stratégique et les critères ; et la conception et la construction des services d'urgence. Il faut insister sur l'utilité de la recherche et d'une manière générale pour obtenir ces informations, et en tenir compte dans le projet de résolution.

Rappelant la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, il demande que le projet de résolution tienne compte de certains points précis : la situation difficile des pays à revenu faible ou moyen ; la nécessité de faire porter les efforts de l'OMS sur des techniques simples, salvatrices et sur les moyens peu coûteux d'instaurer des systèmes efficaces de soins de traumatologie ; l'association de multiples secteurs à la prise en charge des traumatismes, en particulier au stade préhospitalier ; la collaboration avec le secteur privé pour trouver du matériel et des technologies salvatrices moins chères, comme pour le traitement du VIH/sida ; un plus grand investissement de l'OMS dans les systèmes de traumatologie, leur planification, leur gestion et leur évaluation, et le recueil de données d'expérience à l'intention des pays à revenu faible ou moyen. L'expérience de l'Iraq l'incite à mettre l'accent sur la prise en charge des traumatismes au niveau communautaire dans le cadre des premiers secours, sur son intégration dans les soins de santé primaires, et sur le suivi et l'évaluation des systèmes de traumatologie selon des méthodes durables faisant appel à des indicateurs et des critères appropriés.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) estime lui aussi que les systèmes de santé sont vitaux pour que les ressources allouées à la santé soient utilisées rationnellement et efficacement. Un examen attentif de la performance du système de santé d'un pays renseigne les responsables politiques sur l'efficacité du système et le niveau de soins qu'il assure. Le Secrétariat peut aider les Etats Membres à concevoir des méthodes fondées sur des données probantes pour mesurer et évaluer leurs systèmes de santé. Il approuve l'intégration des soins d'urgence dans les systèmes de soins nationaux. La prévention primaire devrait avoir pour effet de réduire la charge des traumatismes, et le renforcement des services d'urgence et de traumatologie réduira la morbidité et la mortalité dues aux blessures et à la violence. Les Etats Membres devront veiller à inclure les soins hospitaliers et préhospitaliers dans le renforcement des services nationaux d'urgence et de traumatologie.

Il appuie le projet de résolution, mais demande de remplacer le mot « services » par « soins » dans toutes les expressions comme « soins d'urgence ». L'objectif est d'exprimer l'idée que l'ensemble des soignants, y compris les citoyens, et pas seulement les dispensateurs de services, ont une responsabilité à assumer.

Le Dr SUPAKIT SIRILAK (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que son Gouvernement reconnaît l'importance des systèmes de santé. Sans recommander une structure plus qu'une autre, la Thaïlande estime que le système de santé doit garantir un accès équitable à des soins de grande qualité, à la fois efficaces et économiques et d'un prix abordable. Ils doivent aussi être assurés durablement grâce à une application optimale des soins de santé primaires conjuguée à de bons systèmes d'orientation-recours et à des politiques de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Il appuie l'action que continue de mener le Secrétariat avec les Etats Membres et les partenaires internationaux en vue d'atteindre les buts nationaux et internationaux pour le développement liés à la santé.

Les services d'urgence et de traumatologie nécessitent une infrastructure et des moyens de formation adéquats. L'ajout de l'énoncé suivant à la fin du paragraphe 2.9) du projet de résolution rendrait compte du financement à assurer : « y compris les mécanismes financiers et les méthodes de gestion afin de s'assurer que toutes les personnes qui en ont besoin puissent avoir accès à un ensemble essentiel de soins de traumatologie et d'urgence ».

Le Dr SMITH (Danemark) propose de remplacer les mots « ministères de la santé » par « autorités responsables des soins préhospitaliers » au paragraphe 2.2) afin de tenir compte des différences entre les pays.

Elle note avec satisfaction que les consultations entamées dans le but d'élaborer une stratégie mondiale de renforcement des systèmes de santé dans le monde en développement, priorité des plus importantes pour les Etats Membres, se poursuivent en 2007. La stratégie devrait être axée sur les interventions pratiques consistant par exemple à motiver et équiper le personnel de santé et à concevoir des systèmes bien adaptés. Elle doit également prendre en compte les théories d'organisation et d'administration, les partenariats public-privé, l'épidémiologie et l'économie de la santé. L'OMS doit aussi faire le point sur la collaboration mondiale dans le domaine de la santé, y compris avec la Banque mondiale. Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord s'associe à la déclaration du Dr Smith.

Le Dr BUSS (Brésil) souligne le rôle du Secrétariat dans le développement des systèmes de santé des Etats Membres. La communauté internationale devrait cependant revoir sa politique d'aide aux pays en développement. Malgré l'importance des ressources consacrées au traitement du VIH/sida et à d'autres maladies, il y a des gaspillages dans certains pays faute d'un système de santé bien structuré. A l'avenir, la communauté internationale devrait axer son appui aux pays sur les systèmes de santé, y compris le recrutement du personnel et les établissements de soins de santé primaires. Si les systèmes fonctionnent bien, les autres ressources auront plus d'impact. C'est pourquoi il aurait fallu, dans le document EB120/38, évoquer la reprise des activités de soutien de l'OMS pour mettre en place des systèmes de santé durables fondés sur les soins de santé primaires.

Au Brésil, il existe un système national de soins préhospitaliers d'urgence et de traumatologie. Il s'agit d'un système centralisé qui peut localiser les meilleurs soins pour un problème de santé donné. La plupart des prescriptions du projet de résolution sont déjà suivies dans la plupart des villes et des Etats. Le Brésil possède un système universel intégré et gratuit qui permet aux patients d'obtenir le type de soins dont ils ont besoin par l'intermédiaire des services d'urgence ou des établissements de soins de santé primaires.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) dit que les soins de santé se sont tellement dégradés au Lesotho qu'il est impossible de préserver les acquis sanitaires de ces 20 dernières années. La situation est aggravée par la disparition d'agents de santé victimes de maladies comme le VIH/sida et la tuberculose. Les plus sinistrés sont les services de soins de santé primaires, en particulier dans les zones rurales. L'Etat décentralise les services, dont les soins de santé primaires, ce qui devrait améliorer leur prestation. Vu que les communautés locales participent aux structures locales, c'est le peuple qui décidera des priorités sanitaires. L'un des éléments importants pour réduire la charge de la maladie sera d'attirer, de former et de fidéliser les agents de santé. Des mesures d'incitation telles que de bonnes conditions de travail, un logement adapté et la satisfaction d'autres besoins de base sont indispensables pour que le personnel de santé reste dans les zones rurales et reculées. Comme d'autres pays en développement, le Lesotho ne peut offrir de bonnes conditions de travail et les services de soins d'urgence en pâtissent aussi. M. Ramotsoari souscrit au renforcement des systèmes de santé.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que le système de santé national portugais s'inspire des principes de l'OMS et est résolument en faveur des mesures présentées dans le document EB120/38. Les Etats Membres devraient définir les modes de fonctionnement et de gestion du secteur de la santé selon des processus intersectoriels. Afin d'atteindre l'objectif commun d'une meilleure santé, les pouvoirs publics doivent aussi veiller aux secteurs qui coopèrent avec celui de la santé, et notamment à leurs processus opérationnels, leurs structures et leur gestion.

Il faut s'efforcer de trouver des moyens nouveaux d'utiliser les ressources existantes et les services d'autres acteurs comme les organisations non gouvernementales et le secteur privé, et d'opérer des changements dans la politique gouvernementale et l'administration publique. Les pauvres

profiteraient davantage de ces réformes si d'autres secteurs y participaient. Il faut coordonner l'action intersectorielle axée sur les déterminants de la santé.

Il appuie le projet de résolution. Comme l'a fait observer le membre désigné par les Etats-Unis, le renforcement des liens entre les services d'urgence et de traumatologie et la participation de la communauté aux soins préhospitaliers présenteront des avantages incontestables pour la santé publique.

Mme HALTON (Australie) dit combien il est important d'avoir un système de santé solide et intégré qui fonctionne bien pour combattre le VIH/sida et les maladies non transmissibles et faire face aux grands problèmes de santé et aux situations extraordinaires. C'est pourquoi l'Australie veille à ce que l'aide qu'elle apporte aux pays en développement contribue à renforcer leurs systèmes de santé, vu qu'un bon système de santé aide aussi à atteindre d'autres objectifs de développement. Bien que différents dans tous les pays, les systèmes de santé doivent tous être efficaces et efficients, faire un usage optimum des ressources et couvrir largement tous les groupes de population, quels que soient leur revenu, leur lieu de résidence ou leur état de santé.

Le Secrétariat devrait collaborer avec tous les partenaires concernés au renforcement des systèmes de santé. Elle travaille à l'OCDE et à l'OMS, et attache beaucoup de prix au partenariat entre ces deux Organisations ; d'autres orateurs ont souligné l'importance de la collaboration avec la Banque mondiale, la Banque asiatique de Développement et d'autres organismes.

Elle soutient le projet de résolution, avec un amendement mineur qu'elle soumettra par écrit.

Le Dr NYIKAL (Kenya), s'associant aux observations du membre désigné par le Lesotho, estime que la qualité des soins d'urgence renseigne sur le système de santé dans son ensemble. Dans la Région africaine, la qualité des soins d'urgence pâtit de la faiblesse des systèmes de santé nationaux.

Il propose de modifier le projet de résolution en ajoutant deux nouveaux alinéas à la fin du paragraphe 2. Le nouvel alinéa 10 serait rédigé comme suit : « [INVITE INSTAMMENT les Etats Membres] à faire en sorte que le renforcement des systèmes de santé soit un objectif essentiel de toutes les initiatives sanitaires », formule qui engloberait les initiatives visant des maladies en particulier. Le nouveau paragraphe 11 serait libellé ainsi : « à créer des incitations pour former et fidéliser les agents de santé ». Au paragraphe 3, il faudrait ajouter après l'alinéa 9 un nouvel alinéa libellé ainsi : « [PRIE le Directeur général] d'apporter un soutien aux Etats Membres pour qu'ils créent des programmes de gestion de la qualité des soins, ou les renforcent », car la gestion de la qualité est souvent négligée dans les initiatives sanitaires.

Le Dr TANGI (Tonga) convient qu'il est très difficile de créer un système de santé capable de faire face aux nouvelles menaces, d'innover et d'apporter ainsi des solutions plus efficaces aux problèmes existants. Il se félicite des efforts de l'OMS dans le domaine des soins d'urgence, où le partenariat entre l'Organisation et les professionnels de la santé exerçant en milieu hospitalier est jusqu'à présent sous-exploité.

De meilleurs soins préhospitaliers peuvent en effet diminuer la mortalité et les incapacités. Le plus souvent, les victimes de traumatismes meurent immédiatement ou dans les dix jours qui suivent l'accident. Dans le premier cas, l'aménagement des routes et l'amélioration des services d'ambulance peuvent réduire la mortalité. Le deuxième pic de mortalité est dû à des événements indésirables survenus à l'hôpital, qu'on doit éviter.

Dans le projet de résolution, l'expression « services de soins d'urgence » désigne les services assurés par différents acteurs, notamment les agents de santé, les services d'ambulance, les spécialistes des techniques routières et les personnes présentes sur le lieu d'un accident, et est préférable à « soins d'urgence », qui est bien plus général.

Le Dr KOIKE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), faisant observer que l'action menée pour renforcer les systèmes de santé en développant les soins de santé primaires doit être judicieuse et efficace, demande à l'OMS de donner des orientations et des repères supplémentaires. Les services de

soins d'urgence et de traumatologie sont indispensables pour prendre en charge les victimes d'actes de violence, d'accidents de la route et de catastrophes naturelles telles que séismes et raz de marée. Il appuie le projet de résolution et suggère d'ajouter au texte les notions de soins d'urgence en cas de catastrophe et de renforcement judicieux des systèmes de santé.

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre désigné par la Bolivie, trouve que le rapport sur les systèmes de santé présenté dans le document EB120/38 donne un aperçu complet de la question ainsi que des orientations pour agir. Quand il fonctionne bien, le système de santé peut, s'il le faut, être très élaboré. Tous les programmes de santé doivent collaborer ensemble pour être viables à long terme, promouvoir le développement et renforcer le système de santé dans son ensemble. L'intérêt que les soins de santé primaires peuvent présenter à cet égard ne va pas forcément de soi pour les donateurs, et il faut les y rendre plus sensibles, car c'est ce que les bénéficiaires veulent vraiment. On ne peut intervenir efficacement en cas d'urgence sans un système de santé solide. Le danger est que l'aide d'urgence disparaisse en même temps que les images diffusées à la télévision. Le Président appuie le projet de résolution.

Le Dr ASLANYAN (Canada)¹ est satisfait des informations fournies par le Secrétariat mais souhaiterait qu'il mette davantage l'accent sur la performance des systèmes de santé, les moyens de la mesurer et la mise au point d'indicateurs. Le soutien que le Canada apporte aux pays en développement pour qu'ils renforcent leurs systèmes de santé englobe la lutte contre les principales maladies associées à la pauvreté. En 2006, le Gouvernement canadien a consacré davantage de fonds à cette cause en Afrique. Les partenaires concernés de l'OMS devraient veiller à bien coordonner les activités des « programmes » et des « systèmes » aux niveaux national, régional et mondial.

Le Professeur MIKHAILOVA (Fédération de Russie)¹ remarque que le renforcement des systèmes de santé est l'un des sept domaines prioritaires du programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail 2006-2015, mais qu'il n'est pas expressément mentionné dans le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ni dans le projet de budget programme 2008-2009. La nécessité de renforcer les systèmes de santé, par opposition à la promotion de la santé en général, pourrait être affirmée plus clairement à l'intention des responsables politiques et des ministères des finances, qui ne sont pas des spécialistes de la santé.

Le rapport sur les systèmes de santé (document EB120/38) énumère de nombreux problèmes et les solutions possibles. Même s'il reflète l'établissement d'un consensus au sein de l'Organisation, il n'est pas toujours cohérent : le Secrétariat semble justifier ses positions en avançant différents arguments. Ainsi, dans la partie consacrée à l'évolution des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé, il est question à la fois de la nécessité de modifier les traitements et de l'évolution de la politique gouvernementale en matière de décentralisation des soins de santé. Au lieu d'expliquer comment renforcer les systèmes de santé, le Secrétariat énumère les « éléments fondamentaux » dont ils se composent (paragraphe 8), liste d'ailleurs incomplète. Il indique la finalité de ces éléments sans expliquer comment les mettre en place, et affirme qu'ils clarifient les fonctions essentielles, sans indiquer lesquelles. Le paragraphe 10 parle de « chaque élément » du système de santé sans dire quels sont ces éléments. Les critères d'évaluation des systèmes de santé ne sont pas mentionnés non plus. Le rapport devrait être revu par des experts indépendants et restructuré de façon à distinguer la question des systèmes de santé en général du rôle de l'OMS dans le renforcement des systèmes de santé au niveau des pays.

Le Dr VIZZOTTI (Argentine)¹ constate que près de 30 ans après l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata, de nombreux pays de la Région des Amériques et d'autres Régions ont fait de grands progrès dans les domaines social et sanitaire, mais que des millions de personnes sont encore privées

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

des biens et services nécessaires à un développement optimum. Les problèmes actuels sont notamment le vieillissement de la population, l'urbanisation anarchique, l'évolution des modes de vie, la détérioration de l'environnement et les conflits sociaux. Il est important de préserver les acquis concernant l'état de santé et l'espérance de vie et de garantir un partage équitable des fruits du progrès scientifique et technologique.

Suite à une consultation régionale organisée à l'initiative de l'OPS en 2003, les Etats Membres de la Région se sont de nouveau engagés en faveur des soins de santé primaires et de leur intégration dans les systèmes de santé nationaux. Le secteur de la santé, avec d'autres, contribuera à un développement global et équitable en relevant plusieurs défis, y compris ceux de la Déclaration du Millénaire.

Le Gouvernement argentin a demandé à l'OMS, l'OPS, l'UNICEF, la Banque interaméricaine de Développement, la Banque mondiale, au Secrétariat général du Sommet ibéro-américain et à d'autres institutions d'aider à organiser une conférence internationale sur le renforcement des soins de santé primaires et des systèmes de santé (Buenos Aires, 13-18 août 2007). Cette conférence aura pour but de promouvoir les partenariats mondiaux, régionaux et infrarégionaux pour renforcer les soins de santé primaires, résoudre les difficultés d'accès aux services de santé, renforcer les systèmes de santé nationaux, garantir la sécurité des populations et tracer la voie vers les objectifs du Millénaire pour le développement. Il y sera question notamment des ressources humaines pour la santé et de « l'équité en matière de santé et de financement », et une déclaration politique et technique intitulée « Buenos Aires 30/15 : d'Alma-Ata à la Déclaration du Millénaire » sera présentée. Il invite les Etats Membres à participer à cette conférence et à en faire un jalon important de l'engagement de la communauté internationale en faveur des soins de santé primaires et du droit à la santé, conditions nécessaires à l'insertion sociale et au développement.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de l'importance attachée à l'Afrique, aux femmes et aux systèmes de santé et promet le soutien et la coopération de son organisation. Elle note avec satisfaction que les systèmes de santé occupent une place plus importante dans le onzième programme général de travail 2006-2015. Il aurait été utile que le document EB120/38 fasse mention de résolutions antérieures comme la résolution WHA58.31 « Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants », afin de rappeler à toutes les parties prenantes qu'elles se sont engagées à donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Peu de pays africains ont atteint les cibles budgétaires pour la santé fixées à Abuja en 2001, et aucun des pays du G8 n'a tenu la promesse faite il y a 30 ans de consacrer 0,7 % de son budget national à l'aide. Ce document aurait dû également mentionner le rapport sur les principes régissant les partenariats mondiaux dans le domaine de la santé présenté en 2006 au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; les ressources mondiales consacrées à la santé devraient servir les priorités nationales, et leur efficacité devrait être jugée d'après leur capacité à renforcer les systèmes de santé nationaux. Les partenariats mondiaux, les pays développés et le secteur privé devraient appliquer les résolutions adoptées précédemment comme la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé. Au paragraphe 18, il conviendrait de remplacer le mot « abordable » par « équitable » ou « favorable aux pauvres », puisque le caractère économiquement abordable est relatif. L'idée est de garantir des conditions d'accès et d'utilisation des services de santé équitables à ceux qui en ont le plus besoin. D'après les travaux de recherche de l'organisation qu'elle représente, la gratuité des soins essentiels sur le lieu de prestation est une solution d'un bon rapport coût/efficacité et contribue à résorber la pauvreté. L'OMS devrait soutenir davantage de travaux de recherche opérationnelle sur le financement de la santé en faveur des pauvres. Save the Children collaborera avec l'OMS dans le cadre de sa nouvelle stratégie pour les systèmes de santé.

Au sujet du projet de résolution, elle suggère de mentionner au paragraphe 2.9) les politiques de prévention en plus de la législation dans le but de réduire la mortalité imputable aux traumatismes. Un investissement suffisant dans les systèmes de soins de santé primaires permettrait d'éviter de nombreux décès d'enfants. Les plans de préparation aux situations d'urgence pourraient aussi être évoqués plus longuement.

Le Dr DANZON (Directeur régional pour l'Europe) estime lui aussi que l'instauration de systèmes de santé solides et durables est au coeur des priorités de l'OMS. Les systèmes de santé illustrent la conception globale de la santé que défend l'Organisation, qui intègre dans une approche horizontale les différents apports des domaines techniques et donne corps à la dimension « intersectorielle » de la santé. Les systèmes de santé ne peuvent progresser si seul le domaine de la santé est concerné : c'est un domaine où les partenariats sont particulièrement importants. L'aide au développement des systèmes de santé dans leur ensemble, et pas seulement dans un secteur déterminé, est elle aussi importante.

Le Comité régional de l'Europe travaille dans des domaines comme la qualité des systèmes de santé et la sécurité des patients, en coopération avec l'Union européenne ; le financement des systèmes de santé ; et la migration des agents de santé. Le Bureau régional a donné pour instruction d'inscrire tous ses programmes techniques dans le développement des systèmes de santé et de réserver le soutien et les services de conseil aux Etats Membres dont le système de santé est capable d'en tirer profit. Une conférence ministérielle sera organisée sur ces questions en 2008.

Les systèmes de santé offrent l'occasion à l'OMS de faire la preuve de son unité, de son efficacité, de sa performance, et de sa capacité à innover en partageant les responsabilités entre le Siège et les Régions et entre les Régions. Sur cette question, il s'engage, et les autres Directeurs régionaux avec lui, comme ils se sont engagés sur la question de la poliomyélite. Ces deux engagements vont naturellement de pair.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) explique que le document EB120/38 vise l'élaboration d'une stratégie concernant les systèmes de santé pour l'ensemble de l'Organisation ; répondant au membre désigné par le Rwanda, qui souhaitait que les systèmes de santé soient abordés dans leur ensemble, et à la question posée par le représentant de la Fédération de Russie, il explique que l'idée défendue au paragraphe 10 est qu'en plus de définir les éléments fondamentaux des systèmes de santé exposés au paragraphe 9, il faut s'intéresser à la façon dont ils interagissent. Le paragraphe sera remanié pour plus de clarté. Il sera pleinement tenu compte des observations concernant la mention des résolutions et déclarations antérieures sur les systèmes de santé ainsi que de la demande du membre désigné par le Danemark, qui souhaite que la stratégie présente un intérêt pratique pour les dénominateurs communs des systèmes de santé – communautés, districts et établissements – ; il a pris note des remarques sur la formation et la recherche.

L'OMS ne peut travailler seule sur les systèmes de santé. Elle continuera à coopérer avec des partenaires comme la Banque mondiale et l'OCDE en profitant de leurs atouts. La question de savoir comment les partenariats mondiaux dans le domaine de la santé ou l'aide au développement, souvent axés sur des problèmes précis comme le VIH/sida et la tuberculose, peuvent renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble fait l'objet du deuxième pilier de la stratégie. C'est un domaine dans lequel l'OMS a des avantages relatifs. L'OMS collabore avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination au renforcement des systèmes de santé. Les systèmes de santé ne peuvent être renforcés de l'intérieur par le secteur de la santé lui-même, et il convient qu'une action intersectorielle est nécessaire et que c'est un élément fondamental des soins de santé primaires. La capacité à nouer le dialogue avec d'autres acteurs dans le contexte des réformes du secteur public en général devient une compétence cruciale des ministères de la santé. La Commission des Déterminants sociaux de la Santé s'est plus particulièrement penchée sur les mécanismes d'action intersectorielle et fera des recommandations à ce sujet. Il convient avec le membre désigné par l'Australie qu'il n'y a pas de modèle unique et que la diversité est riche d'enseignements.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) dit qu'il sera tenu compte des observations des membres. Le but, dans le rapport et le projet de résolution, est de sauver la vie aux nombreuses personnes victimes de violence ou de traumatismes grâce à des interventions simples, efficaces et peu coûteuses. Il sera fait rapport ultérieurement au Conseil sur la prévention de la violence et des traumatismes. Elle rappelle que des lignes directrices, mentionnées au paragraphe 8 du rapport, ont été publiées récemment sur les soins chirurgicaux, les soins essentiels en traumatologie et les systèmes de soins préhospitaliers aux blessés. D'autres lignes directrices sur les événements qui

font beaucoup de victimes sont en cours d'élaboration. La participation de nombreux experts internationaux de toutes les parties du monde, y compris de pays à bas revenu, garantit qu'elles sont fondées sur les meilleures données disponibles. Le Secrétariat doit mieux s'organiser pour répondre à la demande de plus en plus grande des Etats Membres dans ce domaine. Les capacités et les compétences spécialisées seront renforcées dans les semaines qui viennent, en particulier dans le domaine des services essentiels de soins de traumatologie, et d'urgence et des soins préhospitaliers. Elle propose qu'une version révisée du projet de résolution soit soumise ultérieurement au Conseil pour examen.

Le PRESIDENT approuve cette suggestion et rappelle au Conseil que, parallèlement à chaque projet de résolution, il doit examiner l'exposé des incidences financières et administratives qui lui est joint. Il faut apprécier de façon réaliste les chiffres optimistes présentés.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie tous les participants de leurs observations et suggestions constructives, dont il sera pleinement tenu compte, et du soutien que les différentes Régions se sont engagées à apporter. Le renforcement des systèmes de santé par l'intégration des soins de santé primaires est une priorité absolue pour l'Organisation. Trente ans après Alma-Ata, les principes des soins de santé primaires sont toujours d'actualité : accès équitable, services d'un prix abordable fondés sur les besoins, engagement multisectoriel, adhésion de la communauté, participation et viabilité à long terme. La notion d'approche intégrée des soins de santé primaires n'implique pas cependant un retour au programme de la santé pour tous d'il y a 30 ans. Pour aborder la santé publique au XXI^e siècle, il faudra, au cours du prochain exercice, se concerter longuement et dans un esprit dynamique avec les Etats Membres et d'autres partenaires pour choisir des modèles adaptés et efficaces, et elle prend note des différentes propositions qui ont été faites. Son objectif est de concevoir des modèles créatifs et performants qui conviennent aux différents stades de développement des Etats Membres et qui maximisent l'impact et la synergie des programmes. Elle travaillera en étroite collaboration avec toutes les parties concernées.

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre désigné par la Bolivie, se félicite de l'importance accordée de nouveau aux soins de santé primaires. Adaptés au XXI^e siècle, ils peuvent permettre aux pays qui ont peu de ressources de renforcer d'autres parties de leur système de santé.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 232.)

La séance est levée à 12 h 40.

SIXIEME SEANCE

Mercredi 24 janvier 2007, 14 h 10

Président : Dr B. SADASIVAN (Singapour)
puis : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Sexospécificité, femmes et santé : projet de 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 : Point 4.8 de l'ordre du jour (documents EB120/6 et EB120/6 Add.1)

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) explique que la stratégie sur la santé familiale et génésique pour les Caraïbes, élaborée par l'OPS et la Communauté des Caraïbes en 2001, comprend des orientations stratégiques en matière de santé spécifiques à chaque sexe, des objectifs étant fixés tant pour les femmes que pour les hommes. L'autonomisation des femmes est un moyen efficace de combattre la pauvreté, la faim et la maladie, mais il faudrait aussi s'intéresser aux questions liées à la santé des hommes, par exemple leur réticence à consulter des services de santé et le risque de maladies chroniques auquel ils sont exposés. Dans certains pays des Caraïbes, le nombre de décès imputables à la violence, aux accidents de la circulation et au VIH/sida est plus important chez les jeunes hommes que chez les femmes ; les services de santé tendent à être axés sur la santé de la mère et de l'enfant et ne tiennent pas nécessairement compte des différences entre les sexes ; et en Jamaïque, par exemple, la prévalence du cancer de la prostate est l'une des plus fortes de la Région des Amériques.

Le Dr Campbell Forrester appuie les orientations stratégiques qui ont été proposées dans le rapport et le projet de résolution qui y figure, mais suggère d'ajouter, au paragraphe 2, deux nouveaux alinéas ainsi libellés : « à mettre l'accent sur la formation, la sensibilisation à la question de la sexospécificité, des femmes et de la santé et sur la promotion de cette problématique » et « à faire en sorte qu'il existe des services adaptés aux femmes à tous les niveaux du système de soins ».

Le Dr SMITH (Danemark), s'exprimant au nom des membres désignés par la Lituanie, le Luxembourg, le Portugal, la Roumanie et la Slovénie, et pour le compte de l'Autriche, de la Belgique, du Canada, de la Finlande, de la France, de l'Islande, de la Norvège, des Pays-Bas, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, de la Suède et de la Suisse, dit que le projet de stratégie devrait faire mention de la nécessité de disposer d'indicateurs sans lesquels on ne peut exercer un suivi adapté, et faire davantage ressortir les domaines d'activité techniques de l'OMS liés en particulier à la sexospécificité et à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Etant donné que le Directeur général a mis l'accent sur la santé des femmes, il ne fait toutefois guère de doute que des mesures spécifiques dans ce domaine seront intégrées dans le plan d'action une fois la stratégie approuvée.

La sexospécificité et la santé sont inextricablement liées à la santé sexuelle et génésique ainsi qu'aux facteurs socioculturels connexes, dont la violence à l'encontre des femmes. Au paragraphe 18 du rapport, on pourrait donc faire référence au rapport de la Conférence internationale sur la

population et le développement (Le Caire, 1994), aux partenariats, et au Document final du Sommet mondial de 2005.¹

Il serait également bon de donner des précisions sur la répartition des tâches et la collaboration avec des partenaires comme le FNUAP, l'UNICEF et l'ONUSIDA dans le plan d'action, afin de garantir une démarche cohérente en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant, y compris la féminisation de l'épidémie de VIH/sida et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Le projet de stratégie ne fait pas non plus référence aux progrès accomplis, aux expériences menées, aux enseignements tirés ni aux difficultés rencontrées et à venir dans la mise en oeuvre des politiques de parité entre les sexes. Il faudrait donc soumettre régulièrement à l'Assemblée de la Santé un rapport sur la mise en oeuvre de la stratégie afin d'assurer au maximum l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les activités de l'OMS.

Dans le projet de résolution, il faudrait insérer le membre de phrase « le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994) » après le mot « rappelant » au début du second alinéa du préambule ; ajouter l'expression « y compris à la santé sexuelle et génésique, conformément à la stratégie de l'OMS de 2004 sur la santé génésique » à la fin du paragraphe 2.2) ; insérer les mots « de définir des indicateurs » avant « de surveiller » au début du paragraphe 3.2) ; il conviendrait de rédiger le paragraphe 3.3) comme suit : « à intégrer durablement les considérations d'équité entre les sexes dans les politiques et programmes de l'OMS, y compris en recrutant du personnel ayant des responsabilités et une expérience dans les domaines de la sexospécificité et de la santé de la femme » ; et, au paragraphe 3.7), le mot « régulièrement » devrait être inséré après « et de faire rapport ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) se félicite que le Directeur général concentre son attention sur la santé des femmes et ne doute pas qu'une stratégie audacieuse et globale aura une incidence importante sur la santé des femmes dans le monde. Le projet de résolution ne reflète toutefois pas cette large conception. Certaines mesures satisfaisantes à prendre dans un premier temps sont esquissées dans le rapport, qui est toutefois loin de répondre aux attentes. Il propose donc de modifier le projet de résolution pour rendre compte de cette vaste stratégie plutôt que de présenter une approche décousue de la santé des femmes, et de le soumettre de nouveau au Conseil, pour examen, à sa cent vingt et unième session en mai 2007.

Le Dr QI Qingdong (Chine) appuie l'analyse contenue dans le rapport et la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans les activités de l'OMS. Ces dernières années, le principe d'égalité des sexes et de promotion de la santé des femmes a beaucoup attiré l'attention : les femmes constituent un groupe vulnérable et, dans nombre de pays, leur droit à la santé n'est pas suffisamment protégé. L'égalité entre hommes et femmes est une notion d'équité sociale. Le Gouvernement chinois s'efforce depuis longtemps d'intégrer cette notion dans l'ensemble des domaines politiques et socio-économiques, et d'accorder la priorité à la santé des femmes. En Chine, les droits de la femme sont sauvegardés dans les domaines suivants : soins de santé, éducation, emploi, mariage et santé génésique, et leur statut est donc en train de s'améliorer. Il faut déterminer et surmonter les obstacles à l'égalité des sexes. Cette notion est liée à l'équité dans les soins de santé. L'OMS doit adapter ses politiques et programmes actuels, tenir compte des besoins particuliers, promouvoir l'égalité entre hommes et femmes et améliorer l'état de santé des femmes.

Le Dr Qi Qingdong souscrit au projet de résolution.

Mme PAWENA TARNSONDHAYA (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) se félicite que l'OMS s'engage à résoudre les inégalités en matière de santé en intégrant une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans ses programmes. En examinant les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le PNUD indique dans son *Rapport*

¹ Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

*mondial sur le développement humain, 2006*¹ que l'égalité des sexes a été encouragée, mais qu'il reste encore à améliorer l'état de santé des femmes. On ne dispose pas d'informations suffisantes sur l'inégalité entre les sexes dans le domaine de la santé ni sur l'accès aux soins de santé, et les données ventilées par sexe ne sont pas assez nombreuses. Il faut mener une analyse des spécificités de chaque sexe dans les systèmes d'information sanitaire aux niveaux mondial et national.

Elle se déclare favorable au projet de résolution, convaincue que les stratégies proposées réduiront la discrimination fondée sur le sexe dans le domaine de l'éducation, de l'information et des services sanitaires, et se félicite que le Directeur général ait mis l'accent sur la santé des femmes.

Le Professeur MACHADO (suppléant du Professeur Pereira Miguel, Portugal) se dit préoccupé par la stratégie et la terminologie utilisée dans le rapport, qui risquent d'être discriminatoires. Si le rapport est intitulé « Sexospécificité, femmes et santé », il y est parfois question des femmes et de la santé, et parfois de la sexospécificité et de la santé. Il faudrait donc faire preuve de cohérence en ce qui concerne la sexospécificité et la santé en intégrant des stratégies qui aient trait aussi bien à la santé des hommes qu'à celle des femmes.

Le Gouvernement portugais a mis en place des programmes sur l'égalité des sexes et la violence familiale. Le Professeur Machado mentionne en particulier les activités menées par l'Institut national de la Santé sur la sexospécificité et la santé, dont les résultats seront disponibles en 2007.

Elle se rallie au projet de résolution et propose, au paragraphe 3.3), que le Directeur général soit également prié de former les membres de la direction pour qu'ils tiennent compte de l'égalité et de l'équité au niveau du processus décisionnel et de la mise en oeuvre des décisions.

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite de la stratégie proposée et de son objectif visant à renforcer les moyens dont dispose le Secrétariat pour analyser les spécificités sociales et biologiques de chaque sexe dans le domaine de la santé et pour appuyer les Etats Membres soucieux de concevoir et de mettre en oeuvre des stratégies sensibles aux disparités entre hommes et femmes. Au paragraphe 2.1) du projet de résolution, les Etats Membres sont instamment invités à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe dans leurs stratégies, ce qui met en avant la nécessité d'un renforcement conjoint des capacités. Il faudrait donc indiquer plus clairement qu'ils participent en tant que partenaires mais aussi en tant que bénéficiaires au processus de réalisation des objectifs stratégiques.

Le Dr Salehi appuie la distinction faite entre égalité et équité, de sorte que les hommes et les femmes aient les mêmes chances d'être en bonne santé. Les conditions sociales devraient permettre d'obtenir de bons résultats sanitaires.

Aux paragraphes 6 et 8 du rapport, les références aux « femmes et aux hommes » impliquent que la stratégie ne portera que sur la santé des adultes ; elle devrait être modifiée pour faire référence à tous les groupes d'âge.

Les femmes sont plus fortement touchées par les inégalités en matière de santé, mais il faudrait également tenir compte de la vulnérabilité des hommes qui découle des attentes sociales. En santé, les hommes et les femmes devraient être alliés, et le Dr Salehi est donc préoccupé par la référence, au paragraphe 18 du rapport, aux objectifs stratégiques qui concernent la santé de la femme et, au paragraphe 3.3) du projet de résolution, au recrutement de personnel compétent dans les domaines de la sexospécificité et de la santé de la femme.

Le fait que le personnel de rang supérieur de l'OMS doive répondre de l'intégration des considérations d'équité entre les sexes dans les programmes de l'Organisation garantira que la stratégie sur la sexospécificité est prise au sérieux et qu'elle est intégrée dans tous les domaines d'activité. Il faudrait disposer d'indicateurs de processus et de résultat afin d'en suivre la mise en oeuvre.

¹ *Rapport mondial sur le développement humain, 2006. Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau.* New York, PNUD, 2006.

Il souscrit au projet de résolution et au projet de stratégie proposés.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) explique que le Gouvernement mexicain adopte une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans ses politiques, en particulier dans le domaine social. Il appuie le projet de résolution, qui rend compte du principe d'égalité des chances qui est appliqué au Mexique et de l'engagement de son pays à l'égard d'instruments internationaux, dont ceux indiqués dans le paragraphe 3 du rapport.

Si le projet de résolution est adopté par le Conseil à la présente session, il sera susceptible d'être adopté par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, ce qui assurera ainsi la promotion de l'égalité et de l'équité entre hommes et femmes dans le domaine de la santé dans le monde entier. Une démarche soucieuse d'équité permet de lutter contre la discrimination et les handicaps dont souffrent les femmes, et contre l'attitude négative des hommes à l'égard de leur propre santé, qui entraîne des décès prématurés. L'OMS doit prendre en compte la dimension sexospécifique dans ses activités afin d'améliorer l'accès des femmes aux services de santé et d'aborder des questions comme la violence à l'encontre des femmes ; la dispensation des soins à des membres de la famille atteints de maladies chroniques ; et le nombre croissant de femmes travaillant en dehors de leur domicile, ce qui modifie le modèle classique de dispensation des soins.

Le Dr Ruiz Matus se rallie au projet de résolution, qui constitue une première étape dans la mise au point de stratégies appropriées tenant compte des différences entre hommes et femmes.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar), s'exprimant au nom des pays de la Région africaine, se félicite des efforts déployés en vue d'atteindre l'objectif 3 du Millénaire pour le développement, qui vise à « promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ». Même si des progrès ont été accomplis pour mettre en oeuvre les résolutions adoptées à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) ainsi que le Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), l'adoption d'une démarche d'équité dans les politiques améliorera la santé des femmes, en particulier celles qui risquent d'être contaminées par le VIH et le sida. Les différences biologiques et sociales entre les hommes et les femmes ont une incidence sur leur comportement en matière de recherche de soins et sur les réponses apportées par le système de santé. Des efforts ont été ciblés sur le domaine d'activité relatif à la santé des femmes dans le budget programme 2006-2007, ce qui devrait permettre aux Etats Membres d'adopter des politiques satisfaisantes.

En 2003, l'OMS a défini dans la Région africaine 40 indicateurs sexospécifiques et a aidé quatre pays (Burkina Faso, Mauritanie, Nigéria et Zimbabwe) à analyser les spécificités de chaque sexe dans leur programme sur le VIH/sida et la santé sexuelle et génésique. En 2004, elle a renforcé la mise en oeuvre d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans le domaine de la santé au niveau des pays. En octobre 2005, cette démarche a été intégrée dans un plan d'action applicable dans six communautés économiques régionales, plan qui consiste notamment à définir les priorités et les rôles de l'OMS et de l'Union africaine ; en 2006, des outils d'analyse ont été présentés à ces communautés. Ceux-ci devraient être mis en place avec le concours de l'OMS.

Le Dr Rahantanirina se déclare favorable au projet de résolution, avec les amendements proposés par le membre désigné par le Danemark, mais propose également d'ajouter les mots « tous les deux ans » à la fin du paragraphe 3.7), ce qui permettra de suivre régulièrement les progrès accomplis.

Le Dr AKIZUKI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) accueille favorablement les mesures prises par le Directeur général pour parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes en vue d'améliorer leur état de santé et de réduire la pauvreté. Il faut tenir compte des valeurs culturelles et sociales au niveau local lorsqu'on analyse les différences entre les sexes. Le Japon assure la promotion de l'égalité et de l'équité entre hommes et femmes dans ses programmes de coopération afin de renforcer les services de santé génésique et la capacité du personnel de santé féminin.

Mme HALTON (Australie) fait remarquer que, dès que l'on soulève la question de la sexospécificité, les membres, suppléants et conseillers de sexe féminin interviennent davantage. Si les femmes prenaient davantage la parole sur d'autres questions, on n'aurait plus besoin de débattre de l'égalité et de l'équité entre hommes et femmes. Toutefois, de même que les hommes qui occupent de hautes responsabilités ont tendance à vivre moins longtemps, les femmes qui assument des fonctions de plus en plus importantes sur leur lieu de travail risquent de voir leur profil de santé ressembler à celui des hommes, alors qu'il faudrait améliorer l'état de santé de tous.

Elle n'a pas observé de nette amélioration en ce qui concerne l'égalité et l'équité entre hommes et femmes. Elle souscrit au projet de stratégie et au projet de résolution mais partage la déception du membre désigné par les Etats-Unis ; dans le projet de stratégie, les prochaines étapes à suivre ne sont pas indiquées et les préoccupations concernant aussi bien les hommes que les femmes devraient y être reflétées. Le terme « disparités injustes » mentionné au paragraphe 9 du rapport mérite des éclaircissements. L'Australie reconnaît l'importance que revêtent l'égalité et l'équité entre hommes et femmes, et encourage l'OMS à poursuivre ses efforts dans ce domaine.

Le Professeur AYDIN (Turquie) se félicite des efforts déployés par l'OMS pour tenir compte de l'analyse des spécificités de chaque sexe dans sa gestion et intégrer l'équité et l'égalité entre les sexes en matière de santé dans les stratégies de coopération avec les pays, les objectifs stratégiques à moyen terme et le budget programme. Il faudrait analyser les déterminants de la santé chez les hommes et les femmes pour voir si l'on peut éliminer les différences qui existent actuellement, et établir des politiques, des normes et des critères appropriés. Il appuie les mesures qu'il est proposé de prendre.

M. DE SILVA (Sri Lanka) note que Sri Lanka présente de bons indicateurs sociaux pour la Région, qu'il s'agisse de l'accès à l'éducation et à la santé ou de l'indicateur du développement selon les sexes. Toutefois, la violence familiale à l'encontre des femmes et leur participation au processus politique sont des questions préoccupantes. La Charte des femmes de Sri Lanka (1993) tient compte du principe de non-discrimination et établit des politiques en matière d'égalité et d'équité entre les sexes. La législation en vue de prévenir la violence familiale a été promulguée en 2005 et le Ministère des Affaires féminines s'emploie à créer une commission nationale chargée d'éliminer la discrimination à l'encontre des femmes. L'espérance de vie des femmes à Sri Lanka, pays à faible revenu, est passée de 55 ans dans les années 50 à 76 ans aujourd'hui, et la mortalité maternelle a chuté à 34 pour 100 000 naissances en 2006. Les progrès tiennent en partie au cadre politique, aux facteurs socio-économiques et à ceux liés aux services de santé. M. De Silva approuve le rapport.

Le Dr TANGI (Tonga) estime également que l'OMS doit se tourner vers l'avenir et examiner l'incidence de la forte proportion de femmes actuellement inscrites dans des écoles de médecine et de soins infirmiers et les obstacles à l'augmentation du pourcentage de femmes dans le personnel de l'Organisation. Il souscrit au projet de résolution mais demande si des fonds seront disponibles pour couvrir le financement manquant estimé à US \$3,65 millions, comme indiqué dans le document EB120/6 Add.1.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que, si le Conseil souhaite poursuivre l'examen du projet de résolution à sa présente session, il proposera d'y apporter certains amendements. Il conviendrait tout d'abord de supprimer le paragraphe 1. Au paragraphe 2.4), il faudrait clarifier le membre de phrase « la contribution des femmes et des hommes » et supprimer les mots « tant rémunérée que non rémunérée ». Au paragraphe 3.1), « de veiller à ce que le Secrétariat ait à charge et soit capable d'évaluer » devrait être remplacé par « d'évaluer ». Au paragraphe 3.2), il faudrait remplacer « aux niveaux mondial et régional » par « au Secrétariat de l'OMS et au niveau régional » pour indiquer que c'est le Secrétariat qui est tenu de rendre des comptes. Il conviendrait de modifier le paragraphe 3.3) comme l'a proposé le membre désigné par le Danemark. Plusieurs amendements parmi ceux qui ont été proposés suscitent des préoccupations et il attend de pouvoir les examiner dans les détails.

Pour M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), il existe des inégalités en matière de santé au niveau communautaire, en particulier dans les régions isolées, dans lesquelles l’OMS doit appuyer l’action menée. Les inégalités entre les hommes et les femmes touchent de nombreux secteurs. En établissant un plan, il faudrait se concentrer sur les déterminants sociaux de la santé et les stratégies d’éducation sanitaire pour venir à bout des comportements bien ancrés dans les moeurs. La promotion de l’égalité et de l’équité entre les sexes doit faire partie du développement durable.

Le Dr SMITH (Danemark) se réjouit de constater que, pour le membre désigné par les Etats-Unis d’Amérique, cette question est importante et son examen ne doit pas être à nouveau reporté. Le Directeur général veillera à ce que la stratégie, qui a trait à l’intégration d’une démarche d’équité entre les sexes au sein du Secrétariat, soit dûment mise en oeuvre.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) rappelle qu’à sa cent seizième session en 2005, le Conseil a demandé qu’une stratégie et un plan d’action lui soient soumis,¹ et que ce point a été retiré de l’ordre du jour de sa cent dix-septième session en 2006. Toutefois, le Directeur général a clairement énoncé ses priorités, parmi lesquelles figure la santé des femmes, dont l’un des volets est l’équité et l’égalité entre les sexes. Le Dr Hansen-Koenig appuie les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d’Amérique. Le projet de résolution peut être amélioré. Les mesures proposées ne sont qu’un premier pas et il faut se tourner vers l’avenir. Il ne faudrait pas que l’on reproche à l’OMS de formuler simplement un voeu pieux concernant la question de l’équité et l’égalité entre les sexes. Elle se déclare favorable au projet de stratégie et au projet de résolution.

Le Professeur MACHADO (suppléant du Professeur Pereira Miguel, Portugal) appuie les observations qui ont été formulées par le membre désigné par le Danemark. Il importe d’examiner les conséquences que pourrait avoir la forte proportion de femmes (70 %) qui se forment actuellement dans le domaine des soins de santé, et qui seront par conséquent majoritaires dans ces professions.

M. DEL PICÓ (Chili)² s’associe au projet de stratégie. Les Etats Membres doivent promouvoir la communication intersectorielle. Des études permettront de déterminer le travail non rémunéré effectué à domicile, contribueront à faire évoluer la perception de cette question et renforceront le rôle des femmes, principaux soignants dans la société. La demande de soins de santé augmente en raison de l’évolution démographique et épidémiologique, c’est pourquoi il faudrait fournir des services d’appui, une rétribution financière et des avantages sociaux adaptés aux soignants, dont 90 % environ sont des femmes. Un changement culturel est nécessaire dans la mesure où la politique de santé donne aux femmes un rôle de soutien sans pour autant leur permettre d’intervenir au niveau de la prise de décision. Il faudrait également encourager la ventilation des données par sexe, classe sociale et appartenance ethnique.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)² réaffirme la position qu’elle a adoptée à la cent seizième session du Conseil, estimant qu’une stratégie et un plan d’action pour la prise en compte de la dimension sexospécifique donneront une plus grande importance politique à ce domaine et autoriseront le Directeur général à agir énergiquement.¹ Dans le projet de résolution, auquel elle se rallie, il faudrait faire référence, au paragraphe 3.2), à la mise en oeuvre de la stratégie au niveau des pays, par l’intermédiaire des bureaux de pays, ainsi qu’aux niveaux mondial et régional. Au paragraphe 3.7), il conviendrait d’indiquer la date à laquelle le premier rapport de situation sera soumis. Des rapports devraient être soumis tous les deux ans. Mme Mafubelu approuve le projet de stratégie et le plan d’action.

¹ Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la deuxième séance.

² Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l’article 3 de son Règlement intérieur.

Mme SHARAPOVA (Fédération de Russie)¹ explique que, dans son pays, on ne pourra mettre en oeuvre de projets nationaux dans le domaine des soins de santé sans tenir compte de la sexospécificité. Les hommes ont une meilleure situation économique que les femmes, mais leur espérance de vie est plus courte. Compte tenu du taux élevé de mortalité chez les hommes en âge de travailler, il est difficile pour les femmes de se remarier, d'où le grand nombre de familles monoparentales. Afin de résoudre les difficultés démographiques et sexospécifiques, une loi prévoyant la fourniture d'une aide supplémentaire de l'Etat aux familles de plus d'un enfant a été promulguée. Un nouveau conseil chargé des questions liées à la sexospécificité assure la promotion de l'égalité entre les sexes, en vue de garantir une démarche d'équité entre les sexes dans les politiques nationales. La stratégie nationale garantira l'égalité des droits et des chances pour les hommes et les femmes. Mme Sharapova se rallie au projet de stratégie et au plan d'action.

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine)¹ estime aussi que le travail non rémunéré des femmes et le rôle qu'elles jouent au sein du foyer et en ce qui concerne tant la santé des enfants que les soins aux personnes âgées doivent être pris en compte dans la planification et les politiques de santé. Dans les pays où l'incidence du VIH/sida est forte, ces tâches doivent être accomplies par des femmes âgées.

Mme NGAUNJE (Malawi)¹ indique que la question de la sexospécificité porte non seulement sur les femmes, mais aussi sur l'égalité des chances pour les hommes et les femmes. Les hommes sont souvent considérés comme les chefs de famille, tandis que les femmes sont au centre du foyer et que ce sont elles en général qui dispensent les soins de santé primaires, sans être pour autant rémunérées. En Afrique, en raison de la pandémie de VIH/sida, les filles sont chargées dès leur plus jeune âge de soigner leurs frères et soeurs, et les grand-mères s'occupent souvent de leurs petits-enfants et des autres petits-enfants au sein de la communauté. Le Malawi se félicite que le Directeur général ait mis l'accent sur la santé des femmes et des populations d'Afrique, et soutient le projet de résolution.

Le Dr BUSS (Brésil) fait sien le projet de résolution et demande qu'il soit tenu compte des vues exprimées par le représentant du Chili dans le texte.

Mme TELLIER (FNUAP), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, accueille favorablement les stratégies efficaces qui ont été proposées sur la question de la sexospécificité, des femmes et de la santé afin de garantir que les interventions de l'OMS et l'action collective à l'intérieur du système des Nations Unies donnent de bons résultats. La prise en compte d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes est importante pour réaliser l'ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier pour améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile et lutter contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. Toutefois, les inégalités qui existent entre les hommes et les femmes au niveau des revenus, de la prise de décision et du statut social rendent les femmes plus vulnérables face à la pauvreté et à la maladie. Dans les pays en développement, la médiocrité des soins de santé sexuelle et génésique demeure l'une des principales causes de décès et d'incapacité chez les femmes et les filles. L'égalité d'accès aux soins de santé génésique figure parmi les sept mesures reconnues dans le Document final du Sommet mondial de 2005 comme essentielles pour assurer l'autonomisation des femmes et parvenir à l'égalité des sexes. Les hommes et les femmes doivent être traités avec dignité, et les interventions doivent être adaptées à leurs besoins respectifs. Les hommes et les garçons doivent s'engager, en tant que partenaires, à mettre un terme à la discrimination et à la violence à l'encontre des femmes, et à améliorer la santé et le statut des femmes.

Le projet de stratégie est utile dans le cadre de travaux menés collectivement, comme le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et le plan d'action de Maputo pour la mise en oeuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2007-2010). Mme Tellier se félicite que l'accent soit mis sur l'analyse des données ventilées par sexe et des spécificités de chaque sexe.

Le Dr Antezana Aranibar assume la présidence.

Mme LEHNERS-ARENDT (Association internationale des Consultants en Lactation), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, et au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, juge le projet de stratégie très positif. Par la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les gouvernements sont invités entre autres à promouvoir l'information publique sur les avantages de l'allaitement maternel, à permettre aux mères d'allaiter leurs enfants et à éliminer les pratiques discriminatoires exercées par les employeurs. L'allaitement maternel contribue à la bonne santé de l'enfant et de la mère. Mme Lehnars-Arendt invite instamment tous les gouvernements à mettre en oeuvre ce Programme d'action.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, se félicite du projet de stratégie et préconise d'adopter un plan d'action pour mettre en oeuvre la stratégie. Il faudrait inviter instamment les partenaires à apporter les fonds manquants, qui s'élèvent à US \$3,4 millions. Au paragraphe 8 du rapport, les mots « et concevoir des politiques de santé » devraient être insérés après « développement sanitaire ». A la troisième phrase de ce paragraphe, il faudrait remplacer les mots « Cela peut supposer » par « Cela devrait supposer ». L'OMS doit remanier ses plans et ses résolutions pour veiller à ce qu'ils tiennent dûment compte des questions de sexospécificité. La dernière phrase du paragraphe 8 devrait être libellée comme suit : « Les efforts doivent porter sur les femmes et les hommes pour garantir des changements efficaces à terme, mais ces changements doivent se mesurer par l'amélioration de la santé des femmes, afin de s'assurer que les programmes intégrés s'attaquent aux inégalités qui existent actuellement entre hommes et femmes ». Si l'on ne fait porter les programmes que sur les femmes, on risque de négliger les normes sociales qui perpétuent l'inégalité entre les sexes ou d'empêcher qu'elles évoluent.

Mme Keith appuie les principes directeurs énoncés dans le document et demande que soient élaborés des outils de mise en oeuvre simples et des indicateurs de progrès. Le Secrétariat doit fournir un appui aux Etats Membres pour analyser les facteurs juridiques, politiques et socio-économiques qui favorisent les inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé, point de départ pour mesurer les changements. Il faut supprimer la redevance couvrant l'utilisation des services de santé afin d'assurer aux femmes un accès équitable à ces services. Des ressources sont nécessaires pour publier les résultats des recherches. L'OMS doit encourager l'accès d'un plus grand nombre de femmes à l'éducation et améliorer l'équité au niveau de l'utilisation des services de santé.

Dans le projet de résolution, au paragraphe 2.3), les Etats Membres devraient être invités instamment à recueillir et à analyser des données ventilées par sexe ainsi que les travaux de recherche sur les questions de sexospécificité propres à chaque pays. Au paragraphe 3.7), il faudrait prévoir une évaluation à mi-parcours en 2010.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, accueille favorablement le rapport et attire l'attention sur les données figurant dans le rapport annuel sur les ressources humaines (document EB120/24 Add.1) qui révèle la faible représentation des infirmiers(ères) dans l'Organisation, à savoir 1,5 % des fonctionnaires de la catégorie professionnelle. S'agissant des femmes, l'absence d'égalité entre les sexes renforce la pandémie de VIH/sida, en particulier en Afrique subsaharienne, où les femmes et les filles représentent plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH/sida, pour atteindre 76 % pour le groupe d'âge 15-24 ans. Les objectifs du Millénaire pour le développement insistent sur la promotion de l'égalité entre hommes et femmes et sur l'autonomisation des femmes comme moyen efficace de lutter contre la pauvreté, la faim et la maladie, et de stimuler le développement durable. Le Dr Ghebrehwet est favorable à la création d'une institution des Nations Unies qui serait chargée en particulier de la femme et dotée d'une capacité opérationnelle.

Mme WOODS (Coalition internationale pour la Santé des Femmes), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, accueille favorablement le projet de stratégie qui s'appuie sur des travaux déjà menés au sein de l'Organisation. Les spécificités sociales et biologiques de chaque sexe doivent être rigoureusement analysées dans l'ensemble des politiques, programmes et projets de l'OMS. L'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes est indispensable si l'on veut éliminer les inégalités entre hommes et femmes en matière de santé. En l'intitulant « 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 », cette stratégie aura ainsi une plus grande portée. Du personnel supplémentaire doit être recruté, et la stratégie devra faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. L'Organisation dans son ensemble devrait prendre part à l'action menée dans ce domaine. Mme Woods fait observer que seuls 23 % des membres des comités d'experts de l'OMS sont des femmes. Le rapport devrait mentionner explicitement que, lorsque les droits de la femmes sont violés, il s'agit aussi d'une violation de son droit à la santé. La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) devrait également être citée. Il devrait être plus largement question de l'attribution de ressources aussi bien à l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité qu'à l'élaboration de programmes spécifiquement destinés aux femmes et aux filles. Il conviendrait de prévoir un calendrier pour l'établissement de rapports sur la mise en oeuvre de cette stratégie, avec une évaluation à mi-parcours ou en 2010.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) explique que le titre du document EB120/6 est celui du point inscrit à l'ordre du jour ; le titre de la stratégie en soi renvoie aux différents moyens par lesquels l'Organisation tente d'intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans ses activités, pour donner suite à la demande formulée par le Conseil au Directeur général, à sa cent seizième session. Le plan d'action répond précisément aux questions qui ont été soulevées par les membres du Conseil. Une évaluation de base des spécificités de chaque sexe est nécessaire afin d'établir des mécanismes de responsabilité, des procédures de suivi et d'évaluation ainsi qu'un calendrier pour la mise en oeuvre des différentes parties de la stratégie. Des outils ont été élaborés pour intégrer une démarche d'équité entre les sexes dans la promotion de la santé et ont été mis à l'essai par certains Etats Membres, dont Madagascar. Ces outils pourront être appliqués dès que les organes directeurs auront pris une décision concernant la stratégie. Dans la version anglaise du rapport, il est préférable d'employer l'expression « women and men », pour englober également les filles et les garçons, plutôt que la formule plus impersonnelle « females and males ». Il sera tenu compte des suggestions qui ont été faites et des préoccupations concernant le projet de résolution dans un texte amendé.

Le DIRECTEUR GENERAL se félicite de voir que la question des femmes et de la santé soit pour les membres un sujet qui leur tient à coeur. Le rapport du Secrétariat a été élaboré avant qu'elle-même n'entre en fonctions, en réponse à la demande formulée par le Conseil à sa cent seizième session. 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 contribue à traiter la question des femmes et de la santé. De plus amples informations sur les priorités établies dans ce domaine dont elle a parlé lorsqu'elle a pris ses fonctions, seront mises à disposition à la prochaine Assemblée de la Santé.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 236.)

Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants : Point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 et EB120/37 Add.1)

Le PRESIDENT explique que le projet de résolution figurant dans le document EB120/7 tient compte des débats menés par le Conseil sur ce point à sa cent dix-huitième session.¹ Dans le document EB120/37, on trouvera un rapport sur l'amélioration de l'accès des enfants aux médicaments essentiels, ainsi qu'un projet de résolution sur cette question. Il appartient au Conseil de décider d'examiner les deux projets de résolutions en même temps ou séparément.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque), appuyé par le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) et le Dr GASHUT (suppléant du Dr Saheli, Jamahiriya arabe libyenne) estime préférable d'examiner les deux projets de résolutions en même temps, compte tenu des liens qui existent entre ces deux documents.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) considère que le fait d'examiner le second projet de résolution en même temps que le premier, dont il a déjà été débattu à une précédente session du Conseil, compliquera inutilement les choses. Le nouveau projet de résolution devrait être traité individuellement.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) estime que la question de fond qui se pose dans les deux projets de résolutions est de savoir comment prescrire correctement des médicaments et de façon rentable. Dans un monde dévasté par des épidémies de VIH/sida, de paludisme et de tuberculose, une autre question est de savoir comment rendre les bons médicaments accessibles aux enfants, grâce à l'action conjuguée des gouvernements, de l'industrie pharmaceutique et de l'OMS. Les questions de procédure importent peu.

Le Professeur MACHADO (suppléant du Professeur Pereira Miguel, Portugal) pense que l'on peut débattre des rapports en même temps, mais que les projets de résolutions doivent être examinés séparément.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque) dit qu'elle se ralliera au consensus visant à examiner les projets de résolutions séparément, même si, en tant que pharmacienne, elle considère l'usage rationnel des médicaments comme une notion générale englobant diverses questions.

Le PRESIDENT suggère d'adopter la démarche proposée par le membre désigné par le Portugal.

Il en est ainsi convenu.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, met l'accent sur les principales questions soulevées dans le rapport. L'usage irrationnel des médicaments est un problème important qui se pose dans le monde entier, favorisant sensiblement l'apparition de l'antibiorésistance, la propagation rapide des maladies transmissibles, l'apparition d'effets secondaires et d'erreurs de prescription, et le gaspillage des rares ressources disponibles, tous ces éléments ayant un effet négatif sur la santé publique et les économies nationales. Nombre de politiques et de stratégies visant à améliorer l'usage des médicaments n'ont pas été dûment mises en oeuvre.

¹ Document EBSS-EB118/2006/REC/1, procès-verbal de la troisième séance, section 1.

Le Secrétariat a fourni un appui aux Etats Membres dans le cadre de sa stratégie pharmaceutique pour la période 2004-2007. Les résultats suivants ont notamment été obtenus : élaboration et révision de listes nationales de médicaments essentiels ; normalisation de guides thérapeutiques ; élaboration et diffusion d'informations sur les médicaments essentiels ; création de commissions pharmaceutiques et thérapeutiques ; formation des agents de santé sur les bonnes pratiques en matière de prescription et de dispensation ; et mise en place de laboratoires d'analyses et de mécanismes de suivi et d'évaluation de l'usage rationnel des médicaments.

Une collaboration étroite entre prescripteurs et dispensateurs, dès le stade de la formation, et à tous les niveaux des soins de santé, doit être encouragée et appuyée. Il faut faire face à la résistance croissante aux antimicrobiens et à l'absence de ressources suffisantes pour mettre en oeuvre des stratégies visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Toutefois, il sera capital que les gouvernements, l'OMS et l'industrie pharmaceutique oeuvrent en partenariat à l'élaboration de nouvelles méthodes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et à la fourniture de formes galéniques adaptées aux enfants de tous âges et à toutes les maladies, en particulier aux infections causées par le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Le Dr Ntawukuliryayo appuie le projet de résolution.

Le Professeur MACHADO (suppléant du Professeur Pereira Miguel, Portugal) se rallie aux deux projets de résolutions proposés. Plusieurs médicaments prescrits à des enfants ne sont pas homologués pour un usage pédiatrique. Une stratégie de recherche doit être élaborée, et l'Agence européenne du Médicament devra jouer un rôle important pour définir les règles à suivre et examiner les aspects éthiques de la recherche pédiatrique. Compte tenu des intérêts financiers de l'industrie pharmaceutique, certaines formulations destinées en particulier aux enfants, comme les sirops ou les gouttes, ont été retirées du marché. Pourtant, lorsqu'on conseille aux mères d'écraser les comprimés, elles ont du mal à administrer les doses correctes. Les médicaments disponibles sous forme pédiatrique ne sont pas toujours les plus rationnels à utiliser. Le projet de résolution sur l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants contenu dans le document EB120/37 devrait faire référence aux formulations et à la recherche pédiatriques.

Dans le projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments figurant dans le document EB120/7, il faudrait supprimer l'alinéa du préambule entre crochets qui commence par « Reconnaissant l'effet pervers du paiement à l'acte ... ». Le Professeur Machado souhaiterait que des données factuelles soient communiquées à l'appui des phrases figurant entre crochets aux alinéas 7 et 13 du préambule.

La promotion de l'usage rationnel des médicaments exige une attitude volontariste des autorités sanitaires nationales. La préparation du personnel technique et la fiabilité des systèmes d'information sont essentielles. Faute d'un système de santé viable, on ne pourra utiliser les médicaments de manière rationnelle.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, souscrit aux projets de résolutions. Au sixième alinéa du préambule du projet de résolution contenu dans le document EB120/7, il faudrait supprimer ou reformuler le membre de phrase entre crochets, la promotion de l'usage rationnel des médicaments n'étant pas liée à la question de l'accès équitable aux médicaments essentiels. Elle se déclare favorable à la suppression de l'alinéa du préambule placé entre crochets qui commence par « [Reconnaissant l'effet pervers du paiement à l'acte ...] » ; s'il est question de la dispensation de médicaments par des médecins, il convient de l'indiquer et de décourager cette pratique. On ne peut peut-être pas refuser aux praticiens de fournir des médicaments qui sauvent des vies mais, dans ce cas, il faudrait envisager une stratégie qui n'autorise cette pratique qu'en cas de danger mortel. Cela limiterait la tentation de vendre ou de prescrire des médicaments uniquement parce qu'ils sont en stock. Il faudrait également prévoir une formation professionnelle continue pour les pharmaciens qui revoient les ordonnances avant de dispenser les médicaments, et pour le personnel infirmier qui doit administrer les médicaments en milieu hospitalier. L'expérience montre que ces professionnels jouent un rôle de garde-fous entre les prescriptions et les patients.

Au paragraphe 1 du projet de résolution contenu dans le document EB120/37, le Dr Allen-Young propose de faire mention de la responsabilité qui incombe aux parents ou aux tuteurs. Il conviendrait d'encourager les Etats Membres à faire prendre conscience aux adultes, ceux qui décident en dernier lieu que l'enfant s'adresse au système de soins de santé, qu'il est indispensable d'avoir accès aux médicaments essentiels : cette mission ne revient pas seulement au gouvernement. Etant donné que, pour la plupart d'entre eux, les Etats Membres des pays en développement ne fabriquent pas de nouveaux médicaments, il faudrait modifier le paragraphe 1.4), où il est question de l'homologation rapide des médicaments, et stipuler l'obligation de prévoir des formes galéniques destinées aux enfants dans les demandes d'homologation. Lors d'une flambée récente de paludisme survenue dans son pays, aucune forme galénique destinée aux enfants n'était disponible. Les comprimés écrasés ou mélangés à un sirop ont un goût très désagréable pour les adultes ; à plus forte raison pour les enfants. La présentation de formes galéniques convenant aux enfants devrait donc être indispensable à l'homologation de médicaments nouveaux ou essentiels.

Elle soutient les deux projets de résolutions, dans la mesure où l'on ne peut garantir de résultats thérapeutiques faute du bon médicament, disponible à un prix correct et dans des quantités appropriées, et administré aux bons patients, y compris aux enfants.

Pour le Dr GASHUT (suppléant du Dr Saheli, Jamahiriya arabe libyenne), qui prend la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, l'usage irrationnel des médicaments est une tragédie qui n'a que trop duré. Les pays en développement consacrent, en moyenne, jusqu'à 40 % de leur budget annuel de la santé à l'achat de médicaments. D'après les estimations de l'OMS, plus de la moitié de ces médicaments est gaspillée par de mauvaises prescriptions et un usage inapproprié. Dans les pays en développement, les personnes ayant accès aux médicaments ne dépassent probablement pas 25 %. Pourtant, l'usage irrationnel des médicaments n'est pas traité comme une question de santé publique au niveau national. Elle souscrit au projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments. Au niveau international, on se préoccupe beaucoup du manque d'accès aux médicaments, mais on n'accorde pas assez d'importance à l'usage des médicaments dans les programmes politiques. Les Etats Membres, les partenaires internationaux et le Directeur général doivent accorder la priorité à cette question.

En ce qui concerne le projet de résolution figurant dans le document EB120/7, elle rappelle que, dans la version précédente examinée par le Conseil à sa cent dix-huitième session, il a été proposé que l'OMS soutienne la création de programmes et d'organes pluridisciplinaires à l'échelle nationale afin de promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Cette référence a été supprimée dans la dernière version, en raison probablement de son incidence financière. Cette modification n'est pas justifiée, c'est pourquoi elle propose de rétablir ce point. Seule une approche favorable à l'existence de systèmes de santé durables aura une véritable incidence, comme l'a recommandé la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiang Mai, Thaïlande, 30 mars-2 avril 2004).

Les travaux sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants et sur la mise au point de formes galéniques des médicaments essentiels existants adaptées à un usage pédiatrique doivent être accélérés. Il faut éviter autant que possible d'administrer aux enfants des médicaments courants sous formes galéniques destinées aux adultes si cet usage n'est pas homologué. Cette question mérite d'être traitée dans un projet de résolution distinct, plutôt que d'être abordée dans le projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) explique qu'au titre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, le Bhoutan a commencé à utiliser les listes de médicaments essentiels fondées sur l'innocuité, l'efficacité et la bonne qualité, et en a tiré des bénéfices considérables. L'incidence de la résistance aux antimicrobiens a été réduite et les dépenses sont bien moins importantes pour les médicaments que pour d'autres types de produits. L'usage rationnel des médicaments fait désormais partie intégrante du système de santé du Bhoutan. Un nouvel élan doit être donné au programme pour les médicaments essentiels, compte tenu de l'évolution de l'environnement commercial. Cela suppose d'accroître les moyens dont disposent les organes nationaux comme les autorités de réglementation

pharmaceutique. L'OMS doit continuer de jouer un rôle directeur pour contribuer à garantir l'accès aux médicaments essentiels, à un coût abordable, dans les régions les plus isolées. Les coûts indirects des médicaments pour le Bhoutan, petit pays sans littoral, sont élevés. Le Dr Wangchuk appuie le projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments et pense qu'il faudra débattre plus avant du projet de résolution sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants, de manière distincte.

Mme SRIPEN TANTIVESS (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), se référant au rapport sur l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants, dit que, d'après le *Rapport mondial sur le développement humain, 2006*,¹ les enfants de moins de 15 ans représentent 31 % de la population mondiale ; il est donc important de disposer de technologies sanitaires et de médicaments qui conviennent aux enfants.

En Thaïlande, lorsqu'aucune forme galénique à usage pédiatrique n'est disponible, les pharmaciens hospitaliers utilisent des formes destinées aux adultes pour préparer des dosages adaptés à l'enfant, parfois de manière inexacte. En outre, malgré un programme efficace de prévention de la transmission périnatale du VIH, mis en oeuvre en raison de l'épidémie qui a frappé ce pays, plusieurs milliers d'enfants sont atteints de ce virus. L'accès universel aux traitements antirétroviraux a été mis en place en Thaïlande en 2003, mais l'absence de formes galéniques et de dosages convenant aux enfants rend les choses difficiles. Le laboratoire pharmaceutique gouvernemental a été incité à mettre au point des formulations antirétrovirales pédiatriques, et des sirops sont en cours de fabrication. L'utilisation d'au moins deux monothérapies conformément aux lignes directrices sur la pratique courante en cas de VIH/sida pose des problèmes de compatibilité avec des antirétroviraux. Mme Sripen Tantivess se rallie au projet de résolution sur l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants.

L'usage irrationnel des médicaments entraîne des dépenses inutiles, des réactions indésirables et des résistances aux médicaments, et a des incidences sur la santé. Le rapport figurant dans le document EB120/7 souligne qu'il faut s'attaquer à un problème auquel se heurtent aussi bien les pays développés que les pays en développement. Elle accueille favorablement le projet de résolution, y compris le texte figurant entre crochets. Les données montrent que les incitations offertes aux prestataires privés pour optimiser leurs bénéfices encouragent un usage irrationnel des médicaments, des produits diagnostiques et autres produits thérapeutiques. Il conviendrait donc de supprimer les crochets qui entourent le texte au septième alinéa du préambule.

D'après la vaste quantité de données dont on dispose, il existe une corrélation entre les incitations financières offertes aux prestataires et leur comportement en matière de prescription, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, et ce quel que soit le niveau de revenu du pays. Il ressort d'une étude menée en République de Corée que le paiement à l'acte entraîne une surprestation de services et est source de distorsion, les médecins étant incités à fournir davantage de services en tirant une plus grande marge de profit. En Thaïlande, on aboutit aux mêmes conclusions. Dans les deux pays, le financement des soins de santé a été par conséquent réformé afin de réduire au minimum l'incidence négative des incitations à dispenser des services payants. Compte tenu de ces données, Mme Sripen Tantivess est d'accord pour supprimer les crochets entourant les treizième et quatorzième alinéas du préambule.

Il s'est avéré efficace d'intégrer une liste des médicaments essentiels dans l'ensemble des prestations des fonds d'assurance existants ou nouveaux pour lutter contre l'usage irrationnel des médicaments. Plusieurs pays développés recourent à des mécanismes d'évaluation des coûts et de l'efficacité des produits afin de garantir que les médicaments sont utilisés de manière rationnelle et efficace. Elle propose par conséquent de supprimer les crochets figurant dans les paragraphes 1.3) et 1.6). Compte tenu du nombre important de sites Internet fournissant des informations orientées sur les médicaments, il serait judicieux que les gouvernements mettent en place des mécanismes pour

¹ *Rapport mondial sur le développement humain, 2006. Au-delà de la pénurie : pouvoir, pauvreté et crise mondiale de l'eau.* New York, PNUD, 2006.

réglementer les ventes de produits pharmaceutiques en ligne. Elle recommande donc de supprimer les crochets au paragraphe 1.5). De même, il faudrait disposer d'une solide commission pharmaceutique et thérapeutique hospitalière qui serait le garant de la promotion de l'usage rationnel des médicaments. Dans ce sens, elle recommande de supprimer les crochets du paragraphe 1.7).

M. DE SILVA (Sri Lanka) explique que trois groupes de parties prenantes sont concernés par l'usage rationnel des médicaments : les fabricants et les laboratoires pharmaceutiques ; les prescripteurs et les pharmaciens ; et les consommateurs ou les patients. Aucun médecin ne souhaite prescrire des médicaments de manière non rationnelle, et aucun patient ne souhaite suivre inutilement un traitement. Néanmoins, l'usage irrationnel des médicaments est rentable pour la puissante industrie pharmaceutique. Les questions éthiques dans ce domaine n'ont pas été dûment traitées : il appartient aux médecins et aux pharmaciens de veiller à ce que les patients reçoivent les bons médicaments, quelles que soient les éventuelles incitations censées influencer leur décision. Il rappelle l'héritage légué par le Professeur S. Bibile, dont s'est inspiré le Gouvernement sri lankais qui a adopté une politique stricte visant à ne prescrire que des médicaments génériques. Avec le concours de l'OMS, Sri Lanka créera une autorité de réglementation indépendante. S'agissant de l'usage rationnel des médicaments, le Directeur général devra tenir tête aux laboratoires pharmaceutiques. M. De Silva lui assure le soutien de son pays.

Le PRESIDENT rend hommage au Professeur Bibile, qui a fait oeuvre de pionnier dans le domaine des médicaments essentiels et de l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr SMITH (Danemark) appuie le projet de résolution contenu dans le document EB120/7. Toutefois, dans le document EB120/37, l'accent mis sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants devrait aussi porter sur le manque d'accès partout dans le monde aux médicaments spécifiquement destinés à un usage pédiatrique. Deux paragraphes devraient être ajoutés dans le projet de résolution. Dans un nouveau paragraphe 1.3), il faudrait instamment prier les Etats Membres « de collaborer pour faciliter les innovations au niveau du développement, la formulation, l'homologation réglementaire, la fourniture d'informations suffisantes sur les produits ainsi que l'usage rationnel de médicaments pédiatriques et de médicaments pour adultes dont l'usage pédiatrique n'a pas été homologué ». Dans un nouveau paragraphe 2.1), le Directeur général devrait être prié « de faire en sorte que tous les programmes de l'OMS, y compris mais pas uniquement celui sur les médicaments essentiels, contribuent à ce que les enfants aient un droit égal d'accès à des médicaments adaptés ».

Le Dr AKIZUKI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) note qu'il reste à résoudre les problèmes que posent les médicaments pédiatriques, notamment la question de la posologie type, de l'administration et de l'innocuité. Afin de promouvoir la prescription fondée sur des données factuelles, il faudra diffuser auprès des agents de santé des informations scientifiques sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments. Le Japon a aidé son industrie pharmaceutique et la communauté médicale à promouvoir le développement clinique de médicaments destinés aux enfants. La démarche du Japon peut s'avérer utile au niveau international. Le Dr Akizuki souscrit au projet de résolution figurant dans le document EB120/37.

Si l'on veut promouvoir l'usage rationnel des médicaments, il faut adopter une démarche globale, qui comprend notamment le développement des ressources humaines, le renforcement des systèmes de santé et l'information des consommateurs, ainsi que des mesures de politique pharmaceutique dans les domaines comme l'innocuité et le suivi de la promotion des médicaments. Le Dr Akizuki soutient le projet de résolution figurant dans le document EB120/7.

Mme HALTON (Australie) rappelle les compétences et l'expérience de l'Australie dans le domaine de l'usage rationnel des médicaments, ajoutant qu'elle a consacré l'essentiel de sa semaine de travail à cette question. Il s'est avéré bénéfique d'investir dans ce domaine. Elle insiste sur le fait qu'il

faut dispenser et utiliser correctement les médicaments vendus sur ordonnance, ce qui nécessite un partenariat étroit entre prescripteurs, pharmaciens et patients. S'agissant du projet de résolution figurant dans le document EB120/7, elle n'est pas favorable à l'inclusion de l'alinéa commençant par « [Reconnaissant l'effet pervers du paiement à l'acte ...] » dans le préambule, mais propose d'apporter certains amendements à l'alinéa précédent, qu'elle soumettra au Secrétariat.

Elle trouve curieux que le nombre d'enfants que compte la planète ne soit pas une motivation suffisante pour rassembler les informations qui assureraient aux praticiens que les médicaments qu'ils prescrivent aux enfants seront utilisés efficacement et rationnellement. Elle fait siennes les observations formulées par le membre désigné par la Jamaïque concernant la pratique consistant à écraser les comprimés, qui peut considérablement modifier le mode d'administration du médicament. Elle propose l'adjonction d'un nouveau paragraphe 1.1) dont elle communiquera le libellé au Secrétariat, ainsi que des amendements au paragraphe 1.1) existant, qui pourraient résoudre le problème sur lequel le membre de la Jamaïque a attiré l'attention, à savoir le fait que peu d'Etats Membres mettent au point eux-mêmes des médicaments.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) soutient l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs médicaux et les patients. Il est conscient des coûts humains et financiers liés aux erreurs de prescription et à l'utilisation irrationnelle des médicaments. Un usage inapproprié ou non optimal des médicaments est souvent cause de morbidité et de mortalité. L'OMS devrait s'employer à déterminer rigoureusement les moyens les plus pratiques possibles, fondés sur des données factuelles, de promouvoir l'usage rationnel des médicaments auprès des médecins et des pharmaciens, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Il craint que le document EB120/7 ne favorise une solution unique applicable à tous les cas, sous la forme d'un programme pharmaceutique national géré par les pouvoirs publics pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Les Etats Membres devraient élaborer des programmes et des politiques fondés sur leur propre contexte national qui est unique.

En tant que pédiatre, il juge la question des médicaments destinés aux enfants particulièrement sérieuse. Pays développés et pays en développement ont besoin d'améliorer d'urgence les médicaments pédiatriques. Chez les enfants, l'usage de médicaments inefficaces, mal dosés ou peu sûrs est souvent cause de morbidité ou de mortalité, ce qui a des effets négatifs sur le développement. Il faudrait disposer de plus d'informations sur les points suivants : fréquence de l'utilisation des médicaments chez les enfants ; directives fondées sur des données factuelles concernant le traitement de la majeure partie des maladies infantiles ; prescription pédiatrique ; formes galéniques et dosages en fonction de l'âge ; et innocuité. Il conviendrait d'intégrer les initiatives de l'OMS dans le renforcement des capacités pour dispenser les meilleurs soins pédiatriques possibles. Les travaux menés par l'OMS sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants devraient faire partie des soins de santé infantile en général, et être distincts de ses activités sur l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr Agwunobi n'est favorable à l'inclusion d'aucun libellé placé entre crochets dans le projet de résolution contenu dans le document EB120/7. S'agissant du projet de résolution figurant dans le document EB120/37, il propose de modifier comme suit le début du paragraphe 1.1) : « de promouvoir la mise au point de médicaments appropriés contre les maladies qui touchent les enfants, ... » ; d'ajouter les mots « en tant que de besoin » après « incluant » au paragraphe 1.2) et de supprimer « et faire baisser » avant « les prix ». Il faudrait supprimer complètement le paragraphe 2.1), ainsi que les deux derniers membres de phrase du paragraphe 2.3), qui se terminerait alors par les mots « ces directives ».

Il souhaiterait savoir précisément dans quelle mesure les incidences budgétaires des deux projets de résolutions sont couvertes par le projet de budget programme 2008-2009.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la huitième séance, section 2, p. 215.)

La séance est levée à 17 h 35.

SEPTIEME SEANCE

Jeudi 25 janvier 2007, 9 h 10

Président : Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande)

puis : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET : Point 5 de l'ordre du jour

Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009
(documents EB120/17, MTSP2008-2013/PPB2008-2009 et MTSP2008-2013/PPB2008-2009 Corr.1)

- **Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013**
- **Projet de budget programme 2008-2009**

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que ce point de l'ordre du jour est particulièrement important pour les travaux de l'Organisation. Le Comité se félicite du travail fourni par le Secrétariat concernant le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, qui rend compte de la nouvelle approche de la planification et de la budgétisation de manière exhaustive et accessible. Les débats du Comité ont été particulièrement instructifs quant à la façon d'améliorer encore la présentation du document. Au lieu de formuler des recommandations, le Comité a demandé au Conseil de prendre note des détails particuliers qui figurent dans les paragraphes 19 à 28 de son rapport (document EB120/3) traitant du point à l'examen.

Pour ce qui est du projet de plan stratégique à moyen terme, le Comité a jugé important de rappeler les liens existants entre le programme général de travail, ce plan, le budget programme, et les résultats escomptés, comme indiqué dans l'annexe 2 du document EB120/3. Il a demandé au Secrétariat de préciser ces liens et d'élaborer un document facile à comprendre à l'intention de tous les Etats Membres. Il a également demandé des éclaircissements sur les augmentations budgétaires, plus particulièrement en relation avec les cinq domaines prioritaires retenus. En outre, des observations ont été formulées au sujet du contenu et de la présentation des objectifs stratégiques énumérés au paragraphe 25. Certains Etats Membres ont également l'intention de soumettre des observations par écrit au Secrétariat concernant la formulation de ces objectifs, de sorte que l'on s'attend à ce que des modifications soient apportées. Il faudrait récapituler les coûts proposés pour l'exercice actuel – qui constitue la base du budget – ainsi que les estimations pour les deuxième et troisième exercices, et présenter le coût estimatif total de l'ensemble du plan stratégique.

S'agissant du projet de budget programme, certains Etats Membres se sont félicités de l'augmentation des contributions fixées, d'autres ont exprimé leur inquiétude à ce sujet. Certains ont indiqué qu'ils préféreraient une croissance nominale zéro. Pour l'année en cours, toutefois, l'apport de ressources dans l'Organisation dépasse en fait les prévisions initiales, ce qui met en lumière la différence entre les contributions fixées et les contributions volontaires. Il faut par conséquent envisager d'équilibrer les objectifs qui ont été fixés et les fonds disponibles, en augmentant en particulier les contributions volontaires. Des Etats Membres se sont dits préoccupés par la diminution proportionnelle du financement. Il s'agit toutefois d'une diminution des parts et non de l'ensemble des fonds disponibles. Le budget a été alloué à toutes les Régions dans la fourchette proposée pour les seuils de validation.

Il a également été question de la façon dont le budget a été établi, du rôle joué par l'OMS dans la santé dans le monde, et de la gouvernance aux trois niveaux de l'Organisation. Reconnaisant les incidences budgétaires des résolutions adoptées par les organes directeurs, et le manque de ressources disponibles pour les mettre en oeuvre, le Comité a souligné qu'il fallait en réduire le nombre et a demandé au Secrétariat de soumettre des propositions au Conseil à cet égard. En outre, le Comité estime qu'il faudrait inclure les aspects du financement, par opposition au contenu, du projet de plan-cadre d'équipement dans le projet de budget programme, plutôt que de les considérer comme un point distinct.

Le DIRECTEUR GENERAL indique qu'elle a pris part à l'élaboration du projet de plan stratégique à moyen terme et du projet de budget programme 2008-2009, et qu'elle s'est attachée à ce que le plan stratégique soit aligné sur les six fonctions et priorités essentielles de l'OMS, s'appuyant sur le onzième programme général de travail. Elle est ouverte à toute suggestion susceptible d'être intégrée dans le programme et le budget qui seront soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres et au nom de la présidence allemande, dit que les pays candidats – Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine, Turquie –, les pays du processus de stabilisation et d'association et les candidats potentiels – Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie –, ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova souscrivent à sa déclaration. L'Union européenne se félicite du projet de plan stratégique à moyen terme et du projet de budget programme, qui sont très instructifs. Elle encourage vivement l'Organisation à continuer à mettre l'accent sur ses fonctions essentielles, appuyant le Directeur général pour qui l'OMS ne doit pas opter pour un « menu complet ». Celle-ci doit mener les activités qui sont adaptées à ses fonctions uniquement et continuer, en tant qu'organisation internationale chef de file dans le domaine de la santé, à fixer des normes.

Le projet de plan stratégique, outil de gestion axé sur les résultats, facilitera les comparaisons dans le temps et entre les bureaux régionaux et le Siège, et améliorera la transparence des travaux de l'Organisation. La réduction du nombre d'objectifs stratégiques, pour éviter la fragmentation et les doubles emplois, pourrait renforcer le plan et permettre d'atteindre l'objectif fondamental consistant à renforcer les systèmes de santé.

S'agissant des cinq principaux domaines proposés dans le onzième programme général de travail, il faudrait faire davantage ressortir la sécurité sanitaire mondiale tant dans le plan stratégique que dans le budget programme pour 2008-2009. La santé sexuelle et génésique, l'une des principales questions en matière de prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles, et l'accès aux médicaments n'ont pas reçu l'attention voulue. Ces sujets sont indispensables à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et devraient être clairement reflétés dans le budget. Il faudrait donner la priorité à la lutte contre les maladies non transmissibles et à la promotion de la santé. La part relativement faible du budget ordinaire qui est allouée aux Régions européenne et africaine est préoccupante.

Tous les domaines d'activité et les objectifs stratégiques doivent être fondés sur de solides données factuelles. Le Professeur Pereira Miguel attend avec intérêt le rapport du Directeur général sur la politique en matière de publication destiné aux organes directeurs ; la réputation de l'Organisation en tant qu'institution normative ne doit pas être compromise pour des questions de cohérence.

Il convient d'accorder la priorité aux objectifs stratégiques. Plus de clarté et de précision sont nécessaires dans l'ensemble du document, en particulier dans le projet de budget programme pour les deux questions suivantes : comment l'organisation hiérarchisera-t-elle ses activités si elle n'obtient pas les ressources attendues ; et comment prévoit-elle d'adapter sa politique en matière de ressources humaines à tous les niveaux organiques, compte tenu de ces nouvelles priorités. Plusieurs Etats Membres ont déjà soulevé ces questions à la cinquante-sixième session du Comité régional pour l'Europe ; il est regrettable qu'elles ne soient pas traitées dans l'actuel projet de plan stratégique.

Les objectifs stratégiques doivent rendre compte de la coopération accrue entre l'OMS et les autres organisations du système des Nations Unies, dans le contexte de la réforme des Nations Unies. Le Professeur Pereira Miguel encourage une plus grande collaboration avec l'ONUSIDA et souhaiterait savoir comment l'OMS assurera le suivi des recommandations formulées par la cellule mondiale de réflexion et des effets de la division du travail entre les organismes coparrainants de l'ONUSIDA. Une coopération avec l'OIT, la Banque mondiale, l'OMC et la FAO dans les domaines de la protection sociale, des systèmes de santé, et de la nutrition et de la sécurité alimentaire permettrait d'éviter les doubles emplois et de réduire les coûts.

M. RAMOTSOARI (Lesotho), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, appuie le projet de plan stratégique à moyen terme et le projet de budget programme. Il soutient également la proposition d'augmenter les dépenses prévues financées par les contributions de 8,6 % par rapport à 2006-2007 (document EB120/17, Tableau 1), afin d'assurer le financement du projet de budget programme. Compte tenu de la charge croissante de la maladie dans la Région africaine, un investissement supplémentaire doit être fait dans le domaine de la santé. Le Directeur général, qui a décidé de mettre l'accent sur l'Afrique, sera jugé sur les résultats que l'OMS obtiendra concernant la santé des habitants de ce continent, ainsi que la santé des femmes au niveau mondial.

Les contributions volontaires, en grande partie réservées à des projets spécifiques, représentent près de 80 % du projet de budget programme, ce qui donne peu de souplesse au Directeur général pour allouer des ressources et qui nuit à l'efficacité et à l'efficacités de l'OMS, compte tenu du temps consacré à la gestion de milliers de contrats, au remaniement, à la budgétisation et à l'établissement de rapports pour les donateurs. Il appelle tous les Etats Membres, toutes les fondations et autres institutions apportant des contributions volontaires à ne pas imposer de restrictions au Directeur général lors de l'allocation des ressources.

Comme indiqué dans le Tableau 3 figurant dans le document EB120/17, le Siège reçoit toujours une large part du budget programme en comparaison des bureaux régionaux. La présence de l'OMS dans les pays reste limitée, c'est pourquoi il encourage la décentralisation. Il note avec préoccupation que dans la répartition proposée les ressources allouées à la Région africaine ont diminué de 0,5 %, tandis que d'autres Régions ont vu leurs ressources augmenter, ce qui n'a pas été expliqué par le Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Pour affirmer clairement son engagement personnel vis-à-vis de l'Afrique, le Directeur général devrait allouer à la Région africaine 30,8 % du budget programme, le maximum autorisé par le mécanisme de validation.

Le Dr AL-EISSAWI (Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, appuie le projet de plan stratégique à moyen terme, le cadre de responsabilité et le système d'évaluation des services de l'OMS, ainsi que les objectifs définis par le Directeur général et sa volonté d'« obtenir des résultats en faveur de la santé ».

Il se rallie au projet de budget programme qui indique une augmentation de 16 % par rapport aux dépenses prévues, reflétant ainsi le fait que les Etats Membres ont besoin d'un appui technique et financier de l'OMS. Un équilibre entre les contributions fixées et les contributions volontaires préserverait l'identité de l'OMS et la responsabilité des Etats Membres, ainsi que le rôle d'orientation qu'ils jouent dans les activités de l'Organisation.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se félicite du projet de plan stratégique à moyen terme et du projet de budget programme. Il aurait été souhaitable d'assurer plus de continuité avec les budgets programmes précédents, en particulier celui pour 2006-2007, et de disposer de plus d'informations de base.

Elle estime qu'on ne doit pas augmenter progressivement les contributions fixées des Etats Membres pour parvenir à un équilibre entre contributions fixées et contributions volontaires. Il est probable que ces prochaines années les ressources volontaires enregistreront une plus forte croissance que les ressources du budget ordinaire. Le Gouvernement de son pays prône une politique budgétaire de croissance nominale zéro pour toutes les organisations internationales, préconisant

discipline budgétaire, efficacité dans la mise en oeuvre et hiérarchisation des programmes. Elle n'est donc pas favorable à l'augmentation importante prévue dans l'avant-projet de budget programme 2008-2009, compte tenu en particulier de l'augmentation qui a été approuvée pour 2006-2007, et prie le Directeur général de présenter un budget programme dûment révisé à l'Assemblée de la Santé.

S'agissant de la proposition relative aux contributions volontaires de base négociées, le Secrétariat est libre d'étudier la possibilité d'un tel financement étant entendu que les différents donateurs n'ont pas tous les mêmes exigences concernant l'utilisation des ressources qu'ils mettent à la disposition de l'OMS. En ce qui concerne le plan-cadre d'équipement décennal intégré, elle souhaite que l'on soumette aux Etats Membres un projet consolidé pour examen, plutôt que deux évaluations distinctes.

Le Dr SADASIVAN (Singapour) relève que les 16 objectifs stratégiques énoncés dans le projet de plan stratégique à moyen terme requièrent d'importantes ressources. Le projet de budget programme est aligné sur les priorités de l'OMS. Il se dit satisfait que US \$900 millions, soit plus de 20 % du total, soient alloués à la lutte contre les maladies transmissibles.

L'éradication mondiale de la poliomyélite est un objectif réalisable, qui devrait compter parmi les réalisations marquantes de l'OMS. Se déclarant satisfait que des ressources soient affectées à la surveillance des maladies transmissibles et à la préparation en vue d'une pandémie, il suggère que l'OMS fixe des objectifs à atteindre plus rapidement dans ce domaine, étant donné que personne ne sait où ni quand une pandémie risque de se produire. Il préconise de fournir une assistance technique aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur personnel soignant, à la fois en augmentant le nombre de professionnels de la santé et en équilibrant mieux les compétences du personnel.

Le projet de plan stratégique est vaste et ambitieux et l'OMS doit revoir en permanence les 16 priorités retenues afin d'atteindre les cibles définies et rationaliser les initiatives qui se chevauchent.

Pour le Dr QI Qingdong (Chine), il s'avère utile d'intégrer le projet de plan stratégique, qui porte sur trois exercices, dans le projet de budget programme. Les objectifs du Millénaire pour le développement ont été bien intégrés dans le onzième programme général de travail, qui résume et met ainsi en pratique les enseignements tirés pendant plus de 60 ans. Le document à l'étude est novateur, tant du point de vue de la forme que du contenu, et les objectifs stratégiques à court terme y sont clairement énoncés. Il soutient la démarche suivie, qui améliore le caractère prévisible et la continuité des travaux à venir.

Le Gouvernement de son pays a toujours été favorable à une augmentation pertinente du budget programme, en fonction de l'accroissement des besoins. L'OMS a un rôle unique à jouer en ce qui concerne les questions de santé dans le monde et, pour faire face aux enjeux de santé de plus en plus nombreux, elle a besoin d'un budget programme qui lui permette de maintenir sa position, y compris d'une augmentation raisonnable de ses fonds.

Les orientations stratégiques proposées dans le projet de plan stratégique sont claires et exhaustives. Le Dr Qi Qingdong met l'accent sur la médecine traditionnelle, qui renforce la constitution physique, soigne les maladies complexes et constitue un élément important de la culture et de la civilisation humaines. Sous la direction de l'OMS, il faudrait que le rôle de la médecine traditionnelle en matière de prévention et de promotion soit mieux compris, reconnu, souligné et renforcé. Il insiste sur le problème posé par la cécité, qui impose une charge psychologique et économique injustifiée aux personnes qui en sont atteintes et à leur communauté, dans la mesure où 75 % des cas peuvent être évités. L'OMS devrait mener une campagne de prévention mondiale dans ce domaine.

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti) souhaite que les fonds extrabudgétaires soient davantage prévisibles et qu'ils soient progressivement alignés sur le budget programme, et que les fonds à objet non désigné augmentent par comparaison avec ceux qui sont soumis à des conditions trop restrictives. C'est sur la base du budget programme que des fonds extrabudgétaires doivent être

alloués. Il demande également que l'on alloue davantage de ressources extrabudgétaires à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) se dit de nouveau inquiet de la diminution de 0,5 % de la part allouée à la Région africaine dans le projet de budget programme, par rapport à 2006-2007. Ce chiffre apparemment insignifiant coûtera des vies dans une Région où les taux de mortalité imputables au paludisme, au VIH/sida, à la malnutrition et à d'autres affections sont élevés, en particulier chez les femmes et les enfants. La part du budget programme allouée à la Région africaine doit augmenter et non diminuer. Cette Région a besoin que l'on investisse dans le domaine de la santé pour pouvoir atteindre les objectifs de développement socio-économique.

Le Dr SHANGULA (Namibie) se déclare lui aussi préoccupé par la diminution des fonds alloués à la Région africaine, une évolution contraire au principe approuvé par l'Assemblée de la Santé plusieurs années auparavant. Il demande au Conseil de rétablir le pourcentage qui était précédemment fixé afin d'éviter de longues négociations à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Au niveau des pays, on constate déjà une baisse d'activité de la part de l'OMS compte tenu des fonds limités.

Le Dr SMITH (Danemark) fait observer qu'une augmentation générale de 8,6 % du niveau des contributions fixées est optimiste, compte tenu des débats sur le budget qui ont eu lieu lors des récentes Assemblées de la Santé. En l'absence d'orientations pertinentes sur les mécanismes d'ajustement au cas où les contributions volontaires ne se concrétiseraient pas pour que l'Organisation puisse remplir son mandat principal, il faut que les impératifs budgétaires de l'OMS soient précisément connus. Malgré le nouveau dispositif de validation en place, la répartition des crédits du budget ordinaire qui est proposée semble suivre la même perspective historique. Toutes les Régions recevront-elles la part qui leur correspond du budget total en vertu de la nouvelle procédure de validation? Pour garantir sa crédibilité, l'OMS, responsable mondiale de l'action normative technique, devrait pour l'essentiel de son financement pouvoir compter sur les contributions fixées. Le déséquilibre croissant entre le budget ordinaire et les contributions volontaires risquerait d'avoir une incidence négative sur les priorités de l'OMS et d'affaiblir les fonctions de direction de ses organes directeurs. Il faudrait examiner plus avant la question des contributions volontaires négociées. L'absence de clarté concernant les fonds alloués aux bureaux régionaux pour l'exercice 2008-2009 est également préoccupante. S'ils pouvaient compter sur un financement prévisible, ces bureaux pourraient exécuter leurs tâches prioritaires et fidéliser leur personnel qualifié.

Le Gouvernement de la Belgique s'associe à sa déclaration.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) appuie la déclaration formulée par le membre désigné par le Danemark. Le Conseil a approuvé une approche de l'allocation stratégique des ressources en fonction des besoins et des priorités des pays, et d'une validation des résultats. Les contributions volontaires ne doivent pas servir à planifier à long terme les investissements destinés à la mise en place de systèmes de santé. Le Dr Jaksons souligne le rôle joué par l'OMS dans la fourniture d'un appui régulier et la coordination de l'action des donateurs pour engager des réformes sanitaires.

Les ressources budgétaires doivent être utilisées de manière rentable, selon un calendrier bien précis. Il faut aussi disposer de mécanismes de redistribution des ressources au cas où les résultats attendus ne se concrétisent pas. Décider celles des fonctions essentielles de l'OMS qui doivent être centralisées ou décentralisées, et de quelle façon les ressources seront allouées sur cette base devra faire l'objet d'un examen attentif.

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) indique que le document EB120/17 ainsi que le projet de plan stratégique et le projet de budget programme montrent le lien qui existe entre la stratégie à long terme et le cycle budgétaire biennal et présentent les niveaux de base et les cibles qui faciliteront le suivi. Bien que le recours aux contributions volontaires négociées soit nécessaire, les

pays possèdent toutefois des atouts relatifs et des centres d'intérêt différents. Les contributions volontaires ont servi à équilibrer, harmoniser et aligner les intérêts de l'OMS, de même que la responsabilité des donateurs (dans certains cas à l'égard des contribuables), afin de garantir la durabilité. Il se félicite du dialogue établi entre le Secrétariat et les Etats Membres sur l'avenir des contributions volontaires.

Le Dr NYIKAL (Kenya) souligne que les contributions volontaires augmentent les coûts opérationnels, favorisent la rigidité de l'Organisation et empêchent de mettre en place des systèmes de santé cohérents. Par la façon même dont elles sont fournies, il est pratiquement impossible de mettre en oeuvre de plans stratégiques nationaux. Les objectifs stratégiques 10, 11 et 13 sont des objectifs à long terme que l'on ne peut atteindre avec des contributions de ce type, qui sont imprévisibles. Il exhorte les pays donateurs et les Etats Membres à ne pas les utiliser comme une arme pour manipuler l'OMS. Les pays ont des intérêts particuliers, mais il est parfois difficile de savoir lesquels priment sur les autres, ceux des donateurs ou ceux des bénéficiaires. Cette question mérite d'être examinée plus avant.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que, étant donné les nombreuses résolutions adoptées par le Conseil ces dernières années, il serait prudent à l'avenir d'examiner leurs incidences financières avant de procéder à leur adoption.

Les ressources budgétaires devraient être allouées en fonction des besoins. En sa qualité de Ministre de la Santé des Tonga, il accepte que le financement de l'OMS ne couvre que 10 % de ses programmes de santé et qu'il devra rechercher un appui supplémentaire auprès des donateurs.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), se référant tout d'abord au rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (document EB120/3), au paragraphe 23 en particulier, note que le Comité aurait dû parvenir à un consensus sur le montant de l'augmentation budgétaire proposée. Des augmentations allant de zéro à 8,6 % ont été suggérées. Une baisse proportionnelle des contributions fixées pourrait se traduire par un financement provenant essentiellement des contributions volontaires à objet désigné. Pour éviter un tel déséquilibre, une solution consisterait à augmenter les contributions fixées pour l'exercice suivant en fonction des besoins croissants dans le domaine de la santé, et à maintenir les contributions volontaires à objet désigné à un niveau minimal puisqu'elles ont tendance à dénaturer les domaines prioritaires. Ce type de contribution doit correspondre au budget programme et au plan stratégique à moyen terme. Lorsque des fonds supplémentaires sont réunis, ils doivent servir à améliorer l'exécution des programmes de l'OMS et se traduire par des gains sanitaires réels, en particulier pour les femmes et les populations d'Afrique.

S'agissant du projet de plan stratégique, il appuie la recommandation formulée par le membre désigné par le Danemark au sujet de l'allocation des ressources. Quant au projet de budget programme, il fait siennes les observations mentionnées au paragraphe 25 du document EB120/3, concernant en particulier les objectifs stratégiques 3, 12 et 13. Les objectifs stratégiques 1, 2 et 16 représentent plus de la moitié du budget total. Le montant restant pour les autres objectifs stratégiques est malheureusement insuffisant, en particulier la part allouée aux maladies non transmissibles qui, d'après les données dont on dispose, constituent la principale cause de décès et d'incapacité dans la plupart des pays. Les fonds destinés au renforcement des systèmes de santé, y compris les systèmes d'information et la prestation de services, ne permettront pas de lutter efficacement contre le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose, ni d'assurer une surveillance adaptée des infections aiguës. L'allocation de ressources ciblées doit tenir compte du rôle vital des soins de santé primaires dans tous les systèmes de santé.

Le Dr Viroj Tangcharoensathien appuie l'augmentation de 8,6 % proposée pour les contributions fixées et recommande de réviser le projet de budget programme 2008-2009 avant qu'il soit présenté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.

Le Dr Antezana Aranibar assume la présidence.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) fait observer que nombre de recommandations formulées à propos des allocations budgétaires portent sur une Région ou un pays particulier. Il vaudrait mieux suivre les recommandations du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, qui a analysé les priorités médicales et socio-économiques à l'échelle de la planète.

Le Dr SALEHI (Afghanistan) se félicite du projet de plan stratégique. Les statistiques de la Région de la Méditerranée orientale figurent parmi les plus mauvaises au monde en matière de santé. La mortalité maternelle dans son propre pays est de 1600 décès pour 100 000 naissances vivantes, et un enfant sur quatre meurt d'une maladie pouvant être évitée avant son cinquième anniversaire.

Il partage les vues exprimées par les membres désignés par Djibouti et l'Iraq, et approuve le projet de budget programme 2008-2009. La répartition des ressources entre les Régions devrait tenir compte du dispositif de validation de l'allocation stratégique des ressources.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande)¹ loue la transparence et la rigueur comptable du processus de budgétisation. Toutefois, il souhaiterait avoir un complément d'information dans plusieurs domaines. Les rapports à l'examen donnent des détails sur la mortalité et la souffrance liées à telle ou telle maladie ou affection, mais ils n'offrent aucun avis technique susceptible d'aider le Conseil à fixer des priorités générales en ce qui concerne la charge imposée par telle ou telle maladie, les populations touchées par plusieurs maladies ou les causes de ces maladies. Il souhaiterait par ailleurs plus d'informations sur les tendances et les prévisions en matière de santé. Les décisions du Conseil auront une incidence sur les dix prochaines années, et devraient être fondées sur des prévisions mais aussi sur des informations concernant les années précédentes.

Les dépenses annuelles de santé à l'échelle mondiale se montent à US \$3000 milliards, tandis que les dépenses de l'OMS n'atteignent que US \$3,7 milliards. La question est de savoir comment l'Organisation doit utiliser au mieux le peu de ressources dont elle dispose pour réduire la charge mondiale de la maladie. Il aimerait en savoir plus sur les liens entre les programmes. Par exemple, il a été indiqué au Conseil que la pauvreté était la cause principale de l'augmentation des taux de tuberculose, mais que l'absence de politiques rationnelles sur l'usage des médicaments était la cause principale de l'augmentation de la résistance aux antituberculeux. Il souhaiterait disposer de plus d'informations générales sur les mesures prises par l'Organisation, plutôt que d'informations sur tel ou tel aspect technique.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas)¹ fait savoir que son pays, l'un des 10 principaux contributeurs au budget des Nations Unies, est préoccupé par le déséquilibre croissant entre le budget ordinaire et les contributions volontaires. L'OMS est l'organisation internationale chargée au niveau mondial de mener des travaux normatifs et de fournir une assistance technique dans le domaine de la santé. Pour assurer sa crédibilité et son intégrité, une part importante de son budget devrait être financée par des contributions fixées et non par des contributions volontaires. L'OMS est en train de devenir un simple fonds des Nations Unies financé par un petit groupe de donateurs, ce qui n'est pas souhaitable.

Le Secrétariat a proposé une augmentation de 16 % du budget ordinaire pour 2008-2009, dont une augmentation de 8,6 % des contributions fixées. Toute augmentation du budget doit être financée par une augmentation au moins égale des contributions fixées pour éviter que le déséquilibre ne se creuse. M. Van der Hoeven est donc hostile aux propositions budgétaires formulées par le Directeur général. La contribution volontaire des Pays-Bas est actuellement alignée sur les priorités de l'OMS, et il se félicite de la proposition visant à mettre en place un système de contributions volontaires négociées.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Mme NGAUNJE (Malawi)¹ fait observer que la charge de la maladie en Afrique continue d'augmenter et que davantage de ressources devraient être allouées à ce continent en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Les bureaux régionaux et de pays devraient être renforcés, à l'heure où certains bureaux de pays réduisent leur niveau d'activité compte tenu de leurs ressources limitées. Elle n'est pas favorable à la réduction proposée de 0,5 % des crédits alloués au Bureau régional de l'Afrique.

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les observations des membres enrichiront le débat au sein du Comité et qu'elles aideront le Secrétariat à réviser la documentation sur le budget.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit que le Secrétariat a pris note des observations formulées et qu'il s'en inspirera pour adopter une approche à plus long terme, plus stratégique, plus transparente et d'une plus grande rigueur comptable. Il ajoute par ailleurs que des observations spécifiques ont été formulées notamment sur les systèmes de santé, la sécurité sanitaire et les flambées de maladies, la santé sexuelle et génésique, les maladies non transmissibles et la collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies.

Le Conseil s'est félicité de l'approche présentée dans le plan stratégique à moyen terme, qui prévoit un budget intégré unique approuvé par les organes directeurs et financé par des contributions fixées, des contributions volontaires de base négociées et des contributions volontaires spécifiques. Le Secrétariat poursuivra le dialogue avec tous les Etats Membres en vue de convenir d'un niveau satisfaisant pour les contributions fixées, et avec les donateurs apportant des contributions volontaires spécifiques. Lorsqu'il révisera la documentation sur le budget, il tiendra également compte des observations formulées au sujet du dispositif de validation. Toutefois, ce dispositif sert à faire une analyse rétrospective de ce qui a déjà été fait et non à allouer des crédits.

L'augmentation budgétaire proposée sera expliquée plus en détail, y compris les différences entre le projet de budget programme et les budgets précédents, les raisons justifiant une telle augmentation, les résultats qui en découleront, l'augmentation des coûts à laquelle il faudra faire face et les domaines dans lesquels les activités seront réduites.

Le DIRECTEUR GENERAL se réjouit de l'accueil favorable que les membres ont réservé au projet de plan stratégique à moyen terme. Le processus d'élaboration du budget est difficile ; on ne peut contenter tout le monde. L'Organisation doit fonctionner efficacement dans les limites des ressources dont elle dispose, et il faudra faire preuve de discipline dans nombre de domaines.

Le Directeur général finalisera le projet de budget programme qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé, en tenant compte des principales questions soulignées au cours des débats avec les organes directeurs, qui traduisent également les priorités qu'elle s'était elle-même fixées lors de son élection. Elle s'est entretenue avec les Directeurs régionaux de la meilleure solution d'allouer les ressources. De toute évidence, il y aura des insatisfaits, mais le processus sera transparent et rigoureux sur le plan comptable.

Une fois les ressources allouées, il faudra décider en détail de la façon de mettre en oeuvre les programmes à l'aide de ces ressources. Des activités transversales et des synergies entre les programmes seront nécessaires. Les Directeurs régionaux ont entrepris de mettre en place des activités interrégionales dans des domaines comme l'éradication de la poliomyélite. L'idée que « l'OMS est une » – une organisation transparente, qui rend des comptes, et qui produit des résultats suscite un nouvel enthousiasme.

Elle a pris note de la proposition formulée par le membre désigné par la Lettonie ; si les programmes ne sont pas mis en oeuvre conformément au calendrier prévu, elle-même, ou les

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Directeurs régionaux devraient pouvoir retirer les ressources correspondantes et les transférer à d'autres projets. Cela aussi fait partie de la discipline budgétaire.

Beaucoup d'orateurs ont formulé des observations sur le grand nombre de résolutions adoptées par les organes directeurs, toutes ayant des incidences financières. Il est clair que le Directeur général ne peut mettre en oeuvre toutes ces résolutions si les ressources nécessaires ne sont pas disponibles : en l'absence de ressources, elle devra donner la priorité à certains programmes plutôt qu'à d'autres. Cette tâche lui incombe en tant que fonctionnaire administratif et technique principal de l'Organisation ; elle s'acquittera de cette tâche tout en étant consciente que cela ne la rendra pas nécessairement populaire.

La discipline budgétaire suppose également de décider collectivement des domaines qui ne seront pas traités en priorité, faute de ressources pour les mettre en oeuvre. L'Organisation ne peut continuer indéfiniment à développer ses activités avec de moins en moins de ressources sans que cela compromette la qualité. En collaboration avec les Directeurs régionaux, les Sous-Directeurs généraux et les Directeurs de la gestion des programmes, le Directeur général s'emploiera à rendre l'OMS plus performante, guidée par les recommandations du Conseil.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner l'avant-projet de budget programme 2008-2009 en commençant par les objectifs stratégiques présentés dans les pages 130 à 146 du document.

Objectifs stratégiques 1 à 5

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) signale qu'il soumettra par écrit des observations techniques concernant les objectifs stratégiques.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) s'interroge sur l'utilisation des mots « troubles mentaux » dans la définition de l'objectif stratégique 3. Il préfère utiliser le terme plus général de « santé mentale ». Les problèmes qui se posent dans le monde – par exemple le génocide qu'a connu son pays et les conflits en Afghanistan, en Iraq et au Liban – et leurs effets sur la santé mentale devraient être pris plus au sérieux par l'Organisation. La santé mentale joue un rôle fondamental dans la stratégie et la politique sanitaires au Rwanda, qui doit gérer les traumatismes psychologiques dont souffrent les personnes ayant vécu le génocide dans leur enfance. De même, l'objectif 5 traite des effets immédiats des conflits sur la santé, sans tenir compte des traumatismes physiques et psychologiques connexes.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) se dit préoccupé par le fait que ni le projet de plan stratégique à moyen terme ni le projet de budget programme n'incluent la prévention de la cécité et des déficiences visuelles de manière spécifique, mais qu'elle figure de manière générale au titre des affections chroniques non transmissibles dans l'objectif stratégique 3. Rappelant que dans la résolution WHA59.25 le Directeur général a été prié d'accorder la priorité à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables et, plus particulièrement, d'inclure ce point dans le plan stratégique et le budget programme, il suggère que des crédits appropriés soient alloués à cette question. L'OMS compte de solides partenariats mondiaux dans ce domaine, où les interventions sont particulièrement rentables, et devrait montrer l'exemple lorsque vient le moment des engagements financiers.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque) suggère que, au lieu d'essayer de hiérarchiser les questions à traiter à la présente séance, les membres entament un dialogue avec les bureaux de pays à leur retour. Les priorités définies dans le projet de plan stratégique et le projet de budget programme pourraient être adaptées à leurs plans nationaux. Il y aura ainsi des retombées de l'OMS vers les Régions, puis des Régions vers les pays.

Le Dr VOLJČ (Slovénie), se référant aux observations du membre désigné par le Rwanda, dit que, s'il a bien compris, les priorités du projet de plan stratégique et du projet de budget programme,

y compris des objectifs stratégiques, ont été fixées en fonction des besoins et des attentes des Etats Membres. Il ne souhaite pas que ces objectifs soient élargis. La santé en général est le fil conducteur qui relie les activités aux objectifs proposés.

Le Dr TANGI (Tonga) appuie les observations formulées par le membre désigné par Bahreïn concernant la prévention de la cécité, qui devrait être dûment prise en compte dans l'objectif 3. Il doute que les augmentations budgétaires qui ont été recommandées se concrétisent. Le Directeur général devra donc examiner la question de la réaffectation des crédits. Il faudra que soit alloué davantage de fonds à l'objectif stratégique 3 comparés à ceux actuellement octroyés au titre de l'avant-projet de budget programme.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq) insiste sur les services de santé scolaire, qui ne reçoivent pas l'attention voulue ni les crédits suffisants. Environ un tiers de la population de toutes les communautés est scolarisé d'une manière ou d'une autre. Le succès de tous les programmes de santé est fonction de l'efficacité des services de santé scolaire et, en définitive, communautaire.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) fait observer que le vieillissement de la population impose une charge de plus en plus lourde sur la société en Europe et dans d'autres Régions. Il faudrait allouer davantage de fonds au titre de l'objectif stratégique 4 pour permettre à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) indique que le terme « troubles mentaux » est utilisé plutôt que « santé mentale » dans l'objectif stratégique 3 pour mettre l'accent sur la fourniture de soins et de services aux personnes souffrant de ce type d'affection. Cela ne signifie pas que la promotion de la santé mentale sera négligée. La promotion de la santé mentale n'est peut être pas suffisamment mise en avant, mais elle fait partie de l'objectif stratégique 3. La santé mentale des victimes de situations d'urgence, de catastrophes et de crises est plus spécifiquement traitée au titre de l'objectif stratégique 5, en particulier de l'indicateur 5.3.3. S'agissant de la prévention de la cécité, elle est intégrée dans l'objectif stratégique 3, en particulier dans le résultat escompté 3.5 et les indicateurs 3.2.5 et 3.3.5, lesquels traitent tous de la prévention des déficiences visuelles, cécité comprise.

Objectifs stratégiques 6 à 9

Le PRESIDENT dit que, en l'absence de commentaires, il considérera que les membres approuvent les objectifs stratégiques 6, 7, 8 et 9.

Objectifs stratégiques 10 à 14

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq) relève que, dans les objectifs stratégiques 10 à 14, il ne voit aucune référence à l'économie de la santé, question qui revêt aujourd'hui une importance capitale, ni à la gestion totale de la qualité. Cette dernière est jugée fondamentale pour assurer un suivi et une évaluation efficaces.

Le Dr NYIKAL (Kenya) se félicite du lien établi entre les objectifs stratégiques de l'avant-projet de budget programme 2008-2009 et les domaines d'activité prévus pour 2006-2007. Se référant à l'objectif stratégique 14, il précise que le financement des soins de santé est un enjeu majeur. Dans nombre de pays, dont le Kenya, les dépenses directes des ménages représentent une part considérable des dépenses totales de santé, ce qui signifie en réalité que la plupart des personnes démunies ont un accès limité, voire pas d'accès du tout, aux services de santé. Il accueille favorablement l'augmentation de 40 % des crédits alloués aux activités prévues au titre de l'objectif stratégique 14 ; toutefois, ces fonds ne représentent que 2 % du budget total proposé pour 2008-2009, ce qui est insuffisant. Pour lutter contre la pauvreté, les gouvernements ont besoin d'être aidés, à

déterminer les sources durables de financement de la santé. Les systèmes de santé et infrastructures sanitaires ne s'amélioreront pas si l'on n'examine pas la question du financement de la santé.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) fait remarquer que l'objectif stratégique 14 se subdivise en six sections qui, prises dans leur ensemble, ont trait à la question générale de l'économie de la santé et couvrent des aspects tels que conception des systèmes financiers, mobilisation des ressources, responsabilité en matière de dépenses, mesure des coûts et efficacité des interventions, et renforcement de la capacité de financement de la santé. Comme le membre désigné par le Kenya, il estime que le financement des systèmes de santé est essentiel pour presque tous les objectifs stratégiques. La gestion totale de la qualité est comprise dans l'objectif stratégique 10, en particulier au titre de l'indicateur 10.2.1 ; l'OMS met l'accent sur la gestion totale de la qualité et de l'assurance de la qualité pour renforcer les systèmes de santé, comme elle le souligne dans le document EB120/38 Add.1, et ainsi qu'elle en a débattu la veille.

Objectifs stratégiques 15 et 16

Le Dr BUSS (Brésil) suggère de renforcer le rôle de chef de file joué par l'OMS dans la diplomatie sanitaire, qui a pris une importance croissante du fait des problèmes de santé transfrontières comme les épidémies de maladies. La diplomatie sanitaire renforce les liens entre les partenaires et les pays bénéficiaires, améliore la coordination entre les donateurs au niveau des pays et permet de former du personnel dans les pays bénéficiaires pour qu'il utilise plus efficacement les ressources. Le Brésil élabore actuellement des programmes de formation en diplomatie sanitaire aux niveaux national et international.

Les indicateurs correspondants aux objectifs stratégiques devraient également permettre d'évaluer si l'OMS remplit avec succès son rôle de coordination internationale de l'action sanitaire.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), rappelant que feu le Dr Lee avait engagé un processus visant à réduire les dépenses administratives et à allouer davantage de ressources aux questions techniques au niveau régional, demande au Directeur général son point de vue sur la question.

Mme HENDRY (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord),¹ se félicitant du projet de plan stratégique à moyen terme, estime qu'en apportant quelques ajustements au document soumis au Conseil, l'OMS pourrait définir plus précisément ses rôles et ses priorités. Mme Hendry propose par conséquent de réduire encore le nombre d'objectifs stratégiques, en regroupant les objectifs 1 et 2 comme suit : « de réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles, dont le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ». En outre, on pourrait regrouper les objectifs stratégiques 10, 11, 13 et 14 de la façon suivante : « améliorer la gouvernance, l'organisation, la gestion, le recrutement du personnel, le financement durable, l'accès aux services de santé et leur prestation en soutenant une approche des systèmes de santé fondée sur des données factuelles ... ». Ces modifications réduiraient le nombre d'objectifs à 11.

En ce qui concerne la réforme des Nations Unies et compte tenu des remarques positives du Directeur général concernant les opérations pilotes à mener dans les pays, elle propose d'ajouter les mots « , le système des Nations Unies et autres parties prenantes » après « pays » dans l'objectif stratégique 15, qui se lirait donc comme suit : « jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres parties prenantes pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail ». Elle suggère également d'ajouter un autre indicateur au titre du résultat escompté 15.2 : « nombre de pays

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

où l'OMS participe pleinement aux programmes pilotes visant à garantir l'unité de l'action de l'ONU ».

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'elle a pris note des points soulevés par les membres. Répondant aux observations formulées par le membre désigné par le Brésil et le représentant du Royaume-Uni, elle fait observer que les partenariats sont l'un des six domaines d'activité essentiels qui revêtent une très grande importance compte tenu de la multiplication des partenaires mondiaux de la santé publique au cours des 10 à 15 dernières années. Dans ce nouveau contexte, il est extrêmement important pour l'OMS de déterminer ses avantages comparatifs et ses principaux domaines d'activité, tant au Siège que dans les Régions. L'action menée par l'OMS et celle conduite par d'autres partenaires ne doivent pas faire double emploi. Avant de prendre la moindre initiative, l'OMS doit se demander ce qu'elle doit faire, ce qu'elle peut faire et ce qu'elle ne doit pas faire.

Le Directeur général estime également que la diplomatie sanitaire revêt de plus en plus d'importance. Ces dernières années, à de nombreuses reprises, non seulement des ministères de la santé, mais aussi des ministères des affaires étrangères ont dû intervenir sur des questions de santé publique majeures. L'OMS examinera cette question parallèlement aux activités qu'elle mène dans le domaine étroitement lié de la sécurité sanitaire.

Sur la question de la réforme des Nations Unies, elle accueille avec satisfaction la suggestion du représentant du Royaume-Uni et s'efforcera de prendre des mesures à cet égard.

Enfin, répondant à la demande du membre désigné par Bahreïn, elle déclare qu'elle suivra la voie tracée par le Dr Lee et qu'elle s'emploiera à réduire les coûts de transaction des activités menées par l'OMS. Le Directeur général par intérim a réduit les frais généraux pour tous les groupes, et elle cherchera à faire des économies supplémentaires et à gagner en efficacité en vue d'allouer davantage de ressources aux programmes techniques.

La séance est levée à 12 h 30.

HUITIEME SEANCE

Jeudi 25 janvier 2007, 14 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET : Point 5 de l'ordre du jour (suite)

Projet de plan stratégique à moyen terme, y compris projet de budget programme 2008-2009 (suite)

- **Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement** (documents EB120/18, EB120/18 Corr.1 et EB120/18 Add.1)

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) salue l'élaboration du projet de plan-cadre d'équipement et se félicite que le Secrétariat adopte une approche à long terme de la planification des besoins en matière immobilière. Comme le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en est convenu, il est indispensable de déterminer les besoins et les coûts, de fixer les priorités et de planifier les travaux de construction nécessaires par étapes afin d'étaler les coûts.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité a demandé au Secrétariat de faire figurer les besoins financiers au titre du plan-cadre d'équipement sur une seule ligne budgétaire dans les budgets programmes de l'Organisation. Le Comité a suggéré d'échelonner sur toute la durée du plan les dépenses proposées,¹ qui sont actuellement concentrées sur les premières années. Le Comité a accueilli favorablement le plan intégré, lequel donne un aperçu des besoins et devrait permettre d'entretenir et de remplacer l'équipement de façon rationnelle.

Mme SCHAER BOURBEAU (Suisse)² accueille avec satisfaction le plan qui permet de présenter une approche coordonnée des questions immobilières de l'Organisation, de cerner les besoins et de fixer les priorités pour l'orientation des travaux à effectuer. Chaque organisation internationale doit prévoir dans son budget des ressources suffisantes pour couvrir ses dépenses d'infrastructure. Cependant, la réduction des dépenses d'entretien des bâtiments figure parmi les premières mesures économiques prises en période de restrictions budgétaires et peut entraîner à long terme des surcoûts importants ainsi que des risques en matière de sûreté et de sécurité. Le fonds immobilier a longtemps reçu un financement insuffisant et des investissements seraient nécessaires pour redresser la situation. Des efforts doivent être consentis pour faire face au déficit prévu de US \$22 millions en ce qui concerne les dépenses d'équipement dans le projet de budget programme 2008-2009.

¹ Document EB120/3.

² Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Etant donné l'importance croissante de la sécurité, il est nécessaire que le Conseil ait une meilleure vue d'ensemble des mesures de sécurité prises. Les réformes en cours visant à assurer une meilleure coordination dans le système des Nations Unies pourraient offrir de nouvelles possibilités en matière d'épargne, par exemple sous la forme de bureaux communs, comme il est mentionné aux paragraphes 15 et 16 du document EB120/31, qui sera étudié ultérieurement.

Le PRESIDENT suggère que les membres du Conseil prennent note du rapport et demande au Secrétariat de veiller à ce que le plan-cadre d'équipement soit mis en oeuvre de la meilleure façon possible.

Il en est ainsi convenu.

- **Projet de budget programme 2008-2009** (documents EB120/17, MTSP2008-2013/PPB2008-2009 et MTSP2008-2013/PPB2008-2009 Corr.1) (suite de la septième séance)

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), faisant référence à l'augmentation de 8,6 % dans le projet de budget programme 2008-2009 par rapport à l'exercice précédent, indique que la position du Japon est similaire à celle exprimée par le membre des Etats-Unis d'Amérique à la séance précédente, à savoir que les budgets de toutes les organisations internationales devraient afficher une croissance nominale nulle. L'application de la discipline financière est un principe important. La nécessité de renforcer les fonctions de l'OMS dans certains domaines n'implique pas l'approbation automatique d'une augmentation du budget dans ces proportions. La discipline budgétaire et l'amélioration des résultats ne s'excluent pas mutuellement. Il est possible de réaliser de nouveaux objectifs en procédant à une redistribution en fonction des besoins des pays, des priorités et des résultats attendus ; de réaliser des économies en améliorant l'efficacité opérationnelle ; et de demander un appui aux partenaires, y compris aux autres organisations des Nations Unies. Grâce à la sagesse collective et à la réforme gestionnaire qu'elle a engagée, l'Organisation devrait être en mesure de faire travailler son argent de manière plus efficiente et plus efficace, l'augmentation du budget ordinaire cessant alors d'être une nécessité.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande des précisions en ce qui concerne les implications d'une croissance nominale nulle, qui équivaut à une croissance négative en valeur réelle, une fois l'inflation et les hausses de salaire prises en compte. La réduction des dépenses aurait-elle des répercussions importantes sur les activités de l'OMS ? Il est important de comprendre les conséquences des diverses propositions avant de prendre une décision.

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), prenant en considération la préoccupation de l'orateur précédent, dit qu'il croit comprendre que les salaires représentent plus de 50 % du budget programme. Toutefois, les salaires n'augmentent pas systématiquement à chaque exercice, les cadres supérieurs partant à la retraite pouvant être remplacés par du personnel plus jeune à des niveaux de salaire moins élevés. Le Dr Inoue demande des informations supplémentaires concernant les coûts et les niveaux de dotation en personnel. Par exemple, l'augmentation de 8,6 % implique-t-elle un accroissement des effectifs ?

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) annonce que des explications plus détaillées sur l'augmentation annoncée seront données en temps utile. En attendant, il indique que les changements portant sur les activités des cinq domaines désignés comme nécessitant une augmentation entraîneraient une dépense d'environ US \$410 millions. L'augmentation des coûts résulte principalement de la dépréciation du dollar américain, qui a provoqué des pertes de US \$50 à 100 millions au cours des deux derniers exercices. La hausse des dépenses de personnel est limitée et s'élève à environ 2 %. Cependant, la contribution de l'OMS au financement du système de sécurité

commun a augmenté de façon significative, passant de US \$6 millions en 2004-2005 à US \$17 millions en 2006-2007, et il est prévu qu'elle augmente encore pour atteindre US \$23 millions en 2008-2009. L'OMS va de l'avant et la plupart des résultats escomptés dans le projet de budget programme 2008-2009 sont par conséquent inédits.

Mme HENDRY (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)¹ salue l'engagement du Directeur général en faveur d'une discipline budgétaire et d'un établissement de priorités rigoureux et se réjouit que l'on cesse de s'appuyer sur les contributions volontaires à objets désignés. L'OMS devrait examiner attentivement son mandat de base, définir ses priorités et se concentrer sur ces dernières afin d'établir un budget réaliste sur les six années du plan stratégique à moyen terme. Le Ministère britannique des Finances a été quelque peu surpris en découvrant la représentation graphique de l'augmentation totale proposée jusqu'en 2015 présentée au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

Mme Hendry reprend à son compte l'opinion exprimée par certains membres du Conseil selon lesquels les besoins de financement du plan-cadre d'équipement devraient être intégrés aux négociations sur le budget global. L'OMS devrait chercher d'autres moyens de financement, en privilégiant par exemple la rationalisation des biens et des logements à l'étranger, avec peut-être un appui plus important des pays hôtes, avant de demander l'augmentation des contributions fixées ou volontaires des Etats Membres. Le processus de réforme des Nations Unies pourrait également offrir des possibilités d'épargner davantage.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande si le Conseil a l'intention de soumettre à l'Assemblée de la Santé un avis formel sur les propositions concernant le budget programme et demande également des précisions sur les procédures à suivre pour continuer à élaborer des propositions.

Le DIRECTEUR GENERAL répond qu'elle tiendra compte des observations formulées par les membres du Conseil et qu'elle organisera d'autres consultations avec les Etats Membres. Elle procédera alors à l'allocation des ressources de la manière habituelle et présentera des propositions à l'Assemblée de la Santé. L'affectation des ressources n'étant jamais une opération simple, il sera impossible de contenter tout le monde. Le Directeur général espère que des ressources suffisantes permettront de financer les activités proposées.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) souligne qu'il est important de consulter les pays les moins avancés, où les besoins sont les plus importants, ainsi que les principaux donateurs.

Le DIRECTEUR GENERAL assure au Conseil que ses consultations seront organisées selon une large base.

Le PRESIDENT, constatant que les observations du Conseil seront prises en compte, déclare qu'il reviendra à l'Assemblée de la Santé de décider du montant du budget programme proposé.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/5 et EB120/5 Add.1) (suite de la troisième séance, section 2)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé sur le paludisme, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;¹

Préoccupé de constater ~~Notant~~ que peu de pays d'endémie ont accompli des progrès substantiels vers la réalisation des objectifs **de développement liés au paludisme convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire pour le développement des Nations Unies, et qu'un certain nombre de pays n'ont pas encore tenu leur engagement d'accroître le budget national pris lors de l'adoption de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes ;**

Notant ~~mais~~ que des occasions précieuses sont offertes par des nouveaux instruments et des stratégies mieux définies, et qu'un nouvel élan est donné à l'extension des interventions contre la maladie et à l'accroissement des ressources financières disponibles à cette fin aux niveaux national et mondial ;

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables ;

Notant que d'importantes ressources ont été fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative du Président contre le paludisme et par d'autres donateurs ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financement volontaires novatrices prises par des groupes d'Etats Membres et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de l'intention de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ;

Rappelant que la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies fait partie des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme afin d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité chez les enfants et de contribuer à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

¹ Document EB120/5.

² Voir dans le document EB120/5 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

- 1) à appliquer, dans leur contexte spécifique, les politiques, stratégies et instruments recommandés par l'OMS et à introduire, au niveau national, des politiques s'appuyant sur des données factuelles, des plans opérationnels ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation fondés sur les résultats afin de renforcer la couverture par les principales interventions préventives et curatives dans les populations à risque et à apprécier l'exécution des programmes et la couverture et l'effet des interventions de manière efficace et en temps utile, en particulier en utilisant la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;
 - 2) à affecter des ressources nationales et internationales, humaines et financières, à l'assistance technique afin que les stratégies les mieux adaptées à la situation et à l'épidémiologie locales soient effectivement mises en oeuvre et que les populations cibles soient atteintes ;
 - 3) à retirer du marché **des secteurs public et privé** les monothérapies à l'artémisinine par voie orale ou à annuler l'autorisation de mise sur le marché ~~les~~ concernant **ces produits, c'est-à-dire les artémisinines utilisées seules sans être accompagnées d'un autre médicament, et à promouvoir l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, à appliquer des politiques interdisant la production d'antipaludiques contrefaits** et à veiller à ce que les organismes de financement cessent ~~d'acheter de fournir des moyens pour l'obtention de~~ ces monothérapies ou ~~d'autres médicaments, y compris des antirétroviraux présélectionnés, à des fabricants qui continuent à commercialiser des produits fondés une monothérapie à l'artémisinine ;~~
 - 4) ~~à renoncer aux taxes et aux droits de douane sur les moustiquaires, les médicaments et les autres produits nécessaires à la lutte antipaludique, afin d'en réduire le prix pour le consommateur et de stimuler la concurrence sur le marché à~~ **trouver et appliquer des moyens appropriés de faire en sorte que des médicaments efficaces, des moustiquaires à imprégnation durable et d'autres produits indiqués par l'OMS soient disponibles à un prix peu élevé ou gratuitement ;**
 - 5) à prévoir dans leur législation la pleine utilisation des flexibilités ménagées par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;
2. PRIE les organisations internationales :
- 1) de fournir un appui pour que les pays puissent étendre **l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance ; l'application de la lutte intégrée contre les vecteurs, y compris l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ; la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides sûrs et appropriés à effet rémanent, comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ;** ~~les trois principales interventions, à savoir la prise en charge des cas au moyen des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations et l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable comme recommandé par l'OMS,~~ et le recours à des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris à la base de données de pays mise au point par l'OMS ;
 - 2) d'accroître les ressources allouées aux différents dispositifs de financement de la lutte antipaludique pour qu'ils puissent continuer à fournir un appui aux pays, et d'affecter des moyens supplémentaires dans le cadre de l'assistance technique pour que les fonds puissent être absorbés et utilisés de manière efficace dans les pays ;

- 3) **de prêter un appui pour la mise en place des capacités dans les pays en développement pour qu'ils puissent produire et distribuer les médicaments appropriés et des moustiquaires à imprégnation durable ;**
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de prendre les mesures voulues pour identifier les connaissances qui font défaut en matière de lutte antipaludique ; **fournir un appui à appuyer** la mise au point de nouveaux instruments et stratégies ; estimer avec plus de précision la charge de morbidité mondiale et les tendances dans ce domaine ; mettre au point de nouveaux outils et méthodes d'évaluation des effets et de la rentabilité des interventions ; renforcer les activités de recherche antipaludique en cours à l'OMS, y compris celles du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; et fournir une assistance technique aux pays pour leur permettre de mener des activités de recherche opérationnelle et pratique sur les moyens d'assurer une couverture adéquate par les interventions antipaludiques ;
 - 2) de renforcer et de rationaliser les ressources humaines affectées à la lutte antipaludique en décentralisant le personnel au niveau des pays et en améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à fournir un appui aux programmes de santé nationaux en vue de la coordination des efforts des partenaires pour éviter et combattre le paludisme ; **et de donner une orientation technique pour la gestion de la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ;**
 - 3) **de réunir au sein d'un forum permanent le Programme mondial OMS de lutte antipaludique, le partenariat Faire reculer le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des milieux universitaires, des entreprises de biotechnologie et laboratoires pharmaceutiques petits et grands, les Etats Membres intéressés, des conseils de la recherche médicale et des fondations afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le paludisme ;**
 - 3)4) **de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ;**
4. DECIDE que :
- 1)¹ **la Journée mondiale du paludisme sera célébrée chaque année le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers Etats Membres, pour faire connaître et comprendre le paludisme qui est un fléau évitable et une maladie guérissable ;**
 - 2) **la Journée du paludisme sera le point culminant d'années de mise en oeuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, notamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie, et l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.**

Les incidences financières révisées sont les suivantes :

- a) **Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)** Pour que l'OMS puisse s'acquitter de son

¹ [Des propositions ont été faites en vue de supprimer ce paragraphe et de changer la date. Le texte ci-dessus représente une des possibilités.]

rôle directeur en appuyant la mise en oeuvre des stratégies et orientations révisées pour la lutte antipaludique dans le monde, on estime qu'un montant de US \$1 302 500 000 sera nécessaire sur une période de dix ans (y compris l'exercice 2006-2007). Ces coûts correspondent au plan de travail en cours pour l'exercice, ainsi qu'au développement des activités requis au titre du projet de plan stratégique à moyen terme et des objectifs stratégiques pertinents.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$137 millions plus US \$1 million pour l'appui mondial à la Journée mondiale du paludisme en 2007 et US \$250 000 pour l'appui au forum permanent pour l'amélioration de la coordination.

Le Dr SHANGULA (Namibie) estime qu'il faudrait préciser l'expression « l'Initiative du Président contre le paludisme » au troisième alinéa du préambule. Il propose de supprimer les mots « ou d'autres médicaments » au paragraphe 1.3) étant donné que, dans certaines zones, des antipaludiques autres que les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont encore utilisés et s'avèrent efficaces. Pour éviter une répétition inutile, il conviendrait de supprimer le paragraphe 2.3) et de modifier le début du paragraphe 2.1) comme suit : « de fournir un appui pour que les pays en développement puissent se doter des moyens d'étendre ... ».

Le Dr SOMSAK AKKSILP (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) rappelle que, dans les lignes directrices de l'OMS pour le traitement du paludisme publiées en 2006, la monothérapie est définie comme un traitement antipaludique reposant sur un seul médicament (soit un seul composé actif ou une combinaison synergique de deux composés ayant des mécanismes d'action connexes). Pour plus de clarté, il faudrait modifier le début du paragraphe 1.3) comme suit : « à interdire dans les secteurs public et privé l'administration de monothérapies à l'artémisinine par voie orale ... », dans la mesure où c'est l'administration même plutôt que la commercialisation du produit qui doit être interdite.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), faisant référence au quatrième alinéa du préambule, suggère la suppression de la formule « et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de l'intention de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme », car il ne voit pas en quoi elle concerne le paludisme. Il appuie la proposition du membre de la Namibie de supprimer les mots « ou d'autres médicaments » au paragraphe 1.3). Afin de se situer dans la logique du texte de la résolution 61/228 de l'Assemblée générale des Nations Unies « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique », il conviendrait de modifier la formulation du paragraphe 1.4) comme suit : « à élargir l'accès à des associations médicamenteuses antipaludiques sûres, efficaces et d'un coût abordable, à un traitement préventif intermittent dans le cas des femmes enceintes, à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, notamment par la distribution gratuite de moustiquaires le cas échéant, et à des insecticides à effet rémanent pulvérisables à l'intérieur des habitations compte tenu des réglementations, normes et directives internationales pertinentes ». Le paragraphe 1.5) devrait être remplacé par les termes de la résolution WHA59.24 comme suit : « à prendre en compte les flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce » et, pour donner plus de flexibilité, il faudrait supprimer le mot « permanent » au paragraphe 3.3).

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique), tout en appuyant le projet de résolution, rappelle les observations formulées précédemment par le Mexique sur la participation de la communauté et les mécanismes de lutte contre les vecteurs, qui n'ont pas été consignés dans le projet. Par conséquent, il propose d'incorporer au texte les termes de la résolution CD46.R13 de l'OPS et d'exhorter les Etats Membres à « exécuter des approches intégrées de prévention et de contrôle du paludisme à l'aide d'une collaboration multisectorielle et d'une participation coresponsable de la

communauté » et à « chercher à réduire les facteurs de risque de transmission à l'aide de la gestion intégrée des vecteurs ; et promouvoir l'amélioration des conditions locales et environnementales et des milieux sains ... ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), faisant référence aux observations du membre des Etats-Unis, souligne que la formulation du quatrième alinéa du préambule est compatible avec le paragraphe 5 de la résolution 61/228 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Pour plus de clarté, une référence à l'origine du texte pourrait être incluse sous la forme d'une note de bas de page.

Le Dr NYIKAL (Kenya), notant que le paragraphe 1.5) vise à améliorer l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies de prévention du paludisme, demande des précisions sur l'amendement proposé par les Etats-Unis.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) offre de fournir au membre du Kenya dans un cadre informel une explication sur la raison d'être de l'amendement proposé, avant que le projet de résolution ne soit examiné plus avant.

Le Dr QI Qingdong (Chine) rappelle que la Chine avait à l'origine préconisé la suppression du paragraphe 1.3). La Chine serait toutefois prête à accepter le texte moyennant l'insertion du mot « progressivement » après « cesser ».

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) annonce qu'étant donné l'ampleur des changements proposés, une version révisée du texte comportant les modifications sera établie en vue de son examen lors d'une prochaine séance.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 243.)

Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme : Point 4.3 de l'ordre du jour (documents EB120/8 et EB120/8 Add.1 Rev.1) (suite de la troisième séance, section 2)

Le PRESIDENT attire l'attention du Conseil sur une version révisée du projet de résolution, libellée comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme ;

Notant les progrès accomplis depuis 1991 dans la réalisation des cibles internationales fixées à 2005 et, plus récemment, depuis la création du partenariat Halte à la tuberculose en application de la résolution WHA51.13 ;

¹ Document EB120/8.

² Voir dans le document EB120/8 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Consciente qu'il faut faire fond sur ces progrès et surmonter les obstacles pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 par le partenariat Halte à la tuberculose – dans la perspective de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire : « D'ici à 2015, avoir maîtrisé ... d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » –, à savoir diminuer de moitié d'ici à 2015 la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie par rapport aux taux de 1990 ;

Notant que la stratégie Halte à la tuberculose est conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte antituberculeuses qui inclut la stratégie de lutte contre la tuberculose convenue au plan international (stratégie DOTS), amplifie les activités de lutte antituberculeuse et en élargit le champ ;

Accueillant favorablement le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du Partenariat, dans lequel sont exposées les activités à entreprendre pour appliquer la stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 ;

Consciente qu'il faut élargir, amplifier et accélérer les recherches indispensables pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique d'importance mondiale d'ici à 2050 ;

Craignant que des retards dans l'application du plan mondial ne se traduisent par une augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès, y compris ceux dus à la tuberculose multirésistante (et ultrarésistante) et à l'impact du VIH, et ne retardent par conséquent la réalisation, d'ici à 2015, des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse et de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant que, dans la résolution WHA58.14, les Etats Membres sont encouragés à s'acquitter de l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à établir et appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme conformes au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, dans le cadre de plans généraux de développement sanitaire et en collaboration avec d'autres programmes (y compris les programmes de lutte contre le VIH/sida, de santé de l'enfant et de renforcement des systèmes de santé) **et par le biais des partenariats nationaux Halte à la tuberculose [Afghanistan]** dans le but :

a) de progresser plus vite vers les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 en appliquant intégralement et rapidement la stratégie Halte à la tuberculose, **progrès mesurés par l'amélioration des systèmes d'information sanitaire en vue de l'évaluation des résultats des programmes nationaux [Thaïlande]** ;

b) de limiter le risque que n'apparaisse et ne se transmette la tuberculose multirésistante, y compris la tuberculose ultrarésistante, en veillant à la bonne exécution des programmes DOTS de lutte antituberculeuse **en tant que mesure première et essentielle à la pleine mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose [Iraq] et en appliquant rapidement des mesures de lutte contre l'infection [Etats-Unis d'Amérique]** ;

b bis) s'ils sont touchés, de s'attaquer immédiatement au problème de la tuberculose ultrarésistante dans le cadre de la stratégie générale Halte à la tuberculose, en tant que principale priorité sanitaire [Portugal] ;

- b ter) de renforcer les capacités de laboratoire afin de soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isoléments prélevés chez tous les patients tuberculeux à frottis positif, et de promouvoir l'accès à un examen microscopique des frottis de qualité assurée [Etats-Unis d'Amérique] ;**
- c) d'élargir l'accès aux médicaments de deuxième intention dont la qualité est garantie et le prix abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose ;
- 2) à utiliser tous les mécanismes de financement possibles pour s'acquitter des engagements pris dans la résolution WHA58.14, y compris celui d'assurer un financement intérieur et extérieur durable, **comblant ainsi les déficits de financement dégagés dans le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 de la prévention et de la lutte antituberculeuses [Afghanistan] ;**
- 2 bis) à déclarer la tuberculose urgence sanitaire, le cas échéant, et à affecter des ressources supplémentaires pour renforcer les activités destinées à interrompre la propagation de la tuberculose ultrarésistante [Kenya] ;**
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de mieux soutenir les Etats Membres pour développer **la mise en oeuvre de la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant [Thaïlande]** le potentiel et en améliorant les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, **particulièrement la qualité des activités DOTS [Iraq], et en appliquant des mesures de lutte contre l'infection [Etats-Unis d'Amérique]** dans le contexte général du renforcement des systèmes de santé, afin d'atteindre les cibles internationales fixées à 2015 ;
- 1 bis) de renforcer de toute urgence l'appui de l'OMS aux pays touchés par la tuberculose ultrarésistante [Portugal] ;**
- 2) de faire en sorte que l'OMS ~~seconde~~ **assure mieux la direction des activités au sein du [Madagascar]** le partenariat Halte à la tuberculose dans la coordination des efforts déployés pour mettre en oeuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, et d'obtenir un engagement à long terme qui ~~en~~ **garantisse le financement durable du plan mondial moyennant des mécanismes améliorés visant à accroître le financement [Thaïlande] ;**
- 2 bis) de renforcer les mécanismes permettant d'examiner et de suivre les estimations de l'impact des activités de lutte sur la charge que fait peser la tuberculose, y compris l'incidence, la prévalence et la mortalité [Afghanistan] ;**
- 2 ter) de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils développent les capacités de laboratoire pour soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isoléments prélevés chez tous les patients tuberculeux à frottis positif [Etats-Unis d'Amérique] ;**
- 3) d'accroître le rôle de l'OMS dans la recherche sur la tuberculose pour promouvoir la recherche appliquée nécessaire pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et la recherche fondamentale nécessaire pour éliminer la tuberculose d'ici à 2050 ; et de mieux soutenir au niveau mondial les branches de la recherche sur la tuberculose qui sont actuellement insuffisamment financées ;
- 4) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur :
- a) la mise en oeuvre du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, y compris la mobilisation de ressources intérieures et extérieures pour sa mise en oeuvre ;
- b) les progrès accomplis dans la réalisation des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015, en se fondant sur la

« proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) » (indicateur 24 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer les résultats des programmes nationaux, et sur le taux d'incidence, « le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie » (indicateur 23 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer l'impact de l'action menée sur l'épidémie de tuberculose.

Les incidences financières révisées sont les suivantes :

b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$260 millions, ce qui couvre le budget révisé de US \$235 millions pour le domaine d'activité Tuberculose, et un montant supplémentaire de US \$25 millions nécessaire pour que l'OMS puisse s'acquitter de son rôle en matière de renforcement des laboratoires, d'évaluation de l'impact et de fourniture d'un appui mondial aux actions nationales face à l'émergence de la tuberculose ultrarésistante en 2007.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) met en question l'amendement proposé par la Thaïlande au paragraphe 1.1) a) du dispositif du projet de résolution. Le meilleur indicateur des progrès serait la réduction de la morbidité et de la mortalité, bien qu'il soit nécessaire d'améliorer les systèmes d'information sanitaire pour mesurer ces indicateurs.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) est favorable à l'amendement proposé au paragraphe 1 par le membre de l'Afghanistan. Cependant, tous les pays ne disposent pas d'un partenariat Halte à la tuberculose. Le Dr Agwunobi propose d'insérer « le cas échéant » après « partenariats nationaux Halte à la tuberculose ».

Le Dr SHANGULA (Namibie) demande si l'amendement proposé au paragraphe 1) b bis) est censé remplacer ou compléter le paragraphe 1) b). Il suggère de remplacer « s'attaquer » par un autre terme plus approprié à un contexte médical.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) propose « s'employer à résoudre » à la place de « s'attaquer ». Le paragraphe 1) b bis) représente un ajout de texte. Dans la version définitive de la résolution, les paragraphes du dispositif seront marqués d'un nouveau numéro.

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) suggère, comme solution de remplacement à l'amendement proposé par la Thaïlande au paragraphe 1.1) a), de reformuler le paragraphe 1.1) b ter) comme suit : « d'améliorer les systèmes d'information sanitaire afin de fournir des instruments pour évaluer les résultats des programmes nationaux et renforcer les capacités de laboratoire ... ».

Le Dr RAVIGLIONE (Halte à la tuberculose) propose, avec l'accord de la délégation thaïlandaise, de traiter la seconde partie du paragraphe 1.1) a) comme un sous-paragraphe distinct.

Il en est ainsi convenu.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

¹ Résolution EB120.R3.

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale : Point 4.5 de l'ordre du jour (documents EB120/22 et EB120/22 Add.1) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT invite les participants à formuler des observations sur le texte révisé du projet de résolution, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les nombreuses résolutions connexes des comités régionaux, **notamment celles relatives à la santé mentale ; [Portugal]**

Profondément préoccupée par le fait qu'en 2005 les maladies non transmissibles chroniques ont entraîné, selon les estimations, 35 millions de décès (60 % de la mortalité mondiale), que 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et que près de 16 millions de décès ont frappé des personnes de moins de 70 ans ;

Notant que la mortalité due aux maladies non transmissibles chroniques devrait augmenter de 17 % d'ici 2015, avec de graves répercussions socio-économiques pour les Etats Membres, les communautés et les familles ;

Notant par ailleurs les liens entre maladies non transmissibles chroniques, développement, **environnement [Portugal]** et sécurité humaine, et leur contribution aux inégalités en matière de santé ;

Constatant que l'action multisectorielle continue d'être limitée faute de sensibilisation à la pandémie des maladies non transmissibles chroniques et de mesures appropriées pour la contrer ;

Notant que l'importance de la lutte contre les maladies chroniques a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015, qui comprend notamment une cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les maladies chroniques de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

Prenant acte du volume croissant de données probantes concernant la rentabilité de plusieurs interventions simples pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles chroniques ;

Notant l'importance de motiver et d'éduquer les individus et les familles et de les aider à faire des choix sains dans leur vie quotidienne, notamment en ce qui concerne l'alimentation, l'exercice physique et l'usage du tabac ; [Australie]

¹ Document EB120/22.

² Voir dans le document EB120/22 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Confirmant qu'il est important de lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles chroniques de façon intégrée, complète, multisectorielle et progressive ;

Ayant à l'esprit que l'action face à la ~~double~~ **triple [Jamaïque]** charge des maladies infectieuses, ~~et~~ des maladies non transmissibles chroniques ~~et des traumatismes [Jamaïque]~~ à laquelle sont confrontés de nombreux pays et aux pénuries graves de ressources dont ils souffrent exige un solide système de soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé intégré ;

Reconnaissant que la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une mesure essentielle pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles chroniques ;

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et améliorer la qualité des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne les informations fournies aux consommateurs et le mode de commercialisation des **nouveaux produits sains [Etats-Unis d'Amérique]**, en particulier auprès des enfants ;

Reconnaissant en outre qu'il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les conséquences socio-économiques et développementales des maladies non transmissibles chroniques et sur l'issue des interventions disponibles ;

Sachant que les Etats Membres ne consacrent qu'une petite partie de leur budget de la santé à la prévention des maladies non transmissibles chroniques et à la santé publique, et qu'une augmentation, même minime, de ce pourcentage aurait des retombées bénéfiques considérables sur les plans sanitaire et socio-économique ;

~~Rappelant qu'il existe plusieurs mécanismes novateurs pour financer les programmes nationaux de prévention de la maladie et de promotion de la santé ;~~
[Etats-Unis d'Amérique]

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à renforcer aux niveaux national et local la volonté politique de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles chroniques dans le cadre d'un engagement en faveur de la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les maladies non transmissibles chroniques de 2 % par an au cours des dix prochaines années, qui figure dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;

2) à établir ou renforcer, ~~selon le contexte national,~~ **[Kenya]** un mécanisme national de coordination pour la prévention des maladies non transmissibles chroniques doté d'un large mandat multisectoriel comprenant la mobilisation d'une volonté politique et de ressources financières et faisant appel à toutes les parties prenantes ;

3) à élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles chroniques, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, et qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes **et qui fasse participer activement la société civile ; [Australie]**

3 bis) à accroître les crédits budgétaires consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques [Kenya] et à prévoir dans le budget annuel de la santé une ligne budgétaire pour la lutte contre ces maladies en tant qu'étape essentielle de la mise en oeuvre des politiques ; [Jamaïque]

3 ter) à étudier la possibilité de mettre en oeuvre des instruments internationaux et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles chroniques de 2 % par an au cours des dix prochaines années ; [Kenya]

- 4) à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques une partie intégrante des programmes en vue de renforcer les systèmes de soins de santé primaires, **et à consolider ces systèmes afin qu'ils puissent faire face aux problèmes soulevés par les maladies non transmissibles chroniques ; [Jamaïque]**
 - 5) à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation, y compris les mécanismes de surveillance épidémiologique dans les pays, ~~afin d'évaluer l'action des systèmes de santé et de tous les secteurs compétents, y compris le secteur privé de recueillir~~ **des données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques ; [Etats-Unis d'Amérique]**
 - 6) à veiller à ce que les systèmes nationaux de santé soient organisés de manière à pouvoir faire face aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose de mettre tout particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires ; [Portugal]
 - 7) à examiner les possibilités d'utiliser les mécanismes législatifs ou réglementaires nationaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ; [Portugal]
2. PRIE le Directeur général :
- 1) **sur la base des grandes lignes esquissées dans le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles**, d'élaborer pour la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé un plan d'action définissant les priorités, les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles entre 2008 et 2013 aux niveaux mondial et régional, et de fournir **là où cela est nécessaire** un appui à **l'élaboration, renforcer** à la mise en oeuvre intensifiée et au suivi des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles chroniques, notamment en poursuivant la mise au point d'une intervention destinée à prendre en charge les personnes à haut risque de maladies chroniques ;
 - 2) de sensibiliser davantage les Etats Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de mécanismes nationaux multisectoriels de coordination et de surveillance, ainsi que de plans de lutte contre les maladies non transmissibles chroniques ;
 - 3) de fournir un soutien aux Etats Membres qui en font la demande **et de promouvoir les partenariats, la collaboration, la coopération et la diffusion des meilleures pratiques entre Etats Membres, [Bolivie et Chili]** pour qu'ils incorporent des interventions complètes de lutte contre les maladies non transmissibles chroniques dans les politiques et les programmes nationaux, y compris les politiques et programmes relatifs aux systèmes de santé, et pour qu'ils élargissent les interventions, **notamment les stratégies visant à éduquer et aider les individus et les familles ; [Australie]**
 - 4) de diffuser aux Etats Membres en temps opportun et de manière cohérente des informations sur les interventions essentielles d'un bon rapport coût/efficacité visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles chroniques ;
 - 4 bis) **d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques, afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques ; [Jamaïque]**
 - 5) d'encourager le dialogue avec le secteur privé **notamment, [Australie et Portugal]** afin d'accroître **la demande relative et [Australie]** l'offre d'aliments sains, de promouvoir une alimentation saine, ~~de réduire~~ et la commercialisation et ~~la promotion~~ de produits ~~noëifs pour la santé~~ **sains [Etats-Unis d'Amérique]**, et d'améliorer l'accès aux médicaments des populations à haut risque dans les pays à

revenu faible ou intermédiaire **et de mettre en place des programmes de promotion de la santé et de bien-être sur les lieux de travail ; [Jamaïque]**

6) de développer et de maintenir les contacts avec les médias afin qu'ils continuent de faire une large place aux questions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles chroniques ;

7) de mieux faire comprendre les conséquences socio-économiques des maladies chroniques au niveau national et au niveau des ménages, ~~ainsi que les liens avec la pauvreté et l'insécurité humaine~~ **en particulier [Etats-Unis d'Amérique]** dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

7 bis) de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent, y compris en termes de ressources ; [Portugal]

8) de faire rapport à ~~l'~~ **la Soixante-Troisième [Portugal]** Assemblée de la Santé, **et par la suite tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé [Kenya]**, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, **y compris dans l'application du plan d'action. [Portugal]**

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que les agences techniques de son pays souhaiteraient remplacer le terme « maladies non transmissibles » par « maladies chroniques ». Certaines maladies chroniques, comme les cancers du col de l'utérus ou de l'estomac, sont provoquées par un virus transmissible tel le virus du papillome humain et ne peuvent pas être qualifiées avec justesse de non transmissibles.

Le Dr Agwunobi désapprouve la proposition de supprimer au paragraphe 1.2) l'expression « selon le contexte national ». Au paragraphe 1.3 bis), il suggère une formulation du type « à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies chroniques ». Il faudrait employer au paragraphe 1.7) les termes de la résolution WHA53.17, paragraphe 1.2) d), à savoir : « à mettre l'accent sur le rôle central des fonctions gouvernementales, et notamment des fonctions réglementaires, dans la lutte contre les maladies non transmissibles ». En général, quand des amendements sont proposés, il semble souhaitable de suggérer une formule de remplacement qui, de par son emploi dans d'autres textes, bénéficie déjà d'une forme de validation.

Le paragraphe 2.1) devrait comporter après « Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé » les mots « par l'intermédiaire du Conseil exécutif ».

Mme HALTON (Australie) souligne qu'il n'existe pas forcément de mécanismes nationaux de coordination dans les fédérations d'Etats qui ont leurs propres arrangements budgétaires. Elle suggère d'inclure « en tant que de besoin » au paragraphe 1.2) après « établir ou renforcer » et de remplacer « accroître » par « étudier la possibilité d'accroître » au début du paragraphe 1.3 bis). Dans le même paragraphe, il faudrait insérer « le cas échéant » après « prévoir ». Au paragraphe 1.3 ter), Mme Halton propose l'insertion du mot « existants » après « instruments internationaux ». Au paragraphe 2.1), il devrait être spécifié à quel rapport il est fait référence. Il conviendrait d'insérer l'expression « s'il y a lieu » au paragraphe 2.5) après « programmes de promotion de la santé et de bien-être sur les lieux de travail », ainsi qu'au paragraphe 2.7 bis) avant « en termes de ressources ».

Le Dr SMITH (Danemark) est favorable à la proposition des Etats-Unis de remplacer le paragraphe 1.7) par une formule qui a déjà été validée dans ce contexte. Elle propose la suppression des adjectifs « nouveaux » et « sains » au treizième alinéa du préambule et au neuvième alinéa de tout le texte après « vie quotidienne » : il est préférable d'omettre toute mention des facteurs de risque plutôt que de n'en mentionner que quelques-uns. Le paragraphe 2.5) a perdu son idée-force. Le Dr Smith suggère de modifier le texte comme suit « de coopérer avec les parties du secteur privé qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles dans la mise en oeuvre de la stratégie et d'encourager une alimentation saine » et de continuer à partir de « l'accès aux

médicaments » avec le texte existant. A la fin du paragraphe, elle propose d'ajouter « tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), en réponse à une question du Dr TANGI (Tonga), explique qu'il n'a pas proposé de façon formelle un amendement en rapport avec le terme « maladies non transmissibles ». Il souhaite seulement souligner que le terme « maladies chroniques » a une base scientifique plus solide.

Le Dr TANGI (Tonga) dit qu'il juge les deux termes acceptables. Ils sont tous deux utilisés par l'Oxford Health Alliance. Cependant, pour l'heure, il serait préférable de conserver le terme généralement employé à l'OMS.

Le Dr SHANGULA (Namibie) avance que la distinction établie par le membre des Etats-Unis d'Amérique entre maladies non transmissibles et maladies chroniques renvoie à une zone floue. Le VIH/sida, bien qu'il s'agisse d'une maladie transmissible, est également considéré comme une maladie chronique dans certains cas, mais il ne saurait être défini comme non transmissible. Il serait préférable de s'en tenir au vocabulaire d'usage courant.

Le Dr NYIKAL (Kenya) accepte la proposition de rétablir l'expression « selon le contexte national » au paragraphe 1.2). Au paragraphe 1.3), il demande si l'expression « toutes les parties prenantes » englobe les brasseurs et l'industrie du tabac. Il semble souhaitable de trouver un terme qui comprenne les protagonistes dont les activités peuvent nuire à la santé.

Le Dr SUPAKIT SIRILAK (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), faisant référence au neuvième alinéa du préambule, qui commence par « Notant l'importance de motiver ... » propose d'ajouter « et le rôle majeur joué par les gouvernements pour établir des politiques publiques et des environnements sains ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) approuve l'observation du Danemark concernant la proposition des Etats-Unis pour le paragraphe 1.7).

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) suggère de reformuler le paragraphe 2.5) pour prier le Directeur général de promouvoir et de mettre en place des politiques spécifiques. Il soumettra à cet effet au Secrétariat une proposition écrite.

Le Dr SHANGULA (Namibie), faisant référence au neuvième alinéa du préambule, note que cet alinéa semble couvrir les aspects positifs et négatifs du mode de vie.

Le PRESIDENT annonce qu'une nouvelle version du projet de résolution, comportant les amendements proposés, sera disponible à la prochaine séance.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, p. 260.)

Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants : point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 et EB120/37 Add.1) (suite de la sixième séance)

Le Dr TANGI (Tonga) souscrit aux observations faites la veille en séance. Il dit que les problèmes liés à l'usage rationnel des médicaments semblent résulter largement du comportement des

gens. Dans les grands hôpitaux, les politiques et les règles en matière de prescription peuvent être mises en oeuvre aisément. La plupart des difficultés liées aux prescriptions surviennent au niveau des soins de santé primaires, par exemple lorsque les médecins ont en face d'eux des parents angoissés ou que les professionnels de la santé répondent à la pression des patients en prescrivant des antibiotiques. Se posent également la question de savoir comment financer les systèmes de santé et le problème de l'incapacité, pour les personnes démunies, d'acheter des médicaments de qualité. Le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique a demandé la suppression de tout le texte figurant entre crochets dans le projet de résolution présenté dans le document EB120/7, mais il a aussi demandé de conserver l'alinéa du préambule commençant par « [Reconnaissant l'importance du financement des médicaments ...] ». En l'absence de politique adaptée de financement des traitements, les personnes démunies resteront chez elles quand elles sont malades ou recourront à des traitements inappropriés.

Le Dr QI Qingdong (Chine) explique que la résistance aux antimicrobiens est un problème grave en Chine. L'usage irrationnel des médicaments diminue les ressources sanitaires déjà rares, pèse sur la société et présente un risque pour la santé. Son Gouvernement appuie sans réserve les mesures d'intervention proposées dans le rapport. Pour apporter un réel changement, il est nécessaire d'adopter une approche holistique, avec des mécanismes gouvernementaux et un code de conduite normalisé pour les professionnels de la santé. Le secteur public doit se joindre aux organisations non gouvernementales et au secteur privé pour réglementer l'usage des médicaments. Il faudrait renforcer la formation médicale dans ce domaine et concevoir un système d'évaluation des médicaments. La Chine met au point actuellement un système national de médicaments essentiels et compte changer les attitudes des gens. Elle est désireuse de tirer un enseignement des expériences des organisations internationales et des autres pays.

Le Dr Qi Qingdong appuie le projet de résolution présenté dans le document EB120/7, mais propose d'insérer « surveiller et » au paragraphe 1.2) avant « promouvoir l'usage rationnel ».

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) estime que, bien qu'il soit exposé des points extrêmement importants dans les deux projets de résolutions, les deux textes sont tellement similaires qu'il est difficile de comprendre la nécessité d'établir des résolutions distinctes.

Le Dr OGWELL (suppléant du Dr Nyikal, Kenya) reprend à son compte les observations formulées par le membre de la Thaïlande. Il est clairement expliqué dans le rapport les raisons pour lesquelles on ne dispose pas de médicaments pour les enfants, et pourquoi les facteurs en cause perdurent en dépit des nombreuses résolutions de l'Assemblée de la Santé sur les médicaments essentiels et sur l'usage rationnel des médicaments. En Afrique et ailleurs dans des pays en développement, la situation est aggravée par les problèmes socio-économiques. Le marché est limité parce que les gens n'ont pas les moyens d'acheter leurs médicaments et que les gouvernements ne peuvent pas non plus en supporter le coût. A cause de cela, des enfants meurent. La situation est exacerbée par des accords commerciaux internationaux « sans états d'âme ».

Le Dr Ogwell soutient le projet de résolution présenté dans le document EB120/37, mais, pour le renforcer, propose l'adjonction dans le préambule d'un nouvel alinéa libellé comme suit : « Notant avec préoccupation que les enfants dans les pays en développement sont encore plus désavantagés lorsqu'ils n'ont pas physiquement et économiquement accès aux médicaments essentiels » ; l'incorporation d'un nouveau paragraphe 1.5) qui se lirait : « d'utiliser les arrangements internationaux existants pour faire en sorte que les accords commerciaux internationaux en rapport avec la santé ne limitent pas l'accès des enfants aux médicaments essentiels » ; et l'insertion au paragraphe 2.4) avant « réunir » du membre de phrase « assurer le commerce équitable de médicaments essentiels et ».

M. RAMOTSOARI (Lesotho) est favorable aux amendements proposés pour les deux projets de résolutions. En ce qui concerne l'usage rationnel des médicaments, plusieurs partenaires se sont montrés intéressés, et il est important de suivre leurs activités pour que les informations puissent être

actualisées. Il faudrait que l'Assemblée de la Santé reçoive tous les deux ans des rapports sur l'usage rationnel des médicaments.

Les paragraphes 2.6) et 2.5) des projets de résolutions présentés respectivement dans les documents EB120/7 et EB120/37 devraient être identiques puisqu'ils portent le même message.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) juge que l'usage rationnel des médicaments dans les pays africains est entravé par l'afflux de médicaments de contrefaçon qui sont étiquetés et emballés de manière convaincante. Les pays ne sont pas en mesure de tester ces médicaments parce qu'ils ne disposent pas des laboratoires nécessaires. Certains produits, qui arrivent étiquetés dans des langues que les populations locales ne comprennent pas, ne peuvent pas, de ce fait, être prescrits correctement. Certains fabricants ont recours à des pratiques peu scrupuleuses en proposant à la vente des médicaments bien en dessous du prix normal, mais auxquels ils n'ont incorporé qu'une partie de l'ingrédient actif ; de ce fait, les patients reçoivent à leur insu moins que la dose recommandée. Les Etats Membres qui n'ont pas la capacité de tester les médicaments destinés à leur population doivent bénéficier d'un appui pour créer des laboratoires de contrôle de la qualité afin de surveiller la qualité des médicaments importés.

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre de la Bolivie, rappelle que l'accès aux médicaments et leur usage rationnel sont considérés depuis longtemps à l'OMS comme des enjeux importants ; les résolutions adoptées et les programmes mis en place ont été nombreux. Toutefois, certains aspects soulèvent des questions, par exemple, comment est-il possible de tester les médicaments pédiatriques quand les essais cliniques sur les enfants sont interdits ? Il partage l'avis du membre des Etats-Unis selon lequel le budget alloué pour les activités relatives à l'usage rationnel des médicaments est très élevé, dépassant de loin dans certains pays le budget annuel consacré aux médicaments. Il est important de garder à l'esprit que c'est dans les listes nationales des médicaments essentiels qu'il est établi quels sont les médicaments autorisés dans un pays. Ces listes devraient être fondées sur le principe d'efficacité, ainsi que sur des critères évalués lors d'essais cliniques, comme la sécurité et la qualité. Il serait utile que les pays procèdent à des échanges en ce qui concerne leurs listes respectives. Toute résolution qui encourage les efforts visant à assurer l'accès aux médicaments et leur bon usage mérite d'être appuyée.

Le Dr URBINA (El Salvador) dit que les attitudes des gens ont changé : il est courant d'avoir recours à l'automédication pour éviter le prix d'une consultation ou parce que l'accès aux médicaments est facilité, bien que, dans une large mesure, les personnes n'aient pas conscience qu'en résolvant un problème elles en créent un autre. Il est nécessaire de concevoir des stratégies d'information du public sur les produits qui peuvent être pris sans prescription. Cette question devrait être prise en compte dans l'un des projets de résolution.

Le Dr SHANGULA (Namibie) appuie les deux projets de résolutions mais, comme le membre du Brésil, met en doute la nécessité d'établir deux textes tellement similaires. Il propose de supprimer le membre de phrase « et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants » du préambule du projet de résolution présenté dans le document EB120/7, dans la mesure où il renvoie à l'objet du second projet de résolution. Il conviendrait d'harmoniser les deux textes pour que toutes les questions relatives à l'usage rationnel des médicaments figurent dans le premier et toutes celles relatives aux enfants dans le second.

Mme VARAVIKOVA (Fédération de Russie)¹ reprend à son compte les observations sur le danger de confondre les deux textes, qui sont en fait des projets de résolutions séparés, avec chacun une cible, des propositions budgétaires et des résultats escomptés qui leur sont propres. Le projet de

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

résolution sur l'usage rationnel des médicaments est d'une importance cruciale. Dans tous les pays dotés d'un système de santé, quel que soit leur niveau de revenu, il est nécessaire de mettre en place des programmes de systèmes de santé coordonnés par l'OMS sur l'usage rationnel des médicaments afin de renforcer les soins de santé primaires. Si l'industrie pharmaceutique est souvent la seule source d'information sur les médicaments dont disposent les médecins en exercice, ceux-ci ont néanmoins besoin d'informations indépendantes pour en assurer un usage rationnel.

Afin de garantir la qualité des programmes mis en oeuvre par les ministères de la santé, l'OMS devrait envoyer des experts sur le terrain pour qu'ils travaillent avec les pays à la promotion de l'usage rationnel des médicaments. Une étroite collaboration entre les experts de l'OMS et le personnel des services interministériels nationaux, ainsi que l'affectation de ressources budgétaires apportées par l'OMS pour le financement de ces programmes permettraient d'inscrire l'usage rationnel des médicaments dans le cadre de la sécurité nationale et du droit des hommes à la santé, y compris à des soins médicaux de qualité. Par conséquent, Mme Varavikova soutient la proposition du membre de la Jamahiriya arabe libyenne visant à rétablir, au paragraphe 2 du projet de résolution présenté dans le document EB120/7, la demande adressée au Directeur général dans une version précédente d'élargir et de renforcer l'appui technique de l'OMS aux Etats Membres pour la création d'organes multidisciplinaires nationaux afin de contrôler l'usage des médicaments et de coordonner la mise en oeuvre des programmes nationaux en faveur d'un usage rationnel.

S'agissant du projet de résolution sur l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants présenté dans le document EB120/37, Mme Varavikova apporte son soutien aux activités de l'OMS dans ce domaine et attire l'attention sur la nécessité d'encourager l'établissement de registres nationaux et internationaux des effets négatifs des médicaments sur les enfants. Elle propose que le Conseil adopte les deux résolutions séparément.

M. POMOELL (Finlande)¹ indique que les médicaments conçus spécifiquement pour soigner les enfants, qui représentent un tiers de la population mondiale, font défaut ou, quand ils existent, ne sont pas disponibles à grande échelle pour de nombreuses maladies. Les enfants ne peuvent pas, dans la plupart des cas, être soignés comme les adultes pour ce qui est de l'usage des médicaments. Les produits à usage médical destinés aux enfants doivent être conformes aux normes en matière de pharmacocinétique, d'efficacité et d'innocuité, et nécessitent une forme galénique appropriée pour une administration facile et sûre. De nombreux produits à usage médical administrés aux enfants n'ont pas été évalués spécifiquement pour un usage pédiatrique et, par conséquent, leur commercialisation n'est pas autorisée ; ils ne remplissent pas les mêmes critères de qualité, d'innocuité et d'efficacité que les médicaments pour adultes.

L'absence de médicaments adaptés aux enfants est un problème mondial qui touche les pays quel que soit leur revenu, fait obstacle à la réalisation de plusieurs objectifs du Millénaire pour le développement et constitue un manquement aux droits de l'enfant. Bien que certains pays aient reconnu ces dernières années les problèmes liés aux médicaments pédiatriques, il n'y a pas eu d'examen global de la situation ni de plan mondial de développement, d'où la proposition de la Finlande d'ajouter un nouveau point à l'ordre du jour du Conseil.

M. HILMERSON (Suède),¹ appuyé par le Dr JAKSONS (Lettonie), propose que, afin de préciser quel type de soutien doit être apporté aux pays par le Secrétariat et de répondre aux préoccupations de la Chine sur la surveillance, le paragraphe 2.2) du projet de résolution présenté dans le document EB120/7 soit modifié comme suit : « de renforcer au besoin le soutien de l'OMS aux Etats Membres lorsqu'ils s'efforcent de créer et/ou de renforcer les programmes nationaux de surveillance et d'évaluation de l'usage des médicaments, de développer et de coordonner la mise en oeuvre de stratégies globales, ciblées, y compris le renforcement des capacités institutionnelles, pour promouvoir

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

l'usage rationnel des médicaments dans les secteurs public et privé ». M. Hilmerson demande instamment au Conseil de conserver le texte figurant entre crochets.

Mme NGAUNJE (Malawi)¹ explique qu'en raison du VIH/sida, de divers facteurs économiques et d'autres questions de santé, les jeunes de moins de 15 ans constituent la majorité de la population du Malawi. Leurs besoins sanitaires représentent une lourde charge pour les services médicaux du pays, les familles, les communautés et la nation dans son ensemble. Les pays comme le Malawi peuvent rarement s'offrir un vaste choix de médicaments pédiatriques et le Malawi s'estime heureux de disposer des médicaments essentiels pour les enfants nécessiteux. Il importe particulièrement d'effectuer des travaux de recherche et une évaluation de qualité pour assurer un usage plus efficace et rationnel des médicaments destinés aux enfants d'Afrique, fournir aux enfants un service urgent et depuis longtemps nécessaire, et peut-être également réduire les effets secondaires et la toxicité des schémas d'administration des médicaments non approuvés. Mme Ngaunje soutient les efforts engagés par l'OMS pour accroître la quantité et la qualité des médicaments disponibles pour les enfants.

M. RAJALA (Commission européenne) dit que le Règlement de l'Union européenne relatif aux médicaments à usage pédiatrique entrera en vigueur le 26 janvier 2007 et qu'il devrait conduire, par un ensemble de prescriptions, de récompenses et d'incitations, à un développement important de la conception et de l'autorisation de médicaments pédiatriques. Au moyen de ce texte, il est instauré une récompense sous la forme d'une prorogation de six mois de la période de protection supplémentaire et un nouveau type d'autorisation de mise sur le marché pour les médicaments pédiatriques. Ce Règlement comprend également une disposition sur le financement par l'Union européenne de la recherche destinée au développement et à l'autorisation de l'usage pédiatrique des médicaments non couverts par un brevet, ce qui devrait améliorer l'accès à ces médicaments. En favorisant la mise au point et l'autorisation de médicaments pédiatriques dans l'Union européenne, le Règlement permettra de moins dépendre d'une utilisation non homologuée et hors indication, et aura donc un impact positif direct sur l'usage non rationnel des médicaments. Il devrait également profiter aux enfants en dehors de l'Union européenne.

La Commission soutient le projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments dans la mesure où l'usage rationnel est un élément important des politiques et des stratégies pharmaceutiques saines. En 2005, elle a réuni un forum pharmaceutique de haut niveau regroupant actuellement des représentants de l'ensemble des 27 Etats Membres ainsi que des partenaires. L'information des patients joue un rôle important dans l'usage rationnel puisqu'on note chez les patients bien informés un meilleur taux d'observance du traitement et une meilleure compréhension des aspects de sécurité pertinents ; les participants au forum ont cherché des moyens de produire des informations de qualité, compréhensibles et facilement accessibles sur les maladies et les médicaments. L'efficacité relative a également une incidence sur l'usage rationnel : les participants au forum ont par conséquent insisté sur la nécessité de trouver des mécanismes pour augmenter la qualité et la quantité des données afin que celle-ci puisse faire l'objet d'évaluations à l'échelle nationale. L'existence dans l'Union européenne de 27 systèmes différents de fixation des prix et de remboursement entraîne des écarts importants en ce qui concerne la disponibilité et le coût des médicaments, et les participants au forum ont cherché les moyens d'accélérer l'accès aux médicaments tout en parvenant à un équilibre entre limiter les coûts et récompenser l'innovation. L'usage rationnel des médicaments améliore aussi la sécurité du patient, plus de la moitié des manifestations indésirables dans les soins de santé étant causées par des erreurs de prescription. Afin de réduire au minimum les nuisances évitables au patient, il convient de prescrire et d'administrer correctement les médicaments.

En 2001, la Commission a lancé une stratégie visant à combattre la menace que constitue la résistance aux antimicrobiens pour la santé des hommes, des animaux et des plantes, stratégie qui comprend la collecte de données, la surveillance, la recherche, la prise de conscience et l'arrêt

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

progressif de l'utilisation d'antibiotiques à des fins non médicales chez les animaux. L'une des composantes de cette stratégie est une recommandation sur l'usage prudent des antibiotiques, adoptée en 2002.

Le Dr EMAFO (Organe international de Contrôle des Stupéfiants des Nations Unies) dit que les effets négatifs d'Internet sur l'usage rationnel des médicaments ne semblent pas couverts dans le document EB120/7, et que la seule référence dans le projet de résolution à la coopération avec les universités se trouve dans le préambule. Il faudrait modifier le paragraphe 1.4) du projet de résolution pour y inclure une référence à la coopération avec les universités pour la formation de professionnels de la santé à l'usage rationnel des médicaments. La télémédecine et les prescriptions par Internet facilitent l'accès de larges groupes de la société aux services médicaux et pharmaceutiques, mais la possibilité d'erreurs et d'une utilisation malveillante est grande. Le fait de remplacer le contact direct patient-médecin par des échanges électroniques non réglementés pose problème. Les efforts pour réglementer ce domaine nécessitent une coopération étroite entre les pays et les organes internationaux compétents. Au paragraphe 1.5), il est question de la promotion contraire à l'éthique de médicaments par le biais d'Internet, mais non de la prescription et de la vente de médicaments sur Internet. Une réglementation en la matière s'impose d'urgence, d'autant plus que la qualité, la sécurité et l'efficacité des médicaments vendus via Internet par des dispensateurs non agréés ne peuvent être garanties.

Le Dr NOEHRENBERG (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, déclare que l'industrie pharmaceutique est totalement favorable à l'utilisation de données factuelles pour garantir que les médicaments sont administrés de façon appropriée et efficace. Chaque patient a des besoins qui lui sont propres et le traitement individuel dépend de l'accès à un éventail de thérapies et de l'autonomisation du patient. Les médicaments sont des produits chimiques puissants et souvent complexes, et les meilleurs soins sont de ce fait fonction de l'aptitude du professionnel de la santé à prescrire les produits les mieux adaptés à l'état du patient ; par ailleurs, des patients bien informés peuvent devenir de précieux partenaires pour le personnel soignant, améliorant ainsi la qualité des soins. Les politiques des gouvernements devraient donc faciliter l'accès des patients aux informations sur les soins de santé provenant de sources sûres.

L'industrie joue un rôle important pour ce qui est d'apprendre aux professionnels de la santé à établir leurs prescriptions en connaissance de cause et de manière rationnelle. Elle est souvent la seule source d'information sur les nouveaux produits, et sans cette information les patients seront privés d'un accès opportun aux médicaments novateurs. Les appels visant à limiter, voire à interdire la promotion des médicaments par l'industrie, sont peu judicieux. Le 1^{er} janvier 2007, le Code des pratiques de commercialisation de la Fédération, qui est contraignant pour tous les membres, a été renforcé.

L'OMS devrait encourager les soins de santé axés sur le patient pour promouvoir la santé plutôt que des normes de traitement reposant sur des considérations budgétaires. Les mesures prises sans fondement suffisant pour imposer comme norme de soins le même traitement pour tous aboutissent à dégrader l'état de santé et à augmenter les coûts pour la société. Le débat actuel devrait servir à donner la possibilité aux prescripteurs de faire leur choix à partir d'un éventail de produits pour satisfaire les besoins spécifiques de leurs patients, y compris des enfants.

Les incitations des Etats-Unis et de l'Union européenne ont permis la commercialisation de nombreuses formes galéniques pédiatriques. Les formes galéniques de tous les agents antirétroviraux indiquées pour les enfants sont déjà proposées sur le marché à des conditions préférentielles par le biais de programmes d'accès des sociétés.

La promotion de soins adéquats comprend la création de plans de remboursement pour récompenser l'innovation ; l'homologation plus rapide des médicaments nouveaux ou améliorés ; et l'autonomisation des patients pour qu'ils puissent participer à leurs propres soins de santé grâce à des informations appropriées émanant de sources responsables.

Le Professeur SCHALLER (Fédération internationale de Pédiatrie), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, estime que l'accès dans le monde entier à des médicaments pédiatriques sûrs et efficaces et l'usage rationnel des médicaments sont essentiels à la survie et à la santé des enfants, ainsi qu'à la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement. En juin 2006, des pédiatres, des pharmacologues cliniciens et des pharmaciens ont fondé l'Alliance internationale pour l'amélioration des médicaments destinés aux enfants afin que dans le monde entier et dans chaque pays les enfants aient accès à des médicaments sûrs et efficaces. Le Professeur Schaller souligne qu'il faut que les décisions relatives aux médicaments pédiatriques reposent sur des preuves solides des charges de morbidité aux niveaux des pays et des Régions ; qu'il faut par ailleurs inclure au premier plan de ce processus les communautés s'occupant des questions de santé, de pharmacologie et de pharmacie en rapport avec les enfants aux niveaux des pays et des régions du monde entier ; veiller à ce que les phases particulières de la physiologie, du métabolisme et des stades du développement des enfants soient dûment pris en compte dans toutes les décisions concernant l'amélioration des médicaments qui leur sont destinés ; et oeuvrer pour avoir accès à de meilleurs médicaments. Elle appuie le projet de résolution et demande instamment que l'amélioration des médicaments destinés aux enfants soit considérée comme une initiative indépendante.

M. CHAN (Fédération internationale pharmaceutique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, exhorte les Etats Membres à parvenir à un consensus en ce qui concerne l'établissement de programmes nationaux pour surveiller l'usage rationnel des médicaments. Il est préoccupé de ce que, dans le projet de résolution révisé, toutes les références à la promotion et à la mise en oeuvre de programmes nationaux visant à contrôler l'usage des médicaments ont été supprimées. Le Conseil devrait envisager de conserver une référence à la promotion de la recherche pour la mise en place de systèmes de surveillance nationaux, qui sont indispensables pour évaluer la portée des interventions.

Gardant à l'esprit les lignes directrices pour les bonnes pratiques de pharmacie publiées par l'OMS et la Fédération qu'il représente ainsi que la résolution WHA47.12 sur le rôle du pharmacien, la Fédération appelle instamment tous les Etats Membres à reconnaître ce rôle par l'élaboration, la promotion et la mise en oeuvre de politiques nationales en matière de médicaments, et notamment de recommandations concernant les traitements standard et de listes de médicaments essentiels ; et à recourir aux compétences des pharmaciens à tous les niveaux de leur système de santé. Il est nécessaire d'investir dans les ressources humaines pour la santé et dans la formation continue pour favoriser l'usage rationnel et sûr des médicaments. Les Etats Membres devraient donc envisager de soumettre l'homologation à l'obligation pour les pharmaciens et autres professionnels de la santé de suivre une formation professionnelle continue.

La Fédération s'efforce de faciliter le travail d'équipe aux niveaux national et régional pour renforcer l'usage rationnel des médicaments, y compris améliorer les médicaments destinés aux enfants.

Le Dr HOPPU (Union internationale de Pharmacologie pure et clinique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que les travaux de l'Union sont centrés sur les médicaments pédiatriques. L'Union se réjouit de l'initiative engagée par l'OMS pour promouvoir l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants et continuera à coopérer avec l'Organisation pour qu'il figure davantage de médicaments pédiatriques dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Le Dr Hoppu soutient le projet de résolution.

Les critères permettant de déterminer si un médicament doit être inclus dans la liste modèle reflètent les problèmes qui doivent être surmontés pour améliorer les médicaments destinés aux enfants. De nombreux médicaments pédiatriques actuellement en usage, même dans les pays les plus développés, ne reposent pas sur des études cliniques ayant apporté des preuves scientifiques suffisantes de leur efficacité et de leur sûreté, ne sont pas disponibles dans des formes galéniques de qualité adaptées en fonction de l'âge et leur usage n'est pas formellement établi. Ce n'est que lorsque ces problèmes sont résolus que les médicaments pédiatriques répondent aux critères de sélection et présentent un intérêt pour les enfants. Le problème de la non-disponibilité de formules galéniques adaptées à l'âge est illustré par le besoin d'associations pédiatriques en doses fixes (par exemple

d'antirétroviraux et d'antipaludiques). Il existe des signes manifestes selon lesquels les associations en doses fixes destinées aux adultes ne présentent pas le taux optimal de composants pour les enfants de tous âges et sont donc susceptibles d'entraîner une résistance. Il ne suffit pas de travailler sur la liste modèle pour fournir aux enfants la totalité, voire la plupart des médicaments importants dont ils ont besoin : il est également nécessaire de mettre en oeuvre des moyens pour favoriser la recherche, la conception et l'autorisation des médicaments dans des formes galéniques appropriées. Le Dr Hoppu se réjouit à la perspective de poursuivre la collaboration avec l'OMS.

Le Dr WAGNER (CMC – L'Action des Eglises pour la Santé), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT ainsi qu'au nom de l'Ecumenical Pharmaceutical Network et d'Action Santé internationale, fait observer que, dans le projet de résolution sur l'usage rationnel des médicaments, il est prôné une approche dans laquelle tous les partenaires jouent un rôle et qui aura des conséquences pour divers programmes de l'OMS, comme ceux consacrés à la tuberculose, au paludisme, aux maladies non transmissibles et à la santé de la femme et de l'enfant. L'adoption d'une approche holistique des systèmes de santé pour promouvoir l'usage rationnel au moyen de programmes nationaux réduirait la morbidité, la mortalité et les complications liées à la résistance, tout en contenant les dépenses des gouvernements et des particuliers. Le succès de la résolution et la viabilité future du programme dépendent de plusieurs éléments essentiels : création et financement d'organes multidisciplinaires pour assurer le suivi et la coordination des programmes nationaux d'usage rationnel ; lutte contre la promotion inexacte, trompeuse ou contraire à l'éthique de médicaments et application des mesures et critères éthiques de l'OMS pour mettre un terme à la publicité ciblée sur les consommateurs ; conception de programmes visant à améliorer l'usage des médicaments, par exemple sous la forme de recommandations en matière de traitement ; et renforcement de la liste modèle OMS des médicaments essentiels.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que, dans le premier paragraphe du projet de résolution présenté dans le document EB120/7, il devrait être souligné la nécessité de mettre en place des systèmes solides de supervision et de surveillance afin de limiter l'usage inefficace des médicaments. Le texte devrait également évoquer l'effet négatif de la participation financière des usagers sur l'usage rationnel des médicaments. Il serait également utile d'inclure une demande d'analyse par pays des politiques qui favorisent l'usage non rationnel des médicaments, comme la participation financière des usagers, les salaires insuffisants des agents de santé et l'attribution de flux de ressources peu réalistes aux établissements de santé de district. Ces mesures permettraient d'inscrire la résolution dans la suite logique des résolutions précédentes sur le sujet et renforceraient la responsabilisation sociale.

En ce qui concerne le document EB120/37, Mme Keith note avec satisfaction le renforcement de la recherche sur la préparation de formes galéniques sûres pour les enfants, ayant à l'esprit que 75 % des décès d'enfants pourraient être évités par le recours à des traitements existants efficaces et leur mise à disposition gratuite au point d'accès pour les plus démunis. Par conséquent, il faudrait modifier le paragraphe 1.2) du projet de résolution comme suit : « de concevoir des mesures qui garantissent que les médicaments essentiels sont disponibles gratuitement au point d'accès pour les enfants du monde les plus démunis ». Un nouveau sous-paragraphe devrait être ajouté au paragraphe 1 pour appeler les Etats Membres à surveiller l'usage rationnel des médicaments et à réglementer leur système de prestation de soins de santé. Au paragraphe 2.4), il faudrait également que le Directeur général soit prié de dégager des stratégies de remplacement pour surmonter les obstacles à l'accès rapide des enfants aux médicaments essentiels. Mme Keith s'engage à ce que l'organisation qu'elle représente soutienne l'amélioration de l'usage rationnel des médicaments au titre des objectifs 4 et 6 du Millénaire pour le développement.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) déclare que, depuis 1985, des progrès sont réalisés en ce qui concerne la promotion d'un meilleur usage des médicaments, mais qu'une approche différente s'impose. Les interventions locales de petite envergure sont efficaces, mais peu de pays ont renforcé

leurs programmes pour atteindre des groupes de population plus importants, et aucune intervention ne peut être couronnée de succès si elle est isolée. Différents types de programmes sont nécessaires selon les pays et les Régions, et il importe d'établir une coordination entre les nombreux partenaires en dépit des difficultés. Bien que les interventions possibles énumérées dans le document EB120/7 soient plus ou moins adaptées selon les pays, il serait utile de constituer un ensemble de mesures pour chacun d'entre eux. Le Secrétariat propose d'aider les pays à créer un organe national, multidisciplinaire de coordination, rassemblant tous les partenaires nationaux et conçu pour répondre aux besoins de chaque pays. Cet organe aurait pour tâche d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer les interventions dans les pays, de repérer les problèmes, de trouver les solutions les mieux adaptées à chaque pays, de les traduire en programmes et d'assurer le suivi des progrès. Il étudierait les rôles des prescripteurs, des dispensateurs et des patients dans le bon usage des médicaments et veillerait au respect des bonnes pratiques pharmaceutiques. L'approche adoptée serait cependant flexible.

A sa cent dix-huitième session, le Conseil n'est pas parvenu à un consensus sur certaines des stratégies examinées, mais elles sont prises en compte dans le projet de résolution actuellement à l'étude. La liste modèle OMS des médicaments essentiels est utilisée dans le monde par 157 pays pour donner des orientations aux prescripteurs. Dans les hôpitaux de nombreux pays industrialisés et de certains pays en développement il est courant que des comités médicaux et thérapeutiques soient chargés des questions liées aux erreurs de prescription et à l'observance du traitement. Si ces comités n'existaient pas, qui veillerait à l'usage approprié des médicaments ? Il est possible que les activités de promotion de produits pharmaceutiques nécessitent d'être supervisées et contrôlées dans certains pays, ce qui fait écho aux questions soulevées par le membre du Sri Lanka. La rémunération des dispensateurs de soins et le remboursement des patients ont des répercussions sur l'usage des médicaments. Il convient d'examiner ces questions par pays, comme le membre de la Thaïlande l'a souligné. Le Secrétariat reconnaît le rôle clé des patients dans leurs soins de santé et les responsables de la santé publique devraient encourager cette initiative ; par le biais de la résolution, le Secrétariat apportera son soutien aux Etats Membres pour qu'ils puissent concevoir une approche de l'usage approprié des médicaments et en suivre les progrès ; ce qui semble répondre au désir de nombreuses délégations.

En réponse à une question du membre des Etats-Unis sur les incidences financières des deux résolutions, le Dr Zucker indique que le budget total alloué sur six ans aux deux résolutions s'élève à quelque US \$50 millions ; environ un tiers de cette somme est déjà inclus dans le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, ce qui laisse un déficit à combler de quelque US \$35 millions pour réaliser cette initiative. Pour la période 2008-2009, il faudra US \$10 à US \$12 millions supplémentaires, dont 60 % seront attribués aux Régions. L'appui financier des Etats Membres sera sollicité.

Faisant référence au document EB120/37, le Dr Zucker salue les résultats obtenus par la Commission européenne pour l'amélioration des médicaments essentiels destinés aux enfants.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie les membres pour leur précieuse contribution au débat. En réponse à l'observation selon laquelle elle devrait tenir tête à l'industrie pharmaceutique, le Directeur général répond que, contrairement à l'industrie du tabac, l'industrie pharmaceutique, loin d'être une ennemie de la santé publique, fabrique des produits qui soulagent la souffrance, guérissent des maladies et sauvent des vies. Il est donc important de travailler avec cette industrie afin de trouver des solutions aux problèmes de santé. Toutefois, les décisions de l'OMS doivent être fondées sur des données scientifiques et motivées par des raisons de santé publique. L'Organisation conservera son indépendance dans le processus de prise de décision et ne sera pas influencée par l'industrie pharmaceutique.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, p. 268.)

La séance est levée à 17 h 45.

NEUVIEME SEANCE

Vendredi 26 janvier 2007, 9 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. ORGANISATION DES TRAVAUX

Après un débat de procédure auquel participent M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil), M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), le Dr NYIKAL (Kenya), Mme HALTON (Australie), le Dr TANGI (Tonga) et le Dr SHANGULA (Namibie), le PRESIDENT propose, compte tenu du temps limité disponible, de reporter l'examen du point 4.10 (Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs), qui nécessite une discussion approfondie. En raison de l'importance qu'il présente, le point 4.14 (Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux) devrait être abordé ce matin et non plus tard.

Il en est ainsi convenu.

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Cybersanté : terminologie normalisée : Point 4.11 de l'ordre du jour (document EB120/9)

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole en tant que représentant de la Présidence allemande et au nom de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, des pays candidats (Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie), des pays du processus de stabilisation et d'association et des pays candidats potentiels (Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie), ainsi que de l'Ukraine et de la République de Moldova, se félicite des efforts déployés par l'OMS dans le domaine de la normalisation de la terminologie clinique, qui devront être poursuivis et intensifiés compte tenu de l'importance croissante que revêtiront les terminologies sémantiques à l'avenir, pour assurer une véritable interopérabilité des technologies de la santé. C'est pourquoi l'OMS devrait mettre l'accent sur l'ouverture de la nomenclature systématisée,¹ en visant à long terme l'instauration d'une source d'accès libre, disponible pour tous les pays. Il ne serait pas judicieux d'investir dans les produits déposés, dans ceux dont l'utilisation est réglementée ou dans ceux dont la logique interne est tenue secrète. La nouvelle Organisation internationale de Normalisation de la Terminologie sanitaire a été créée dans le but de permettre à tous les pays de participer à l'élaboration de la terminologie clinique et d'y avoir accès. L'OMS devrait aussi participer au conseil d'harmonisation de cette nouvelle Organisation et promouvoir une égalité d'accès à tous les produits se rapportant à la nomenclature systématisée, y compris les logiciels, la terminologie et les définitions, lesquels pourraient être mis au point en coopération avec cette Organisation. Les normes et les règles relatives à l'information sanitaire devraient reposer sur les meilleures pratiques avérées dans

¹ Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms (SNOMED-CT, marque déposée).

l'élaboration d'ontologies, qui sont une condition préalable à la présentation des connaissances acquises dans le domaine de la santé, dans un environnement de plus en plus informatisé.

La définition des correspondances étant une procédure coûteuse, lente et délicate, il faudrait se concentrer tout d'abord sur les terminologies sanitaires à un niveau sémantique élevé. Si l'on parvenait à faire en sorte que la terminologie clinique devienne un instrument courant dans l'Union européenne, il faudrait que soit élaboré dans un avenir prévisible une stratégie de manière à s'assurer que son utilisation ne soit pas soumise à des redevances. La modification et la mise en oeuvre d'un tel instrument dans le cadre des systèmes de documentation nationaux existants représentent un travail et des coûts considérables, ainsi qu'on a pu le constater lors de l'élaboration et de la distribution de la Classification internationale des Maladies (Dixième Révision) dans les années 90. Le Secrétariat est particulièrement bien placé pour encourager les Etats Membres de l'OMS dans le cadre de ses activités avec l'Organisation de Normalisation à adopter une décision politique concernant l'utilisation active et globale de la terminologie clinique. L'OMS devrait participer à la création d'une infrastructure chargée de l'élaboration, de l'application et de l'interopération de terminologies et d'ontologies dans le domaine de la santé. Il convient de soutenir et d'encourager les efforts techniques visant à assurer la solidité de la terminologie clinique.

Le Dr SADASIVAN (Singapour), faisant observer que les systèmes de cybersanté se développent de plus en plus à l'échelle mondiale, dit que, s'ils sont utilisés de manière efficace et appropriée, ces systèmes peuvent être un complément précieux aux systèmes de santé existants. Ils sont déjà couramment utilisés à Singapour. L'adoption d'une terminologie normalisée revêt par conséquent une grande importance.

La participation de l'OMS à l'élaboration d'une terminologie normalisée pour la cybersanté serait d'une grande utilité pour la communauté mondiale et devrait permettre à tous les Etats Membres d'y avoir accès, mais les chevauchements d'activités ne sont pas la manière la plus rationnelle d'utiliser les ressources. Il invite instamment le Secrétariat, les Etats Membres et toutes les parties intéressées à collaborer à l'élaboration de terminologies normalisées. L'OMS devrait jouer un rôle actif à cet égard en rendant accessibles à tous les résultats des travaux de normalisation terminologique dans les systèmes de cybersanté.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que le Secrétariat devrait encourager les parties intéressées du secteur public et du secteur privé à mettre à profit leur expérience et leurs ressources en vue d'élaborer une ou plusieurs stratégies visant à assurer l'interopérabilité des applications de cybersanté. L'une des initiatives devrait consister à harmoniser la terminologie clinique mondiale normalisée la mieux adaptée pour être utilisée dans le cadre des applications de cybersanté avec la famille des classifications internationales de l'OMS.

Le Secrétariat ne devrait pas gaspiller ses maigres ressources pour la création d'une nouvelle terminologie clinique contrôlée par l'OMS ou pour la mise au point d'une alternative à la série de termes proposée. De même, l'Organisation de Normalisation ne devrait pas refaire les travaux de plusieurs dizaines d'années du Secrétariat pour mettre au point des classifications sanitaires solides et actualisées qui sont largement utilisées dans les soins de santé et pour les données et statistiques relevant de l'administration. Les deux Organisations devraient plutôt travailler en collaboration à l'unification des normes de classification et de la terminologie et à l'amélioration de l'information relative à la santé individuelle, nationale et internationale. Le Dr Agwunobi est d'avis que l'OMS devrait participer aux activités de normalisation décrites au paragraphe 3.b) du document EB120/9.

Le Secrétariat devrait négocier avec l'Organisation de Normalisation un accord visant à s'assurer que leurs fonctions respectives soient complémentaires plutôt que concurrentes ; établir un conseil d'harmonisation chargé de vérifier la correspondance entre la terminologie et les classifications et de combler les éventuels écarts dans les futures versions de la terminologie clinique et de la famille des classifications internationales de l'OMS ; et créer pour le Secrétariat un siège de liaison sans droit de vote au sein du nouveau conseil d'administration de l'Organisation, pour assurer une coordination entre les activités des deux Organisations dans le domaine de la cybersanté.

Mme HALTON (Australie) souligne que les terminologies relatives à la cybersanté devraient être accessibles à tous les pays. Notant que l'Australie est l'un des membres fondateurs de l'Organisation internationale de Normalisation de la Terminologie sanitaire, elle reconnaît avec l'orateur précédent l'importance d'une classification unique pour une langue internationale commune dans ce domaine. Elle est favorable à la création d'un conseil d'harmonisation en vue d'assurer la collaboration et l'accès de tous les pays. Elle préfère aussi l'option de la participation de l'OMS, exposée au paragraphe 3.b) du document EB120/9.

Mme ABDI (suppléant de M. Miguil, Djibouti), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit qu'une terminologie normalisée est l'un des piliers des systèmes d'information et qu'elle devrait être utilisée dans tous les dossiers médicaux électroniques. L'OMS a mis au point des normes terminologiques mondiales utilisables par le biais de sa famille de classifications internationales, et elle devrait renforcer sa gestion terminologique de manière à assurer le même soutien aux différentes langues et aux différentes Régions. Une allocation de ressources plus judicieuse favoriserait le développement et l'harmonisation de la terminologie au niveau régional.

La nouvelle Organisation de Normalisation présente un danger pour d'autres institutions internationales qui s'occupent déjà de normalisation, et notamment l'OMS. Elle ne doit pas priver cette dernière de l'une de ses principales contributions à la santé dans le monde, mais au contraire fournir des informations techniques à la banque de données terminologiques mondiale de l'OMS plutôt qu'à des banques de données qui ne desservent qu'un petit nombre de pays ou un seul groupe linguistique.

L'élaboration de normes internationales est un processus pluridisciplinaire et l'OMS devrait continuer à guider activement la définition, l'authentification et l'approbation de nouvelles techniques ainsi que l'établissement de correspondance entre elles. D'autres parties intéressées pourraient participer à la mise en réseau ainsi qu'à la diffusion, la coordination et la documentation d'instruments normatifs et de normes internationaux. De nouvelles avancées technologiques, et notamment des bases de données spécifiquement distribuées, des systèmes décentralisés et des applications en ligne, ont fourni à toutes les organisations l'occasion de collaborer en utilisant l'espace virtuel sans compromettre leur identité ou leur rôle. Les politiques de cybersanté de l'OMS devraient s'attacher à renforcer le multilinguisme et les capacités des pays à gérer les questions de normalisation de la terminologie dans les langues locales, ainsi que les applications de cybersanté comme les bases de données statistiques, les systèmes d'information sanitaire, les systèmes d'information géographique et les dossiers médicaux électroniques. Le multilinguisme pourrait être favorisé par des dictionnaires multilingues de lecture électronique, des systèmes de classification et des logiciels de traduction assistée par ordinateur ; et l'OMS devrait soutenir les recherches dans ce domaine.

L'OMS devrait garantir l'équité entre les langues en fournissant des normes et des classifications aux niveaux national et local. Les fonds devraient être répartis également entre chacune des langues officielles de l'OMS, de façon à réduire les disparités entre l'anglais, le français et l'espagnol, d'une part, et l'arabe, le chinois et le russe, d'autre part.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) n'est pas certain que la terminologie clinique normalisée puisse être considérée comme un bien public international qui peut être partagé gratuitement par tous les Etats Membres, comme c'est le cas avec la Classification internationale des Maladies et d'autres classifications internationales de l'OMS. Le multilinguisme est un principe important compte tenu des écarts constatés entre les différents pays dans l'interprétation de certains termes cliniques, notamment entre différents groupes linguistiques. La plupart des pays se sont dotés de bases de données de terminologie clinique dans leurs propres langues qui correspondent à leur propre culture.

Le Dr MOLLAHALILOGLU (suppléant du Professeur Aydin, Turquie) relève qu'une collaboration entre Etats Membres et un minimum de consensus sur les conditions requises sont indispensables pour l'interopérabilité des terminologies normalisées. L'OMS devrait être membre à part entière du conseil de l'Organisation internationale de Normalisation plutôt que d'y avoir le statut

d'observateur. L'harmonisation et la réalisation d'un consensus exigeront certes d'importantes ressources, mais elles aideront à éviter bon nombre des problèmes que les pays auraient pu rencontrer dans l'adoption des terminologies.

Le Dr Qi Qingdong (Chine) demande instamment à l'OMS d'exercer son rôle de leader dans le perfectionnement des systèmes d'information sanitaire et de la Classification internationale des Maladies. Etant donné que les pays en développement auront plus de difficultés à utiliser une terminologie clinique normalisée, la participation de l'OMS est nécessaire pour représenter les intérêts de tous les Etats Membres et coopérer avec les organisations internationales concernées. Les membres désignés par Djibouti et le Japon ont mis l'accent sur le multilinguisme, mais le rapport ne précise pas comment il sera mis en oeuvre. L'harmonisation prévue de la terminologie clinique devrait bénéficier au plus grand nombre possible de pays.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) explique que son pays a beaucoup de difficultés à fidéliser les personnels de soins de santé primaires dans les régions reculées du fait que ces derniers se sentent souvent incapables de répondre aux besoins des patients. S'ils pouvaient s'appuyer sur des applications de cybersanté, notamment pour l'établissement du diagnostic, ils seraient moins tentés de partir. De plus, les patients doivent souvent être transportés sur de longues distances pour être soignés dans des centres médicaux mieux équipés, et ces déplacements représentent un coût supérieur à celui de la cybersanté. Les Ministres brésiliens de la Santé, de l'Education, de la Science et de la Technologie, et de la Défense et des Communications se sont donc associés pour créer un programme national de cybersanté à l'intention des établissements de soins de santé primaires. Un appui a été fourni aux services de soins de santé primaires dans les régions reculées par l'intermédiaire des hôpitaux universitaires, notamment sous forme d'une assistance et d'une formation en matière de diagnostic, ce qui a contribué à fidéliser davantage les personnels de santé. Les applications de cybersanté illustrent la nécessité d'une harmonisation de la terminologie, et M. Campos est par conséquent favorable au projet de résolution.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), se référant aux paragraphes 3.a) et b) du rapport, précise que les systèmes d'information sanitaire de la plupart des pays en développement ne disposant pas de l'infrastructure de base et des ressources humaines nécessaires, il serait inutile d'élaborer une terminologie plus complexe et que, de plus, les pays en développement ne sont pas représentés au sein de la nouvelle Organisation de Normalisation. Elle est favorable à la proposition présentée au paragraphe 3.b) du rapport, à savoir que l'OMS participerait au conseil d'harmonisation de façon à pouvoir répondre aux besoins des Etats Membres, notamment en favorisant le multilinguisme. Elle soutient aussi l'idée de renforcer le réseau terminologique de l'OMS et de veiller à ce que les Etats Membres y aient tous accès. Le réseau devrait en outre mettre l'accent sur les systèmes d'information relatifs à la santé publique.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) a rendu encore plus nécessaires l'actualisation, la normalisation et l'harmonisation des technologies et des terminologies pertinentes. L'accès à des informations fiables facilite la prise de décision, ce qui est particulièrement important pour les pays en développement qui sont confrontés à de graves épidémies et qui ont un déficit de ressources financières, matérielles et humaines. L'OMS devrait jouer un rôle moteur pour la définition de normes et de règles en matière de santé et aider les pays en développement à avoir accès aux nouvelles technologies. Le Dr Rahantanirina est favorable à l'option décrite au paragraphe 3.b) visant à renforcer le rôle de l'OMS dans l'élaboration d'une terminologie normalisée.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), approuvant les observations du Japon, souligne l'importance d'harmoniser la terminologie si l'on veut harmoniser des perspectives différentes. Il faudrait surtout mettre l'accent sur les terminologies scientifique et gestionnaire qui sont

indispensables à des activités conjointes. Le processus de normalisation nécessitera une collaboration intersectorielle et une approche participative, en commençant au niveau des pays. L'OMS devrait jouer un rôle central pour coordonner la production d'une terminologie normalisée.

M. DEL PICÓ (Chili)¹ est favorable à la proposition contenue dans le paragraphe 3.a) du rapport, estimant que l'OMS devrait conduire l'élaboration de normes cliniques internationales. Il reconnaît les efforts déployés par les Etats-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni pour élaborer une terminologie clinique exhaustive. Cependant, les critères d'accès ne sont pas clairs, et notamment les coûts. Il importe de définir précisément les liens entre les terminologies et les classifications.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), s'exprimant sur l'invitation du PRESIDENT, appelle l'attention du Conseil sur la Classification internationale pour la pratique infirmière, qui permet d'échanger et de comparer au niveau international des informations afin de soutenir la prise de décision d'ordre clinique, d'évaluer les progrès réalisés dans le domaine des soins infirmiers et en termes de guérison des patients, d'élaborer une politique sanitaire et d'acquérir des connaissances grâce à des activités de recherche. L'élaboration et l'application de terminologies normalisées relatives aux soins de santé sont continuellement nécessaires. Un réseau terminologique de l'OMS pourrait aider à faciliter l'harmonisation des diverses terminologies, y compris la Classification dont il vient d'être question.

Le Dr Ghebrehiwet se félicite de l'appui qu'il est prévu de fournir aux Etats Membres pour l'élaboration, la mise en oeuvre et la gestion de terminologies normalisées. Le rôle qui incombe à l'OMS par rapport à l'Organisation de Normalisation, qui a été constituée en vue d'administrer la terminologie clinique, est clairement précisé dans le rapport. Il n'est pas certain que cette terminologie soit accessible et pertinente pour les pays en développement. Il serait souhaitable d'avoir des précisions au sujet des activités prévues par le Secrétariat pour en assurer la diffusion équitable et équilibrée auprès des Etats Membres qui n'ont pas adhéré à l'Organisation de Normalisation pour des raisons financières ou autres.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit qu'un consensus semble se dégager sur l'importance de la normalisation terminologique et de la participation de l'OMS. Celle-ci siègera en qualité d'observateur au conseil d'harmonisation de la nouvelle Organisation de Normalisation. Cela dit, la création de cette institution ne suffira pas à garantir l'accès universel à une terminologie normalisée, pas plus qu'elle ne permettra de rendre cette terminologie disponible dans un grand nombre de langues. L'OMS continuera à étudier ces questions avec cette nouvelle instance et avec ses propres centres collaborateurs. Des investissements considérables devront être consentis pour résoudre les multiples obstacles techniques, notamment en termes de fiabilité, de validité et d'interopérabilité. Le Secrétariat prêtera assistance aux Etats Membres dans toute la mesure possible, mais ces derniers ne doivent pas trop en attendre.

Le Conseil prend note du rapport.

Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections : Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB120/10) (suite de la cinquième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner un projet de résolution révisé sur la santé bucco-dentaire incorporant les amendements proposés par plusieurs membres, ainsi libellé :

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections,¹ ainsi que le rapport sur la lutte des maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;²

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA22.30, WHA28.64 et WHA31.50 sur la fluoruration et la santé dentaire, WHA36.14 sur la santé bucco-dentaire dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous, WHA42.39 sur la santé bucco-dentaire ; WHA56.1 et WHA59.17 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses ; WHA57.14 « Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/sida » ; WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ; WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; WHA58.16 « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action » ; WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;

Reconnaissant le rôle important de la santé bucco-dentaire sur la santé en général et la qualité de vie ;

Constatant le lien intrinsèque entre la santé bucco-dentaire, la santé en général et la qualité de vie ; [Kenya]

Soulignant la nécessité d'incorporer des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires dans les programmes nationaux de prévention et de prise en charge intégrées des maladies chroniques ;

Consciente du fait que l'importance des activités de prévention et de lutte concernant les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ; [Kenya]

Se félicitant du rôle joué par les centres collaborateurs de l'OMS, les partenaires et les organisations non gouvernementales pour améliorer la santé bucco-dentaire dans le monde ; [Kenya]

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à prendre des mesures afin que la santé bucco-dentaire soit incorporée **selon qu'il conviendra [Australie]** aux politiques ~~nationales~~ **[Australie]** relatives à la prévention et à la prise en charge intégrées des maladies non transmissibles chroniques ;

2) à prendre des mesures pour que des approches fondées sur des données factuelles soient utilisées pour incorporer la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention et de lutte intégrées concernant les maladies non transmissibles ; [Kenya]

2)3) à envisager des dispositifs propres [Australie] à assurer la couverture de la population en soins de santé bucco-dentaires essentiels ~~et~~, à incorporer la santé bucco-dentaire [Etats-Unis d'Amérique] dans le cadre des soins de santé primaires renforcés pour les maladies non transmissibles chroniques, ~~et~~ à promouvoir [Etats-Unis d'Amérique] l'accès aux services ~~de systèmes~~ [Etats-Unis d'Amérique] de santé bucco-dentaire ~~nationaux~~ [Etats-Unis d'Amérique] qui devraient être orientés vers la prévention des maladies et la promotion de la

¹ Document EB120/10.

² Document EB120/22.

santé des populations pauvres et défavorisées, en collaboration avec les programmes intégrés de prévention des maladies non transmissibles chroniques ;

~~3)4~~ pour les pays **qui n'ont pas accès à des niveaux de fluor optimaux ou [Thaïlande]** qui n'ont pas encore établi des programmes de fluoration systématique, à ~~développer et mettre en oeuvre de toute urgence des~~ **envisager la mise au point et l'application de [Australie] programmes nationaux [Australie]** de fluoration en donnant la priorité à des stratégies équitables telles que la fluoration automatique de l'eau de boisson, du sel ou du lait, par exemple, et à l'approvisionnement en dentifrice fluoré à un coût abordable ;

~~4)5~~ à prendre des ~~mesures~~ **dispositions [Australie]** afin que la prévention du cancer de la bouche fasse partie intégrante des programmes nationaux de lutte contre le cancer, ~~ainsi qu'encourager l'implication des~~ **et que des [Australie]** professionnels de la santé bucco-dentaire ~~ou du et des [Australie]~~ **personnels spécialement formé en soins de santé primaires et spécialisé ayant reçu une formation appropriée en soins bucco-dentaires soient associés [Australie]** au dépistage, au diagnostic précoce et à la prise en charge ;

~~5)6~~ à ~~développer et mettre en oeuvre des programmes de~~ **prendre des dispositions pour assurer la [Australie] prévention des maladies bucco-dentaires liées au VIH/sida, de et la promotion de la santé bucco-dentaire et de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH, en y associant des professionnels de la santé bucco-dentaire ou du personnel spécialement formé aux soins de santé primaires, et en appliquant les soins de santé bucco-dentaire primaires là où cela est possible [Australie] ;**

~~6)7~~ à élaborer et mettre en oeuvre des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire et de prévention des maladies bucco-dentaires pour les enfants **d'âge préscolaire et les écoliers [Thaïlande] en tant que partie intégrante dans le cadre [Australie] des programmes nationaux activités des [Thaïlande] écoles-santé ;**

8) à renforcer la capacité de produire des personnels de santé bucco-dentaire, notamment des hygiénistes, des infirmières et des auxiliaires dentaires, en veillant à la répartition équitable de ces personnels auxiliaires au niveau des soins primaires et en faisant assurer par le biais de systèmes d'orientation appropriés des services d'appoint adéquats par des dentistes ; [Thaïlande]

~~7)9~~ à élaborer et mettre en oeuvre, dans les pays touchés par le noma, des programmes nationaux de lutte contre le noma au sein des programmes nationaux de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et de réduction de la malnutrition et de la pauvreté, conformément aux objectifs de développement liés à la santé convenu sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

~~8)10~~ à incorporer un système d'information en santé bucco-dentaire intégré aux plans de surveillance sanitaires afin que les objectifs de santé bucco-dentaire soient en accord avec les normes internationales, et à évaluer les progrès en matière de promotion de la santé bucco-dentaire ;

~~9)11~~ à renforcer la recherche en santé bucco-dentaire, à utiliser la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des maladies fondées sur des preuves scientifiques pour consolider et ajuster les programmes ~~nationaux~~ **[Etats-Unis d'Amérique]** de santé bucco-dentaire, et à encourager les échanges interpays de connaissances et d'expériences fiables dans le domaine des programmes communautaires de santé bucco-dentaire ;

12) à veiller à la planification des ressources humaines et des effectifs de santé bucco-dentaire dans le cadre des plans nationaux de santé ; [Kenya]

13) à accroître les allocations budgétaires destinées aux activités de prévention et de lutte concernant les maladies et affections bucco-dentaires et cranio-faciales ; [Kenya]

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de faire prendre conscience des défis mondiaux à relever pour améliorer la santé bucco-dentaire, et des besoins spécifiques des pays à faible revenu et des groupes de populations pauvres et défavorisées ;
- 2) de veiller à ce que l'Organisation, aux niveaux mondial et régional, fournisse des conseils et un appui technique aux Etats Membres qui en font la demande pour l'élaboration et la mise en oeuvre des programmes de santé bucco-dentaire dans le cadre d'approches intégrées de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ;
- 3) de promouvoir de façon continue la coopération internationale et l'interaction avec et parmi tous les acteurs concernés par la mise en oeuvre du plan d'action pour la santé bucco-dentaire, y compris les centres collaborateurs OMS pour la santé bucco-dentaire et les organisations non gouvernementales ;
- 4) de faire part à l'UNICEF et aux autres organisations du système des Nations Unies qui entreprennent des activités liées à la santé de la nécessité d'ajouter une composante bucco-dentaire faisant partie intégrante de leur programme de santé ; [Jamaïque]**
- 5) de renforcer la prééminence de l'OMS en ce qui concerne les aspects techniques en élargissant son programme de santé bucco-dentaire tant au Siège que dans les bureaux régionaux. [Kenya]**

Mme HALTON (Australie) propose de supprimer le mot « nationaux », dans l'expression « programmes nationaux » qui figure dans le quatrième alinéa du préambule, du fait que cette expression ne s'applique pas dans le cas de son pays qui est un Etat fédératif. Elle relève le même problème au paragraphe 1.2), dans lequel elle propose d'ajouter l'expression « en tant que de besoin », de sorte que ce paragraphe serait ainsi libellé : « ... pour incorporer en tant que de besoin la santé bucco-dentaire aux politiques nationales de prévention et de lutte intégrées ... ». Le paragraphe 1.13) devrait être amendé comme suit : « à étudier la possibilité d'accroître les allocations budgétaires ... ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que la formulation actuelle du paragraphe 2.4) pourrait donner à penser que l'OMS est censée dire à l'UNICEF et aux autres organisations du système des Nations Unies ce qu'elles doivent faire.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) serait partisan d'opter pour la formulation suivante : « de faire part à l'UNICEF et aux autres organisations du système des Nations-Unies ... » (sans objet en français).

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) propose d'amender le texte du paragraphe 1.4) comme suit : « ... et qui n'ont pas encore établi de programmes de fluoration systématique ... ».

Le PRESIDENT suggère que le Conseil reprenne ultérieurement l'examen du projet de résolution.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution p. 235.)

Systèmes de santé, systèmes de soins d'urgence compris : Point 4.7 de l'ordre du jour (documents EB120/27, EB120/27 Add.1, EB120/38 et EB120/38 Add.1) (suite de la cinquième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner un projet de résolution révisé sur les systèmes de soins d'urgence, qui tient compte des amendements proposés et est ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur les systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence ;¹
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur les systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence ;
Rappelant la résolution WHA56.24 sur la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*, dans laquelle l'Assemblée de la Santé note que la violence constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde, et la résolution WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, dans laquelle elle relève l'ampleur et la gravité des problèmes de santé publique dus aux accidents de la circulation ;

Rappelant en outre que, dans sa résolution WHA56.24, l'Assemblée de la Santé prie le Directeur général de fournir un appui technique pour renforcer les services de secours d'urgence et de prise en charge des victimes d'actes de violence et que, dans sa résolution WHA57.10, elle recommande aux Etats Membres de renforcer les services d'urgence et de réadaptation et prie le Directeur général de fournir un appui technique au renforcement des systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie aux victimes des accidents de la circulation ;

Reconnaissant que, chaque année dans le monde, plus de 100 millions de personnes sont blessées et plus de cinq millions de personnes meurent des suites d'actes de violence et de traumatismes, et que 90 % de la mortalité due à la violence et aux traumatismes dans le monde sont concentrés dans les pays à revenu faible ou moyen ;

Consciente qu'étant l'un des moyens les plus importants pour réduire la charge des traumatismes, la prévention primaire est indispensable ;

Reconnaissant que l'amélioration de l'organisation et de la planification **de la fourniture des services** de soins de traumatologie et d'urgence **[Etats-Unis d'Amérique]** est un élément essentiel **de la prestation intégrée des soins de santé, qu'elle joue un rôle important [Jamaïque] dans la préparation et la réponse** aux événements qui font un grand nombre de victimes et qu'elle peut diminuer la mortalité, limiter les incapacités et éviter d'autres issues défavorables des traumatismes subis chaque jour ;

Considérant que les documents d'orientation publiés par l'OMS et les outils électroniques qu'elle met à disposition offrent un moyen particulièrement bien adapté aux besoins des pays à revenu faible ou moyen de mieux organiser et planifier les soins **services [Etats-Unis d'Amérique]** de traumatologie et d'urgence ;

1. CONSIDERE qu'il faudrait redoubler d'efforts au niveau mondial pour renforcer la fourniture de soins **les services [Etats-Unis d'Amérique]** de traumatologie et d'urgence afin que ceux qui en ont besoin bénéficient en temps voulu de services performants **dans le cadre du système général de santé et des initiatives connexes de santé et de promotion de la santé ; [Jamaïque, Kenya]**

¹ Document EB120/27.

² Voir dans le document EB120/27 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à faire une analyse exhaustive de la situation concernant les soins préhospitaliers et soins d'urgence, et notamment à mettre en lumière, **le cas échéant, [Australie]** les besoins qui ne sont pas satisfaits ;
 - 2) à faire en sorte que, grâce à un mécanisme de coordination intersectorielle, les ministères de la santé participent à l'examen et au renforcement **de la prestation** des soins ~~services~~ de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**
 - 3) à envisager d'instaurer des systèmes **préhospitaliers** structurés de soins de traumatologie et d'urgence dans les endroits où ils présenteront un bon rapport coût/efficacité, notamment là où les traumatismes sont fréquents, et à tirer parti des systèmes parallèles et des ressources communautaires pour mettre sur pied des services de soins préhospitaliers dans les endroits où il est impossible d'instaurer des systèmes préhospitaliers structurés de soins ~~services~~ **[Etats-Unis d'Amérique]** médicaux d'urgence ;
 - 4) dans les endroits où il existe un **système** structuré **de soins services** médicaux d'urgence, **[Etats-Unis d'Amérique]** à veiller, s'il y a lieu et dans la mesure du possible, à ce qu'il y ait un mécanisme de contrôle pour promouvoir et garantir un niveau minimum en matière de formation, de matériel, d'infrastructure et de communication ;
 - 5) dans les endroits où il existe ou est en train d'être créé un **système** structuré **de soins services** médicaux d'urgence, **[Etats-Unis d'Amérique]** à mettre au service de tous un numéro de téléphone et en faire la publicité ;
 - 6) à définir un ensemble essentiel de soins de traumatologie et d'urgence et à concevoir des méthodes pour garantir que ces services sont fournis de façon appropriée à tous ceux qui en ont besoin, et réunir des éléments l'attestant ;
 - 7) à **fixer un délai réaliste durant lequel dispenser des soins d'urgence ; [Lettonie]**
 - 8) à **créer des incitations en matière de formation et à améliorer les conditions de travail des dispensateurs de soins concernés ; [Jamaïque, Kenya]**
 - 9) à faire en sorte que les programmes d'études du personnel concerné couvrent les compétences essentielles **voulues** dans le domaine considéré et à promouvoir la formation continue des dispensateurs de soins de traumatologie et d'urgence ;
 - 10) à veiller à ce que les sources de données soient suffisantes pour contrôler objectivement les résultats des efforts visant à renforcer les systèmes de traumatologie et de soins d'urgence ;
 - 11) à passer en revue et à actualiser la législation applicable, **y compris les mécanismes financiers et les méthodes de gestion afin de s'assurer que toutes les personnes qui en ont besoin puissent avoir accès à un ensemble essentiel de soins de traumatologie et d'urgence ; [Thaïlande]**
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de concevoir des instruments et des méthodes normalisés pour évaluer les besoins en matière de soins ~~services~~ préhospitaliers et hospitaliers de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**
 - 2) de mettre au point des méthodes pour passer en revue la législation applicable ~~aux services~~ **à la prestation [Etats-Unis d'Amérique]** de soins d'urgence et de rassembler des exemples de textes de loi de ce type ;
 - 3) d'établir des critères, **des mécanismes [Jamaïque, Kenya]** et des méthodes d'inspection des établissements et de **fournir un appui aux Etats Membres pour [Kenya]** concevoir des programmes d'amélioration de la qualité et autres méthodes nécessaires pour assurer en temps voulu et avec compétence les soins ~~services~~ essentiels de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**

- 4) de donner des conseils sur la création et le renforcement des systèmes de prise en charge de nombreuses victimes ;
- 5) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande, pour ce qui concerne l'évaluation des besoins, l'inspection des établissements, les programmes d'amélioration de la qualité, l'examen des textes de loi et autres mesures destinées à renforcer ~~les services~~ **la prestation** de soins de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**
- 6) d'encourager la recherche et de collaborer avec les Etats Membres à l'instauration de politiques et de programmes scientifiquement fondés pour appliquer des méthodes de renforcement des soins ~~services~~ de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**
- 7) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations non gouvernementales et d'autres parties intéressées à la mise en place des moyens nécessaires pour bien planifier, organiser, administrer, financer et contrôler **la prestation de** soins ~~services~~ de traumatologie et d'urgence ; **[Etats-Unis d'Amérique]**
- 8) de faire savoir qu'il existe des moyens peu coûteux de réduire la mortalité en organisant et en planifiant mieux **la prestation** ~~les services~~ de soins de traumatologie et d'urgence, **[Etats-Unis d'Amérique]** et d'organiser régulièrement des réunions d'experts pour faciliter les échanges techniques et renforcer les capacités dans ce domaine ;
- 9) de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Mme HALTON (Australie) dit que le texte du paragraphe 2.7) n'est pas acceptable. Il n'est pas possible en effet d'imposer un délai réaliste pour la fourniture des soins d'urgence qui soit applicable à tous les Etats Membres. Le paragraphe 2.8) devrait en outre être amendé comme suit : « à envisager de créer des incitations ... », et le paragraphe 2.11) devrait être ainsi libellé : « ... y compris, le cas échéant, les mécanismes financiers ... ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) fait observer, à propos du paragraphe 2.7), qu'il appartient à chaque Etat Membre de déterminer quel est le délai approprié pour la fourniture de soins d'urgence dans son cas. Il accepte les propositions d'amendements concernant les paragraphes 2.8) et 2.11).

Le PRESIDENT dit qu'un consensus semble se dégager au sein du Conseil pour supprimer le paragraphe 2.7).

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que le projet de résolution ne met pas suffisamment l'accent sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence, et que beaucoup de pays, y compris le sien, ont besoin de directives plus précises dans ce domaine.

Le Dr TANGI (Tonga) fait observer que le projet de résolution est censé aborder, d'une manière très générale, la question des soins d'urgence dans tous leurs aspects.

Le DIRECTEUR GENERAL appelle l'attention du Conseil sur la résolution WHA59.22 concernant la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, dans laquelle l'Assemblée de la Santé a chargé le Secrétariat de fournir le soutien demandé par le membre désigné par l'Iraq.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés, à savoir : suppression du paragraphe 2.7) ; amendement du paragraphe 2.8) en ces termes : « à envisager de créer des incitations ... » ; amendement du paragraphe 2.11) en ces termes : « ... y compris, le cas échéant, les mécanismes financiers ... ».

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections : Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB120/10) (reprise)

Le PRESIDENT invite le Conseil à reprendre l'examen du projet de résolution.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) propose de donner lecture des amendements qu'il est proposé d'apporter au projet de résolution, à l'exception de celui qui concerne le paragraphe 2.4), dont la nouvelle formulation sera proposée ultérieurement. Au quatrième alinéa du préambule, suppression du mot « nationaux » ; au paragraphe 1.2), insertion des mots « en tant que de besoin » entre « pour incorporer » et « la santé bucco-dentaire ». Au paragraphe 1.4), substitution des mots « ou qui » aux mots « et qui » ; le paragraphe 1.13) sera amendé comme suit : « à étudier la possibilité d'accroître les allocations budgétaires ... ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) propose de remplacer, au paragraphe 2.4), les mots « de la nécessité d'ajouter une composante bucco-dentaire faisant partie intégrante de leur programme de santé » par les mots « de l'importance d'intégrer la santé bucco-dentaire dans leurs programmes ». Le texte du paragraphe 2.5) devrait être amendé comme suit : « de renforcer la prééminence de l'OMS en ce qui concerne les aspects techniques de la santé bucco-dentaire », de façon à laisser une plus grande latitude au Directeur général en ne spécifiant pas comment les programmes pertinents seraient financés.

Le Dr NYIKAL (Kenya) est partisan de conserver le libellé du premier amendement apporté au paragraphe 2.5), car il ne voit pas la nécessité de modifier la formulation de cette requête. Il serait toutefois disposé à accepter l'insertion des mots « ou de toute autre manière » après les mots « dans les bureaux régionaux ».

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) propose un amendement qui ne concerne que la version anglaise, à savoir remplacer au paragraphe 1.4) les mots « water-fluoridation programmes » par « fluoridation programmes ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), répondant au membre désigné par le Kenya, dit que le Directeur général devrait avoir une plus grande latitude en ce qui concerne la portée, l'ampleur et le financement des programmes.

Le DIRECTEUR GENERAL se dit favorable à l'amendement proposé par le membre des Etats-Unis, et déclare qu'elle apprécierait effectivement de disposer d'une plus grande latitude ; les bureaux de pays, par exemple, ne sont pas compris dans la formulation actuelle. Elle prend note de l'importance que les membres attachent à la question de la santé bucco-dentaire et de leur souci de faire davantage dans ce domaine.

¹ Résolution EB120.R4.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit qu'il accepte naturellement la proposition du Directeur général.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Sexospécificité, femmes et santé : projet de 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 : Point 4.8 de l'ordre du jour (documents EB120/6 et EB120/6 Add.1) (suite de la sixième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé sur l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les activités de l'OMS : projet de stratégie, dont le texte, à la suite de plusieurs consultations informelles, se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le projet de stratégie d'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS ;²

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de stratégie d'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les politiques et programmes de l'OMS ;

Rappelant **le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994)**, la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les recommandations faites à la Conférence Beijing Plus 10 (2005) **et les rapports sur leur application**, les conclusions concertées 1997/2 du Conseil économique et social, la Déclaration du Millénaire (2000), le Document final du Sommet mondial de 2005⁴ et la résolution WHA58.30 intitulée « Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire » ;

1. **PREND NOTE AVEC SATISFACTION** de la stratégie d'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS ;

2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres :

1) à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et la planification en fonction de celle-ci dans la planification stratégique et opérationnelle conjointe, y compris dans les stratégies de coopération avec les pays ;

2) à mettre au point des stratégies nationales pour aborder la problématique hommes-femmes dans les politiques, programmes et travaux de recherche ayant trait à la santé, **y compris à la santé sexuelle et génésique ;**

3) **à mettre l'accent sur la formation et la sensibilisation à la question de la sexospécificité, des femmes et de la santé et sur la promotion de cette problématique ;**

4) **à faire en sorte qu'il existe des soins adaptés aux femmes à tous les niveaux du système de soins ;**

¹ Résolution EB120.R5.

² Document EB120/6.

³ Voir dans le document EB120/6 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

⁴ Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- 3)5) à recueillir et analyser des données ventilées par sexe et à utiliser les résultats de cette analyse pour étayer les politiques et programmes ;
- 4)6) à progresser sur la voie qui mène à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé afin qu'il soit tenu compte de la contribution des femmes, des hommes, **des filles et des garçons** aux soins de santé dans les politiques et la planification sanitaires ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) **d'évaluer** les différences et les inégalités entre les sexes et **de s'en préoccuper** lors de la planification, de l'exécution, du contrôle et de l'évaluation des activités **de l'OMS**, et de faire figurer cette exigence dans les descriptions de poste et parmi les critères d'évaluation des services du personnel ;
 - 2) **de définir des indicateurs**, de surveiller la mise en oeuvre de la stratégie **par le Secrétariat de l'OMS au Siège** et dans les bureaux régionaux **et les bureaux de pays**, et de veiller à ce qu'il en soit rendu compte ;
 - 3) de contribuer à intégrer durablement les considérations d'équité entre les sexes dans les politiques et programmes de l'OMS, **y compris en recrutant du personnel ayant des responsabilités et une expérience dans les domaines de la sexospécificité et de la santé de la femme** ;
 - 4) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer et appliquer des stratégies et des plans d'action visant à intégrer l'égalité des sexes dans toutes les politiques, tous les programmes et travaux de recherche se rapportant à la santé ;
 - 5) de considérer l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe comme prioritaires dans les publications de l'OMS et dans les mesures destinées à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin que l'égalité des sexes y apparaisse comme un déterminant de la santé ;
 - 6) de faire en sorte que les évaluations programmatiques et thématiques indiquent dans quelle mesure il est tenu compte de la problématique hommes-femmes dans les activités de l'Organisation ;
 - 7) de veiller à ce que la stratégie soit pleinement mise en oeuvre et de faire rapport **tous les deux ans** à l'Assemblée de la Santé **par l'intermédiaire du Conseil exécutif**.

En l'absence d'observations, il considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux : Point 4.14 de l'ordre du jour (documents EB120/35, EB120/35 Add.1, EB120/INF.DOC./1 et EB120/INF.DOC./4)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution intitulé : Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : vers une stratégie et un plan d'action mondiaux, qui a été proposé par le Kenya et la Suisse, et dont le texte est ainsi libellé :

¹ Résolution EB120.R6.

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, à sa première session,¹ et les propositions formulées par certains Etats Membres concernant les domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces ;²

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Compte tenu du rapport de la Commission sur les Droits de la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique et ses recommandations ;³

Rappelant la résolution WHA59.24, qui a établi un groupe de travail intergouvernemental ouvert à tous les Etats Membres intéressés chargé d'élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux pour fournir un cadre à moyen terme fondé sur les recommandations de la Commission ;

Ayant examiné le rapport sur les progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle à sa première session et le document d'information mentionnant les domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces et les activités connexes de l'OMS ;

Considérant que la résolution WHA59.24 prie le groupe de travail susmentionné de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif, en accordant une attention particulière aux domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces ;

Consciente de la nécessité d'agir rapidement pour traiter efficacement le problème de la charge croissante des maladies et des affections qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, en particulier celles dont sont victimes les femmes et les enfants, et notamment la charge accrue des maladies non transmissibles ;

Consciente de la nécessité de commencer à agir dès à présent pour jeter les fondements de la mise en oeuvre de la stratégie et du plan d'action mondiaux futurs ;

Considérant que ces actions préliminaires ne préjugeront pas de la teneur de la stratégie et du plan d'action mondiaux futurs ni ne la limiteront ;

Notant que le Secrétariat a déjà entrepris des activités dans certains domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces définis par le groupe de travail conformément aux résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé, et souhaitant que ces activités soient intensifiées ;

1. SE FELICITE des progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à apporter une contribution active à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux par le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ;
 - 2) à faire rapport, sur une base volontaire, à l'OMS sur les mesures prises pour donner suite aux recommandations de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) de repérer les lacunes dans la couverture actuelle des travaux de recherche-développement sur les médicaments et vaccins contre les maladies qui touchent de

¹ Document EB120/35, section F.

² Document EB120/INF.DOC./1.

³ Document CIPIH/2006/1.

façon disproportionnée les pays en développement, compte tenu des autres activités en cours dans ce domaine ;

2) de réunir au sein d'un forum permanent les milieux universitaires, les petites et les grandes firmes pharmaceutiques et biotechnologiques, les donateurs, les conseils de recherche médicale, les fondations, les partenariats public-privé, les institutions internationales, ainsi que les associations de malades et groupements de la société civile, afin d'assurer un échange plus structuré d'informations et une plus grande coordination entre les différentes parties prenantes de la recherche-développement sur les médicaments et vaccins contre les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement ;

3) de promouvoir des partenariats afin de rendre les chimiothèques plus accessibles et de définir des composés potentiels permettant de lutter contre les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement ;

4) de promouvoir, avec d'autres organisations internationales concernées, des pools de brevets de technologies en amont qui pourraient être utiles pour favoriser l'innovation axée sur les maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement ;

5) de renforcer les essais cliniques et l'infrastructure réglementaire dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne, notamment l'amélioration des normes d'examen éthique ;

6) de fournir un appui aux pays en développement pour mettre en place, appliquer ou renforcer les programmes nationaux de recherche en santé ;

7) d'apporter un soutien aux pays pour que, par des politiques en matière de brevets et de licences et en respectant les obligations internationales, ils puissent maximiser la disponibilité des innovations, y compris les outils de recherche et les technologies de base, afin de mettre au point des produits intéressant la santé publique, particulièrement dans le contexte des pays en développement ;

8) de collaborer avec les acteurs pertinents pour renforcer la pérennité des partenariats public-privé ;

9) de continuer à surveiller, du point de vue de la santé publique, l'effet des droits de propriété intellectuelle et autres facteurs sur l'élaboration de nouveaux produits et sur l'accès aux médicaments et aux autres produits médico-sanitaires dans les pays en développement ;

10) de faire rapport, dans le contexte de l'adoption d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux, à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en oeuvre de la présente résolution.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) se déclare satisfait des activités entreprises par l'OMS dans ce domaine (qui sont exposées dans le document EB120/INF.DOC./4) et réaffirme l'importance de la résolution WHA59.24 sur la santé publique, l'innovation, la recherche essentielle en santé et les droits de propriété intellectuelle. Cette résolution a fait l'objet d'un consensus dans une atmosphère sereine et positive – « l'esprit de Genève », qui s'est répercutée sur l'Organisation tout entière. Malheureusement il n'en a pas été de même lors de la première réunion du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle en décembre 2006. Sans vouloir en rejeter la responsabilité sur une personne ou un pays particulier ou sur le Secrétariat, M. Campos qualifie cette réunion de « ridicule » et ne souhaite pas commenter le projet de résolution. Il faut réparer les dégâts et travailler de concert à la recherche d'une nouvelle solution. Il est nécessaire d'adopter une nouvelle méthode en vue de faciliter l'obtention des résultats escomptés lors de la prochaine réunion du groupe de travail en octobre 2007.

Le Dr NYIKAL (Kenya), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle que le groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, qui a été établi en application de la résolution WHA59.24, a demandé leurs

contributions aux Etats Membres et précisé les domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces. Le projet de résolution à l'examen a été proposé par le Kenya et la Suisse. Lors de consultations informelles, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de renforcer les méthodes du groupe de travail sans engager une discussion approfondie sur le texte d'une résolution et, étant donné que le groupe de travail n'a pas arrêté de domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces, le Dr Nyikal demande le report de l'examen du projet de résolution.

Le Conseil devrait demander au Secrétariat d'aider le groupe de travail à mener à bien ses activités en permettant aux Etats Membres d'apporter leurs contributions à la teneur même et au processus de rédaction de la stratégie et du plan d'action mondiaux. Il convient de passer à la vitesse supérieure et de prendre en considération les recommandations formulées par la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique et de les englober dans le plan d'action susmentionné.

La question de l'accès aux produits de l'innovation, tels que les outils diagnostiques, les médicaments et les vaccins, est de la plus haute importance pour les soins de santé en Afrique. Des ressources accrues doivent être allouées à la recherche sur ces maladies. Le Dr Nyikal espère vivement que le futur plan d'action mondial tiendra compte de ces préoccupations.

Mme SRIPEN TANTIVESS (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) se range aux avis exprimés par les membres du Brésil et du Kenya, notamment en ce qui concerne l'importance de « l'esprit de Genève ». Le Conseil devrait mettre l'accent sur les méthodes du groupe de travail. Elle rappelle la résolution WHA59.24, et en particulier ses paragraphes 3.3) et 3.4). A sa première session, le groupe de travail a proposé que les Etats Membres lui fassent parvenir leurs contributions officielles avant la fin février 2007. Toutefois, ceux qui n'assistaient pas à cette réunion n'ont pas été directement informés de la nécessité de fournir ces contributions ni de leur teneur. Les contributions officielles devraient contenir des recommandations relatives à la stratégie et au plan d'action mondiaux envisagés, en vue notamment d'assurer une base durable aux activités de recherche et développement intéressant des maladies qui touchent de façon disproportionnée les pays en développement ; de proposer des objectifs et des priorités clairs ; et d'estimer les besoins financiers en la matière. La santé publique et la propriété intellectuelle sont des domaines délicats. Le délai – fin février 2007 – imparti aux Etats Membres devrait être prorogé.

Des discussions intéressantes ont eu lieu cette semaine. Afin de rester sur cette lancée, certains Etats Membres souhaitent accélérer la mise en oeuvre de la résolution WHA59.24. En vue de soutenir les activités du groupe de travail, Mme Sripen Tantivess propose que le Conseil adopte une décision libellée en ces termes :

Le Conseil exécutif décide de demander au Secrétariat de soutenir activement à tous les niveaux l'application de la résolution WHA59.24 par les moyens suivants :

- a) en prêtant son appui aux Etats Membres pour leurs contributions à la rédaction de la stratégie et du plan d'action mondiaux, qui devront être présentés d'ici la mi-mars ;
- b) en établissant un résumé, une synthèse et en élaborant la documentation pertinente d'ici la fin juin 2007 ;
- c) en prêtant son soutien aux Etats Membres pour leurs contributions à la finalisation de la stratégie et du plan d'action mondiaux, qui seront extrêmement utiles lors de la deuxième réunion du groupe de travail intergouvernemental, par l'intermédiaire du mécanisme régional et de consultations intensives.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), qui s'exprime au nom de la présidence allemande de l'Union européenne et au nom de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, accueille avec satisfaction l'élaboration d'un plan d'action, mais estime qu'il est nécessaire d'examiner plus avant les questions stratégiques, et en particulier la future stratégie mondiale. Le groupe de travail intergouvernemental est l'instance qui se prête le mieux à la poursuite du débat sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, et le Professeur Pereira Miguel encourage

vivement les Etats Membres à présenter des observations écrites pour faire avancer les travaux du groupe. La poursuite des travaux doit être minutieusement préparée. Le Secrétariat devrait fournir des documents d'information sur chacune des huit actions proposées dans le plan, et notamment un tableau représentant les activités en cours et les lacunes, un autre tableau reproduisant les projets en cours et les principaux partenaires, ainsi que des informations sur les incidences financières.

A propos du rapport de situation (document EB120/INF.DOC./1), il relève que certaines actions n'ont pas été mentionnées, comme par exemple les résultats obtenus par l'Union européenne dans l'application des dispositions des paragraphes 9, 13, 23 et 19. L'Union européenne a aussi fait preuve de dynamisme dans sa politique de recherche, en finançant des maladies négligées, et dans sa politique de développement, en soutenant et en finançant des partenariats public-privé, des échanges d'experts et le développement des ressources humaines.

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Portugal, il dit que son pays reprendra la présidence de l'Union européenne en juillet 2007 et qu'à ce titre, son Gouvernement prêtera son soutien aux Etats Membres, si nécessaire, pour faciliter les travaux du groupe de travail.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays a participé à la réunion du groupe de travail en décembre 2006. Les résultats de cette réunion n'ont pas répondu aux attentes. Une préparation minutieuse s'impose si l'on veut que la réunion d'octobre 2007 débouche sur des résultats concrets, mais la proposition présentée par la Thaïlande manque de précision quant aux modalités exactes de ces préparatifs. Cette proposition devrait être rédigée par écrit et figurer parmi les documents officiels du Conseil. La résolution WHA59.24 demande au groupe de travail de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, mais ce dernier est-il fondé à apporter officiellement des modifications à la procédure prévue par l'Assemblée de la Santé dans cette résolution ? Des précisions seraient nécessaires sur le rôle qui incombe au Conseil.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par la Bolivie, reconnaît qu'il est prématuré pour le Conseil de se prononcer sur la question, et pense que d'autres consultations sont nécessaires avant de présenter une quelconque résolution. Il faudrait par exemple déterminer la faisabilité des mesures à prendre.

Le Dr SHANGULA (Namibie) rappelle que le Conseil était convenu de poursuivre l'examen du point consacré à la santé publique, à l'innovation et à la propriété intellectuelle, sans toutefois s'attarder indûment sur ce sujet. La seule question qu'il devrait examiner maintenant est la demande présentée par le membre du Kenya de reporter l'examen du projet de résolution.

Le PRESIDENT, convenant qu'il n'est pas prévu que le Conseil entame un débat approfondi, croit comprendre que les membres sont d'accord pour ne prendre aucune décision sur la question pour le moment.

M. SILBERSCHMIDT (Suisse)¹ dit qu'en sa qualité de coauteur du projet de résolution à l'examen, il approuve le point de vue exprimé par le membre du Kenya. Il reconnaît aussi avec le membre du Brésil la nécessité de préserver « l'esprit de Genève » dans la suite des débats.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à une question posée par le membre des Etats-Unis, dit que, conformément à la procédure établie par l'Assemblée de la Santé, c'est au sein du groupe de travail intergouvernemental que doit avoir lieu l'examen tant de la teneur que des aspects de procédure. Le groupe de travail est un organe subsidiaire de l'Assemblée de la Santé, dont il relève directement. Etant donné qu'il est censé passer par le Conseil exécutif pour faire rapport à

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

l'Assemblée, celui-ci peut, dans l'exercice de ses fonctions habituelles au titre de la Constitution de l'OMS, examiner la question s'il le juge utile et présenter ses avis et ses recommandations à l'Assemblée de la Santé. M. Burci estime toutefois que le Conseil n'est pas autorisé à prendre des décisions outrepassant celles de l'Assemblée de la Santé ou du groupe de travail. S'agissant de la proposition formulée par la Thaïlande, une fois qu'elle aura été distribuée par écrit, il sera plus facile de déterminer si elle relève ou non de l'autorité du Conseil. On pourrait soutenir qu'une demande générale adressée au Secrétariat pour appuyer la démarche du groupe de travail serait normalement de la compétence du Conseil mais ce dernier devrait s'abstenir de toute mesure visant à modifier la démarche établie par le groupe de travail, car cela risque d'être assimilé à une ingérence dans les activités de l'organe subsidiaire de l'Assemblée de la Santé.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) remercie le Conseiller juridique pour ses explications claires, ajoutant que les questions de procédure ne devraient pas entraver la recherche d'un résultat concret. Il comprend les préoccupations exprimées par le membre de la Namibie, mais considère que les membres du Conseil devraient, à un certain stade, avoir la possibilité de faire connaître au Directeur général leur avis sur la question. Ces conseils sont probablement la contribution la plus utile que le Conseil puisse apporter au processus.

Le Dr NYIKAL (Kenya) croit comprendre que tout le monde reconnaît la nécessité de soutenir la démarche. C'est, semble-t-il, dans cet esprit qu'a été faite la proposition de la Thaïlande. En revanche, il n'est pas certain que le Conseil ait une autre occasion d'examiner la question plus avant une fois que la proposition aura été distribuée par écrit.

Mme SRIPEN TANTIVESS (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) serait disposée à distribuer la proposition par écrit si le Conseil le juge opportun.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) décrit les prochaines étapes de la démarche du groupe de travail. Le rapport sur la première session vient d'être publié (document A/PHI/IGWG/1/6). Une lettre circulaire a été adressée aux Etats Membres les invitant à présenter des observations supplémentaires concernant les progrès réalisés (document A/PHI/IGWG/1/5) et des propositions pour les experts et les entités intéressées avant la fin février 2007. Les contributions et suggestions des Etats Membres seront incorporées dans un document de travail révisé, qui sera élaboré par des équipes spéciales internes, au Siège et dans les bureaux régionaux, et communiqué aux Etats Membres en juillet 2007. Le Directeur général, en concertation avec le bureau du groupe de travail, désignera un groupe d'experts et les entités concernées, conformément aux termes de la résolution WHA59.24, en veillant à assurer une représentation équilibrée entre les Régions, entre les sexes et entre pays développés et en développement. En août et en septembre 2007, par une deuxième série de consultations publiques sur Internet, le Secrétariat sollicitera des contributions supplémentaires sur le document de travail distribué en juillet, et des consultations régionales seront peut-être organisées. Les comités régionaux pourront aussi examiner le document de travail et les résultats des consultations régionales.

Le groupe de travail a prévu de tenir sa deuxième et dernière session en octobre 2007 afin de finaliser le projet de stratégie et de plan d'action mondiaux, étant entendu que son bureau se réunira autant de fois que nécessaire dans l'intervalle. Le Secrétariat appliquera les recommandations de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique qui concernent directement l'OMS et toutes les activités supplémentaires approuvées par les Etats Membres. Il établira, en outre, un site Web spécial grâce auquel les Etats Membres pourront présenter spontanément des rapports en ligne sur les progrès accomplis dans l'application de la résolution WHA59.24.

En réponse à une demande du Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) demande que cette information soit diffusée par écrit.

M. RAJALA (Commission européenne) fait observer que la résolution WHA59.24 prévoit que les organisations d'intégration économique régionale puissent participer aux travaux du groupe de travail intergouvernemental. Ces organisations devraient par conséquent être ajoutées à la liste des destinataires de toute la documentation relative au groupe de travail.

Le PRESIDENT demande comment le Conseil souhaite procéder au sujet de la proposition du membre du Kenya de reporter l'examen du projet de résolution.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) appuie la procédure de décision proposée par le membre de la Thaïlande.

Le Dr SHANGULA (Namibie) appuie la proposition du membre du Kenya.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite reporter l'examen du projet de résolution, ainsi que l'a proposé le Kenya.

Il en est ainsi convenu.

Mme HALTON (Australie), soulevant une motion d'ordre, croit comprendre que le Conseil a été saisi de deux propositions. Il y a d'une part la question de l'abandon de l'examen du projet de résolution, solution à laquelle le Conseil est favorable, et d'autre part la proposition de la Thaïlande. Cette proposition fera-t-elle l'objet d'un document officiel pour examen ultérieur ?

Le PRESIDENT pense que la proposition de la Thaïlande fera l'objet d'un document informel et non d'un document officiel du Conseil.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) propose que le projet de décision de la Thaïlande soit diffusé de façon informelle dans le courant de la journée. Pour que le Conseil puisse prendre une décision, ce document doit être traduit dans les six langues officielles.

Le DIRECTEUR GENERAL, tenant compte des observations formulées par le Conseiller juridique, suggère que la démarche du groupe de travail soit conforme à la demande formulée par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Toutes les suggestions des Etats Membres sont les bienvenues, à l'instar du document d'information qui va être distribué par la Thaïlande. Elles seront toutes dûment prises en considération et le Secrétariat prendra des mesures à cet effet. Il faudra peut-être modifier quelque peu le calendrier pour tenir compte des réunions des comités régionaux et de la disponibilité nécessaire pour les consultations, mais le Directeur général s'engage à soutenir pleinement la démarche du groupe de travail, compte tenu de l'importance qu'elle présente pour le Conseil.

Le PRESIDENT dit que toutes les recommandations, y compris celles qui sont contenues dans les documents que va distribuer la Thaïlande, seront portées à l'attention du Directeur général, qui s'occupera de leur mise en oeuvre.

Il en est ainsi convenu.

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/5 et EB120/5 Add.1) (suite de la huitième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution révisé concernant le paludisme, ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;¹

Préoccupé de constater que peu de pays d'endémie ont accompli des progrès substantiels vers la réalisation des objectifs de développement liés au paludisme convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et qu'un certain nombre de pays n'ont pas encore tenu leur engagement d'accroître le budget national pris lors de l'adoption de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes ;

Notant que des occasions précieuses sont offertes par des nouveaux instruments et des stratégies mieux définies, et qu'un nouvel élan est donné à l'extension des interventions contre la maladie et à l'accroissement des ressources financières disponibles à cette fin aux niveaux national et mondial ;

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables ;

Notant que d'importantes ressources ont été fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative du Président contre le paludisme et par d'autres donateurs ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financement volontaires novatrices prises par des groupes d'Etats Membres et prenant note à cet égard de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de l'intention engagement de lancer en 2006 un projet pilote dans le cadre des initiatives d'engagements anticipés sur les marchés ;³

Rappelant que la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies fait partie des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme afin d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité chez les enfants et de contribuer à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à appliquer, dans leur contexte spécifique, les politiques, stratégies et instruments recommandés par l'OMS et à introduire, au niveau national, des politiques s'appuyant sur des données factuelles, des plans opérationnels ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation fondés sur les résultats afin de renforcer la couverture par les principales interventions préventives et curatives dans les populations à risque et à apprécier l'exécution des programmes et la couverture et

¹ Document EB120/5.

² Voir dans document EB120/5 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

³ Ce paragraphe reprend les termes du paragraphe 5 du dispositif du projet de résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 2001-2010 : **Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.**

l'effet des interventions de manière efficace et en temps utile, en particulier en utilisant la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;

2) à affecter des ressources nationales et internationales, humaines et financières, à l'assistance technique afin que les stratégies les mieux adaptées à la situation et à l'épidémiologie locales soient effectivement mises en oeuvre et que les populations cibles soient atteintes ;

3) à **interdire** [Thaïlande] **progressivement** [Chine] dans les secteurs public et privé **l'administration de** [Thaïlande] monothérapies à l'artémisinine par voie orale ou à annuler l'autorisation de mise sur le marché concernant ces produits, c'est-à-dire les artémisinines utilisées seules sans être accompagnées d'un autre médicament, et à promouvoir l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, à appliquer des politiques interdisant la production d'antipaludiques contrefaits et à veiller à ce que les organismes de financement cessent de fournir des moyens pour l'obtention de ces monothérapies ; [Etats-Unis d'Amérique, Namibie]

4) ~~à trouver et appliquer des moyens appropriés de faire en sorte que des médicaments efficaces, des moustiquaires à imprégnation durable et d'autres produits indiqués par l'OMS soient disponibles à un prix peu élevé ou gratuitement~~ **à élargir l'accès à des associations médicamenteuses antipaludiques sûres, efficaces et d'un coût abordable, à un traitement préventif intermittent dans le cas des femmes enceintes, à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, notamment par la distribution gratuite de moustiquaires le cas échéant, et à des insecticides à effet rémanent pulvérisables à l'intérieur des habitations compte tenu des réglementations, normes et directives internationales ;**¹ [Etats-Unis d'Amérique]

[5) à prévoir dans leur législation la pleine utilisation des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;]

OU

[5) à **encourager qu'il soit tenu compte dans les accords commerciaux des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et reconnus par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique afin d'améliorer l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;** [Etats-Unis d'Amérique]]

6) à **chercher à réduire les facteurs de risque de transmission par une gestion intégrée des vecteurs, à favoriser une amélioration des conditions locales et environnementales et des cadres sains et à faciliter l'accès aux services de santé pour réduire la charge de morbidité palustre ;** [Mexique]

7) à **mettre en oeuvre des approches intégrées de prévention et de lutte antipaludique par la collaboration multisectorielle et la responsabilité et la participation communautaires ;** [Mexique]

2. PRIE les organisations internationales :

1) ~~d'aider les pays au~~ de fournir un appui pour que les pays en **développement de la capacité des pays en développement** puissent se doter des moyens [Namibie] d'étendre l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance ;

¹ Ce paragraphe reprend les termes du paragraphe 9 du dispositif du projet de résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.

l'application de la lutte intégrée contre les vecteurs, y compris l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ; la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides sûrs et appropriés à effet rémanent, comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ; et le recours à des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris à la base de données de pays mise au point par l'OMS ;

2) d'accroître les ressources allouées aux différents dispositifs de financement de la lutte antipaludique pour qu'ils puissent continuer à fournir un appui aux pays, et d'affecter des moyens supplémentaires dans le cadre de l'assistance technique pour que les fonds puissent être absorbés et utilisés de manière efficace dans les pays ;

~~3) de prêter un appui pour la mise en place des capacités dans les pays en développement pour qu'ils puissent produire et distribuer les médicaments appropriés et des moustiquaires à imprégnation durable ; [Namibie]~~

3. PRIE le Directeur général :

1) de prendre les mesures voulues pour identifier les connaissances qui font défaut en matière de lutte antipaludique ; fournir un appui à la mise au point de nouveaux instruments et stratégies ; estimer avec plus de précision la charge de morbidité mondiale et les tendances dans ce domaine ; mettre au point de nouveaux outils et méthodes d'évaluation des effets et de la rentabilité des interventions ; renforcer les activités de recherche antipaludique en cours à l'OMS, y compris celles du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; et fournir une assistance technique aux pays pour leur permettre de mener des activités de recherche opérationnelle et pratique sur les moyens d'assurer une couverture adéquate par les interventions antipaludiques ;

2) de renforcer et de rationaliser les ressources humaines affectées à la lutte antipaludique en décentralisant le personnel au niveau des pays et en améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à fournir un appui aux programmes de santé nationaux en vue de la coordination des efforts des partenaires pour éviter et combattre le paludisme ; et donner une orientation technique pour la gestion de la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ;

3) de réunir au sein d'un forum ~~permanent~~ [Etats-Unis d'Amérique] le Programme mondial OMS de lutte antipaludique, le partenariat Faire reculer le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, des milieux universitaires, des entreprises de biotechnologie et laboratoires pharmaceutiques petits et grands, les Etats Membres intéressés, des conseils de la recherche médicale et des fondations afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le paludisme ;

4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la présente résolution ;

4. DECIDE que :

1) la journée du paludisme sera célébrée chaque année le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers Etats Membres, pour faire connaître et comprendre le paludisme qui est un fléau évitable et une maladie guérissable ;

2) la journée du paludisme sera le point culminant d'années de mise en oeuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, notamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie, et l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.

Le PRESIDENT dit que les incidences financières et administratives du projet de résolution demeurent inchangées, excepté pour la suppression du mot « permanent » au paragraphe 3.3).

Le Dr QI Qingdong (Chine) propose de remplacer au paragraphe 1.3) le mot « interdire » par le mot « cesser ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit que si l'on remplace le mot « interdire » par le mot « cesser », il faudrait aussi remplacer les mots « la pratique » par le mot « l'administration ». Se référant à l'alinéa du préambule qui commence par les mots « Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources », il se dit à nouveau préoccupé par le fait que la citation contenue dans cet alinéa, dont la source est clairement indiquée dans la note de bas de page 1, ne se termine pas par le sigle « UNITAID », étant donné que le Dispositif international pour le financement de la vaccination ne soutient pas les activités de lutte contre le paludisme. A propos de la deuxième option proposée par les Etats-Unis pour le paragraphe 1.5), il demande que l'on supprime le membre de phrase « pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives » qui ne figuraient pas dans la proposition originale de son Gouvernement. Reconnaisant toutefois l'utilité de ce membre de phrase, il propose de l'insérer dans le texte du paragraphe 1.6), dont la fin se lirait comme suit : « et à faciliter l'accès aux services de santé, aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives, pour réduire la charge de morbidité ».

Le Dr SHANGULA (Namibie) regrette qu'il n'ait pas été tenu compte de sa demande de précision au sujet de l'« Initiative du Président contre le paludisme » évoquée dans le troisième alinéa du préambule.

Le Dr NYIKAL (Kenya) n'est pas favorable à l'idée de remplacer le mot « interdire » par le mot « cesser » au paragraphe 1.3), car cela ne donne aucune indication aux Etats, tandis que le mot « interdire » implique que les Etats prennent des mesures concrètes pour empêcher les pratiques concernées. La première option proposée pour le texte du paragraphe 1.5), qui commence par les mots « à prévoir dans leur législation », présente une demande spécifique aux Etats contrairement à la deuxième option qui est moins heureuse. Le Kenya n'est pas non plus favorable à la suggestion de transférer les derniers mots du paragraphe 1.5) qui constituent l'objectif même de ce paragraphe à la fin du paragraphe 1.6), qui se rapporte à la prévention de la maladie. Il ne s'agit pas de contraindre les Etats à adopter des dispositions législatives mais de les y inviter fermement. Par conséquent, alors que les Etats Membres qui ne sont pas touchés par le paludisme ne sont pas tenus de prendre des mesures, le paragraphe initial 1.5) en revanche permettrait l'introduction de dispositions pertinentes dans les législations nationales des régions impaludées, où des enfants continuent de mourir.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) reconnaît l'importance de la lutte contre le paludisme. La formulation qu'il a proposée pour le paragraphe 1.5) reflète des aspects qui ont été approuvés d'une manière générale mais, compte tenu des objections formulées par le Kenya, il demande la constitution d'un groupe de rédaction.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) réagit à deux propositions formulées par le membre désigné par les Etats-Unis et se rapportant à des positions qu'il a prises au nom de l'Union européenne. Il n'est pas opposé à la suppression de la fin du quatrième alinéa du préambule. S'agissant du paragraphe 1.5), il préfère la première option, qui correspond davantage à la législation contraignante de l'Union européenne.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que ni le terme « cesser » ni le terme « interdire » ne sont acceptables au paragraphe 1.3). Il s'associe avec les observations des membres du Kenya et du Portugal au sujet du paragraphe 1.5).

Le Dr SHANGULA (Namibie) partage les préoccupations exprimées par le membre du Kenya, qui s'appliquent aussi à son propre pays. Le texte initial du paragraphe 1.5), à savoir la première option, est plus clair et davantage axé sur l'action que la deuxième option, qui ne correspond pas au contexte du projet de résolution à l'examen. Il demande par conséquent au membre désigné par les Etats-Unis de reconsidérer sa position sur le sujet.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) propose d'ajouter l'UNITAID, qui est l'un des principaux acteurs dans la lutte contre le paludisme, à la liste des partenaires contenue au paragraphe 3.3).

Le Dr QI Qingdong (Chine) est d'avis que, si les termes « cesser » et « interdire » aboutissent aux mêmes résultats, le second est trop négatif ; il serait donc préférable d'opter pour un terme plus neutre et acceptable pour toutes les parties.

Le PRESIDENT dit qu'un groupe de rédaction va être immédiatement constitué.

Le Dr NYIKAL (Kenya) rappelle que quatre membres ont approuvé la formulation du paragraphe 1.5) et qu'un seul s'y est opposé. Pour quelles raisons faudrait-il, par conséquent constituer un groupe de rédaction ? Il ne comprend pas comment un pays qui n'est pas concerné par la question peut être affecté par une mesure de ce genre. On pourrait gagner un temps précieux si la question n'était pas inutilement confiée à un groupe de rédaction.

Mme IMAI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) dit que son pays s'aligne sur la position des Etats-Unis à propos du texte du paragraphe 1.5).

Le Dr SADASIVAN (Singapour) dit que les pays souverains ont le droit de régler la question à leur guise, par des mesures législatives ou des accords commerciaux. Ce n'est pas aux autres parties de leur dicter leur choix. Un groupe de rédaction permettrait de tenir compte des deux points de vue.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), répondant aux préoccupations exprimées par le membre du Kenya, propose une nouvelle formulation pour le paragraphe 1.5), en ces termes : « à envisager, si nécessaire, d'adapter la législation nationale pour utiliser pleinement les flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) ». Cette formulation contient des termes qui ont déjà été examinés et approuvés dans différents contextes et par différentes instances nationales. Il convient qu'il est nécessaire d'essayer de résoudre la question sans perdre de temps.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) fait observer qu'il a exprimé sa préférence pour le paragraphe 1.5) mais que, l'Union européenne conserve une position souple sur la question.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, p. 256.)

La séance est levée à 12 h 50.

DIXIEME SEANCE

Vendredi 26 janvier 2007, 14 h 20

Président : Dr J. NYIKAL (Kenya)
puis : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Contribution de la médecine traditionnelle à la santé publique : la feuille de coca : Point 4.13 de l'ordre du jour (document EB120/36)

Mme NAVARRO LLANOS (suppléant du Dr Antezana Aranibar, Bolivie) déclare que son Gouvernement, en application de la résolution WHA56.31 sur la médecine traditionnelle, s'apprête à réaliser une étude avec le soutien technique de l'OMS. L'objectif est de trouver les moyens de surveiller et d'assurer la qualité, l'efficacité et l'innocuité des produits, et de définir les indications du traitement des maladies et des états pathologiques par la médecine traditionnelle. Bien que l'inscription de ce point de l'ordre du jour ait été proposée par la Bolivie, l'examen pourrait en être différé jusqu'à ce que les résultats et les données scientifiques issues de l'étude soient disponibles.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) estime que la médecine traditionnelle est un sujet d'importance mondiale ; elle repose sur des traditions culturelles et spirituelles ancestrales et peut compléter la médecine commerciale moderne. Les bienfaits d'*Artemisia annua*, par exemple, sont reconnus depuis des siècles en Chine ; ce savoir, qui n'a pas été protégé par un brevet, a été diffusé par les voies traditionnelles. La médecine moderne risque d'aller trop loin dans la direction opposée. Les associations thérapeutiques comportant de l'artémisinine ont été brevetées récemment et préconisées comme le traitement optimal de lutte contre le paludisme. Il se félicite à ce propos que le Conseil n'ait pas supprimé la référence aux monothérapies dans le projet de résolution sur le paludisme. La médecine traditionnelle et la médecine moderne sont nécessaires mais, de même que la médecine traditionnelle a besoin d'investissements commerciaux, la médecine moderne ne peut faire abstraction des valeurs spirituelles et culturelles de la médecine traditionnelle.

Il estime, avec le membre de la Bolivie, qu'il serait préférable de différer l'examen de ce point.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que le Conseil doit rester ouvert aux nouvelles thérapies utilisant des produits naturels et à l'intérêt d'associer médecine traditionnelle et médecine moderne. Il se félicite de l'étude qui va être effectuée en Bolivie. Tout débat doit être reporté à une date ultérieure.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) appuie la proposition de différer la discussion et il souhaite que les recherches sur des substances telles que les feuilles de coca soient conduites par des organismes scientifiques compétents, par exemple l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

Le PRESIDENT considère que les membres du Conseil conviennent qu'il est préférable de différer l'examen de ce point et qu'il souhaite entre-temps prendre note du rapport.

Il en est ainsi convenu.

Commission des Déterminants sociaux de la Santé : Point 4.15 de l'ordre du jour (documents EB120/35 et EB120/35 Add.1)

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), se référant au paragraphe 17 du document EB120/35 qui prévoit que la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé examinera une stratégie mondiale et une résolution sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, estime que les rapports de situation ne doivent préjuger ni de l'issue des discussions de la Commission, ni de l'ordre du jour des futures Assemblées de la Santé. Les Etats Membres doivent avoir la possibilité d'examiner l'intégralité des conclusions de la Commission avant de décider de l'opportunité, pour le Secrétariat ou l'Assemblée de la Santé, de prendre quelque mesure que ce soit, et notamment d'élaborer une stratégie mondiale.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que les femmes et les enfants des pays en développement, en particulier en Afrique, sont en proie à des problèmes de santé associés à une extrême pauvreté, à l'insalubrité de l'environnement et de l'habitat, à l'impossibilité d'accéder à l'éducation, à une mauvaise alimentation et à d'autres déterminants sociaux exacerbés par les conflits armés et les guerres civiles. Des mesures ciblant exclusivement les services de santé ne remédieraient pas à la situation. Une approche intersectorielle des éléments centraux de la Déclaration d'Alma-Ata s'impose. Les déterminants sociaux et la participation de la communauté au système de santé ne peuvent être dissociés du cadre conceptuel de la santé publique. Elle approuve les partenariats public-privé entre l'OMS et les organisations nationales et régionales de la société civile à tous les niveaux, y compris en Afrique subsaharienne.

Les travaux de la Commission devraient être prioritaires à l'OMS.

Le Dr BUSS (Brésil) partage l'avis du membre de Madagascar. Le fait d'inscrire les déterminants de la santé au nombre des cinq priorités du onzième programme général de travail et des 15 objectifs stratégiques de l'avant-projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 contribuera à une meilleure connaissance des conditions sociales et sanitaires. On ne saurait trop insister sur l'influence des déterminants sociaux sur la santé, notamment dans les pays en développement et les pays les moins avancés. Le Gouvernement s'est doté d'une commission nationale sur les déterminants sociaux et les autorités s'emploient à sensibiliser les scientifiques, les organisations non gouvernementales et les étudiants en médecine et en soins infirmiers au mode de vie de la population afin d'accroître l'efficacité des traitements. Dans toute l'Amérique latine et dans les pays lusophones d'Afrique, elles s'efforcent d'établir des commissions nationales et d'associer à leurs travaux des services importants pour la santé, mais aussi les services de santé eux-mêmes.

Mme TOR-DE TARLÉ (France)¹ déclare qu'il n'y aura pas d'amélioration durable de la santé si l'on ne renforce pas les bases mêmes de la santé. La question des déterminants sociaux de la santé concerne de nombreux acteurs internationaux tels que les institutions des Nations Unies et les institutions financières internationales, qui doivent être sensibilisées à la meilleure manière de privilégier un environnement favorable à la santé de tous. La France apprécie la collaboration de la Commission en 2006 avec les institutions internationales telles que le G8, comme l'indique le rapport. Dans le cadre du suivi du Sommet du G8, en 2006 à Saint-Pétersbourg, dans la Fédération de Russie, la France accueillera une Conférence internationale de haut niveau à Paris les 15 et 16 mars 2007 sur la couverture du risque maladie dans les pays en développement – Rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. Le déficit de systèmes de couverture du risque maladie dans les pays en développement constitue un frein puissant à la réduction de la pauvreté et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La Conférence s'inspirera des travaux de la Conférence de 2005 sur la couverture sociale dans les pays en développement et de ceux du consortium GTZ/OIT/OMS sur

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

la couverture maladie dans les pays en développement. Elle procédera à une analyse comparée des dispositifs publics, privés et communautaires les plus efficaces dans les pays en développement et proposera de nouveaux partenariats pour la mise en place de systèmes de couverture du risque maladie. L'environnement doit figurer au nombre des déterminants sociaux de la santé : la promotion de la qualité de l'air et de l'eau et la gestion des déchets à l'échelle mondiale auront leur place dans les débats de la Conférence.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit que la Commission a tenu sa septième réunion à Genève et que, 18 mois plus tard, des messages clés commencent à émerger sur la manière dont le Secrétariat et les Etats Membres dialoguent avec la Commission et sur la manière dont les principaux partenaires de l'OMS appliquent les recommandations de la Commission. La question des services importants pour la santé soulevée par le membre du Brésil est pertinente à cet égard. Le paragraphe 17 du rapport, à propos duquel s'interroge le membre des Etats-Unis, n'était peut-être pas suffisamment clair : la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé se tiendra en 2009 et le rapport de la Commission paraîtra en 2008, donnant un laps de temps amplement suffisant aux Etats Membres pour l'examiner en profondeur. Pour ce qui est des observations du représentant de la France, la Commission dispose d'un réseau spécialisé dans le domaine de l'environnement urbain, et l'OMS lui a communiqué un exposé sur l'intersection avec les déterminants sociaux. Le Secrétariat attend avec intérêt la réunion préparatoire du Sommet du G8 sur la couverture du risque maladie, qui touche une dimension critique des déterminants sociaux.

Le Conseil prend note du rapport.

Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs : Point 4.10 de l'ordre du jour (documents EB120/28 Rev.1 et EB120/28 Add.1)

Le Dr GWENIGALE (Libéria), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, appuie le projet de résolution contenu dans le document, compte tenu des risques croissants auxquels sont exposées les populations de la Région sur leur lieu de travail. De nombreux responsables dans la Région, cherchant à promouvoir l'emploi, introduisent des compagnies étrangères pour créer des usines de fabrication, en l'absence de compétences locales pour surveiller l'utilisation des produits chimiques importés. Les produits chimiques dangereux ne peuvent être éliminés sans risques. Ils affectent la santé des travailleurs et polluent l'air et l'eau. Pour améliorer les rendements, les agriculteurs reçoivent des produits chimiques, non étiquetés ou étiquetés dans des langues inconnues de la population locale. Les cultures récoltées peu après les pulvérisations sont souvent contaminées, affectant les communautés locales. Dans certains pays, les dirigeants, qui ne travaillent pas dans l'intérêt de leur population, importent des matériaux pour leur propre profit. Des déchets chimiques dangereux exportés par un pays européen ont récemment été déversés dans une ville d'Afrique occidentale. Ces exportations doivent être empêchées et les produits chimiques éliminés à la source. Les hôpitaux et les dispensaires de la Région savent désormais que la peur de la maladie, comme le VIH/sida, ou d'une contamination est responsable du recul des candidatures aux postes d'infirmière et de technicien de laboratoire. Le soutien spécialisé de l'OMS est nécessaire pour surveiller l'utilisation des produits chimiques importés et pour protéger les cultures.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que depuis l'approbation par l'Assemblée de la Santé en 1996 de la stratégie mondiale pour la santé au travail pour tous, les Etats Membres (avec le soutien du Bureau régional) ont amélioré les programmes de santé des travailleurs, favorisant ainsi l'élaboration d'un plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. La Région a inclus la santé au travail dans les soins de santé primaires, comme l'indique le projet de plan d'action mondial. Des problèmes persistent toutefois, faute de coordination entre les secteurs concernés, en raison du déficit de ressources financières, techniques et humaines, de l'insuffisance de la couverture des services de santé pour les

travailleurs et du défaut de sensibilisation à la santé au travail comme une priorité pour les programmes de santé publique – enjeux du plan d'action mondial.

Il propose trois amendements au projet de résolution : l'ajout au paragraphe 2.4), après « de santé mentale et d'hygiène du milieu », des mots « et de développement des systèmes de santé » ; l'ajout au paragraphe 2 d'un nouvel alinéa ainsi libellé : « à encourager la conception de dispositifs efficaces de collaboration et de coopération entre pays industrialisés et pays en développement (Nord-Sud et Sud-Nord) aux niveaux régional et infrarégional et dans les pays pour la mise en oeuvre du plan d'action mondial pour la santé des travailleurs » ; et au paragraphe 3.2) le remplacement du membre de phrase « d'encourager une action régionale collective » par « d'encourager, aux niveaux régional et des pays, une action collective ».

Mme HALTON (Australie) partage l'avis des orateurs précédents quant à l'importance de la santé des travailleurs. Les membres du Conseil n'ont cependant pas eu la possibilité d'examiner le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 contenu dans l'annexe au rapport du Secrétariat, reçue trop tardivement. Il faut donc trouver le moyen d'organiser l'examen d'un plan d'action mondial, plusieurs membres du Conseil étant désireux de soumettre le projet à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le PRESIDENT déclare que le nécessaire sera fait pour résoudre cette question de procédure dans le courant de la séance.

Le Dr INAOKA (conseiller du Dr Shinozaki, Japon), accueillant favorablement le projet de résolution, appelle l'attention sur le paragraphe 2.4) et sur la nécessité de promouvoir la santé au travail par des moyens compatibles avec la politique de santé publique en vigueur. Elle insiste sur l'importance de la prévention primaire des risques professionnels pour la santé et la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles pour répondre aux besoins des différents groupes professionnels. L'appui de l'OMS, sous forme d'instruments de gestion et de mesures de suivi, serait d'un grand secours. L'accroissement du nombre des travailleurs migrants ou du secteur informel pèse lourdement sur les services de santé au travail. La prestation de soins à ces groupes doit être améliorée. De nombreux travailleurs au Japon sont couverts par un programme de prévention du VIH dans le cadre d'un projet de grande ampleur financé par les pouvoirs publics.

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) se félicite que le choix sur les personnels de santé ait été retenu comme thème de la Journée mondiale de la Santé 2006. Un système de santé national solide ne peut être édifié si les personnels de santé ne bénéficient pas de conditions de travail satisfaisantes. Sur les 2,5 millions d'agents de santé que compte le Brésil, beaucoup n'ont pas des emplois sûrs. Pour les protéger, son Gouvernement, en coopération avec l'OMS et l'OIT, a élaboré des indicateurs destinés à améliorer les conditions de travail.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque), prenant la parole au nom des pays membres de la Communauté des Caraïbes, rappelle l'engagement de ces pays en faveur du projet de plan d'action mondial. De nombreux territoires conçoivent et utilisent des instruments de gestion destinés à protéger et promouvoir la santé au travail. En Jamaïque, un projet de loi sur la sécurité et la santé au travail est en préparation sur les obligations des propriétaires, des employeurs et des travailleurs sur le lieu de travail. Une approche apparentée a été adoptée sur la réglementation applicable à l'élimination de l'amiante et à la qualité de l'air. Beaucoup de progrès ont aussi été accomplis, en collaboration avec le secteur privé, concernant la politique relative au VIH/sida et au milieu professionnel. Des services de santé au travail améliorés sont en voie d'intégration dans le programme de salubrité de l'environnement. Elle fait siennes les préoccupations exprimées par le membre de l'Australie.

Le Dr SUPAKIT SIRILAK (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) déclare que la plupart des principes énoncés dans le projet de plan mondial ont été adoptés par son Gouvernement.

La Thaïlande a adopté une loi sur la protection des travailleurs qui couvre la sécurité et la santé au travail. Les employés ont droit chaque année à un examen médical et à certaines analyses de laboratoire gratuits. Les femmes enceintes qui ont un emploi sont bien couvertes. Un fonds de compensation pour les travailleurs verse des indemnités en cas de traumatisme ou de décès liés à l'exercice de la profession. Les employés du secteur privé bénéficient du système d'indemnités pour les travailleurs et de la sécurité sociale. Les travailleurs du secteur informel sont couverts par le système d'assurance-maladie universel, financé par l'impôt. Le Ministère de la Santé publique dispense également des services de santé aux travailleurs migrants venus des pays voisins. Un plan d'action mondial contribuera à combler l'écart entre les travailleurs des secteurs formel et informel de l'économie. Il appuie le projet de résolution mais propose, au paragraphe 2.2), d'ajouter les mots « les travailleurs migrants et » après « tous les travailleurs, y compris ».

M. DE SILVA (Sri Lanka) appuie le projet de résolution, estimant que tous les métiers comportent des risques, notamment pour la santé. Des précautions doivent être prises pour atténuer ces risques. La sensibilisation de l'opinion et l'adoption de lois et de règles sont indispensables. Le Ministère sri lankais des Soins de Santé et de la Nutrition, avec l'appui financier de l'OMS, travaille à l'intégration des services de soins primaires existants et des services de santé des travailleurs du Ministère du Travail. Plus de 1,5 million de Sri Lankais sont actuellement employés à l'étranger et une vaste campagne est menée pour les informer du risque de contamination par le VIH/sida. Le projet de résolution préconise le renforcement de la collaboration avec l'OIT et une action régionale conjointe en faveur de la santé des travailleurs. Quelque 75 % de la richesse des pays occidentaux est produite par les travailleurs migrants, qui sont exploités et vivent dans des conditions défavorables.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) déclare que des organismes s'emploient activement dans son pays à protéger la santé des travailleurs et fournissent des conseils et une assistance technique à d'autres pays. A propos du projet de résolution, il se heurte au même problème de procédure que le membre de l'Australie et il souhaiterait qu'une consultation puisse être organisée.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) voit dans le projet de plan d'action mondial un cadre permettant une action concertée dans le domaine de la santé et d'autres secteurs. Vu les observations formulées par d'autres membres, un examen plus approfondi du plan pourrait être utile. La question ne doit toutefois pas être reportée à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. L'engagement pris par l'OMS de renforcer la coopération avec l'OIT encouragera l'application de la politique définie dans ce domaine. Au deuxième semestre 2007, lorsque le Portugal présidera l'Union européenne, il s'attèlera aux problèmes liés à la santé des travailleurs. Une conférence européenne sur la santé et les migrations, qui se tiendra en septembre 2007, portera sur les conditions de travail des migrants, en tant que déterminant de la santé, et les moyens d'améliorer leur accès aux soins de santé. La santé des migrants sera inscrite à l'ordre du jour de la cent vingt-deuxième session du Conseil et il propose que ce point porte également sur la santé au travail.

Le Dr SHANGULA (Namibie) dit que la santé des travailleurs est un droit fondamental inscrit dans la Constitution de la Namibie. Le Gouvernement met en place un programme de prévoyance sociale destiné à faciliter les aspects physiques et sociaux du travail dans tous les services publics. Il est favorable à l'esprit du projet de résolution mais, compte tenu des problèmes de procédure, propose son approbation de principe par le Conseil jusqu'à plus ample examen. Se référant au paragraphe 3.4), il demande ce que signifient les dates indiquées (2013 et 2018) pour les rapports au Conseil.

Mme HALTON (Australie) déclare qu'elle ne peut donner son approbation de principe. Les autorités australiennes n'ont pas encore été consultées au sujet du projet de plan d'action mondial contenu dans l'annexe du rapport. Les consultations pourraient peut-être se tenir par voie électronique.

Le Dr SUPAKIT SIRILAK (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) déclare que différer ou retarder l'adoption du projet de résolution porterait préjudice à la santé des travailleurs. Il

fait sienne la proposition des membres du Portugal et de la Namibie de statuer sur le projet de résolution.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) déclare qu'il accepterait des consultations électroniques.

Le PRESIDENT, en réponse au Dr GWENIGALE (Libéria), propose de fixer le 1^{er} mars 2007 comme date limite pour ces consultations.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) est également d'avis qu'il faut fixer une date limite. Les consultations relatives au plan d'action affecteront les avis concernant le projet de résolution ; aussi devront-elles précéder l'adoption de la résolution.

Le DIRECTEUR GENERAL reconnaît que la mention figurant dans le projet de résolution selon laquelle le Conseil a examiné le projet de plan d'action mondial peut poser un problème aux membres qui n'ont pas eu le temps d'organiser des consultations nationales. Aussi propose-t-elle que le Conseil prenne note des progrès décrits dans le rapport. Le Secrétariat procédera ultérieurement à des consultations avec les Etats Membres par voie électronique sur le plan d'action, et les conclusions seront ensuite soumises à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Une date limite sera fixée pour les consultations.

Après un débat de procédure auquel prennent part le Dr GWENIGALE (Libéria), le DIRECTEUR GENERAL ADJOINT, le Dr KHALFAN (Bahreïn) et le Dr SHANGULA (Namibie), le PRESIDENT propose que le Conseil prenne note du projet de résolution sur le projet de plan d'action mondial concernant la santé des travailleurs, étant entendu qu'à la suite des consultations par voie électronique, il serait présenté sous forme révisée à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Il en est ainsi convenu.

Mme KAZRAGIENE (Lituanie)¹ déclare que la question de la santé des travailleurs s'inscrit dans le cadre plus large du renforcement des systèmes de santé. Elle appuie le projet de résolution et le projet de plan d'action mondial, y compris l'accent mis sur le diagnostic des maladies professionnelles, les inspections du travail et la prévention primaire des risques professionnels. Le diagnostic précoce et les statistiques normalisées sur les maladies et les traumatismes professionnels et liés au travail fournissent des données factuelles pour le renforcement des systèmes de santé.

La Lituanie, pour l'élaboration de ses politiques de prévention, ne dispose que de statistiques inadéquates et incomplètes. Il faut des données comparables et plus exhaustives. Il serait utile d'harmoniser les statistiques de la médecine du travail, les conseils normatifs et l'information sur les bonnes pratiques d'évaluation des risques associés à la profession, de la sécurité chimique, de la radioprotection et d'autres risques pour la santé au travail.

Elle recommande le maillage régional des acteurs concernés, et notamment l'échange de données factuelles pour l'élaboration des politiques et l'établissement des normes, y compris les définitions, les systèmes de classification et les indicateurs convenus. L'OMS devrait s'atteler aux questions de sécurité et de santé au travail en partenariat avec d'autres organisations intergouvernementales et internationales, et en particulier l'OIT. Des liens de coopération étroits et une synergie accrue éviteraient les doubles emplois et renforceraient l'efficacité aux niveaux national, régional et international. Le partenariat (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing) que préside la Lituanie continuera de se pencher sur la question de la santé au travail.

Le Dr Antezana Aranibar assume la présidence.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine)¹ demande si tous les Etats Membres pourront participer aux consultations électroniques, puisqu'il est précisé au paragraphe 2 du rapport que le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs repose sur une enquête à laquelle 104 pays seulement ont participé.

M. RAJALA (Commission européenne) déclare que la Commission communique indifféremment avec le Conseil par écrit ou par voie électronique. La collaboration entre l'OIT et l'OMS est de la plus haute importance dans les domaines du diagnostic des maladies professionnelles et de l'inspection du travail. La Commission souhaite être un partenaire actif aux stades de la conception et de la mise en oeuvre du projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs.

Le Dr FEDOTOV (Organisation internationale du Travail) rappelle que l'OIT et l'OMS sont les deux institutions spécialisées des Nations Unies qui sont directement intéressées par la promotion et la protection de la santé des travailleurs et la santé au travail en général. Elles ont une même définition de la santé au travail et coordonnent efficacement leurs activités, notamment dans le contexte du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail créé en 1950. Le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs doit permettre l'application des recommandations de ce Comité.

La coopération entre l'OIT et l'OMS est importante pour la mise au point d'une approche multidisciplinaire et intersectorielle de la médecine du travail. La nouvelle Convention sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail du BIT, 2006 (N° 187) prévoit des mesures plus dynamiques destinées à renforcer les infrastructures nationales pour la sécurité et la santé au travail par l'approche fondée sur les systèmes. L'OMS s'est appuyée sur les soins de santé primaires pour atteindre les populations laborieuses et a conçu la stratégie mondiale pour la santé au travail pour tous. Les deux Organisations appliquent les mêmes principes de promotion des bonnes pratiques de médecine du travail et elles peuvent atteindre les principaux acteurs concernés au niveau national : leurs politiques et leurs programmes sont complémentaires. Les deux Organisations s'emploient à améliorer le milieu professionnel et à assurer la santé au travail pour tous.

Le projet de plan d'action mondial est un instrument puissant pour la mise en oeuvre de la stratégie mondiale. Face à la mondialisation, l'OIT et l'OMS devraient resserrer leurs liens de coopération pour la protection de la santé des travailleurs. Il est favorable à l'adoption du projet de plan d'action mondial et à la coopération avec l'OMS pour sa mise en oeuvre.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de l'Association médicale mondiale, de la Confédération internationale des Sages-Femmes, de la Confédération mondiale de Physiothérapie, de la Fédération dentaire internationale et de la Fédération internationale pharmaceutique, décrit la coopération des associations avec l'OMS au Siège et au niveau régional. Compte tenu de la difficulté qu'il y a à recruter et fidéliser les personnels de santé, il est favorable à toutes les mesures destinées à protéger, promouvoir et améliorer leur santé, leur sécurité et leur bien-être de même que la sécurité des patients. La charge de travail et les niveaux de stress doivent être gérables pour les personnels sur leur lieu de travail. Ces activités ne relèvent pas du mandat exclusif d'une seule organisation ou d'un pays mais sont du ressort de l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. L'OMS devrait s'associer aux professionnels de la santé dans la conduite d'une campagne annuelle visant à promouvoir des lieux de travail sains pour tous les agents de santé, qui débutera en 2007.

Le Professeur RANTANEN (Commission internationale de la Santé au Travail) accueille favorablement le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. La couverture mondiale des services de médecine du travail reste faible, alors que les besoins sont énormes. On estime à 160 millions le nombre des cas de maladies professionnelles et à 270 millions le nombre des

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

accidents du travail qui se produisent chaque année. L'accès aux services de prévention et de protection, en particulier dans les pays en développement, est le plus faible là où les besoins sont les plus grands et la situation ne semble pas évoluer de façon positive. Il conviendrait de mettre l'accent en particulier sur les besoins des travailleurs agricoles, des petites entreprises, des travailleurs indépendants et de ceux du secteur informel, soit 2 milliards de travailleurs au total, quasiment sans accès aux services de médecine du travail. Des conseils internationaux et un appui technique de l'OMS sont indispensables. Il note la mention, dans le plan d'action, de services de médecine du travail de base. Les pays industrialisés ont besoin du plan d'action pour faire face aux épidémies professionnelles émergentes telles que le stress, les troubles musculo-articulaires et les allergies professionnelles. A l'échelle mondiale et régionale, l'OMS joue un rôle important dans le recensement des risques nouveaux et la diffusion de données utilisables.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général), se félicitant de l'engagement en faveur de la santé des travailleurs, respecte pleinement la demande formulée par des Etats Membres concernant l'organisation de nouvelles consultations ; tous les Etats Membres seront invités à participer à des consultations par voie électronique. Elle attend avec intérêt les données supplémentaires des Etats Membres et le débat sur ce sujet à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

En réponse à la question du membre de la Namibie concernant le paragraphe 3.4), elle indique que le plan mondial s'étendant sur dix ans, 2013 semble être une date appropriée à mi-parcours pour faire le point des progrès accomplis.

Il en est ainsi pris note.

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une Journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/5 et EB120/5 Add.1) (suite de la neuvième séance, section 2)

Le Dr NYIKAL (Kenya) reconnaît, après un entretien informel avec le membre des Etats-Unis d'Amérique, qu'il n'y a guère de différence entre inviter instamment les Etats Membres à « interdire » une pratique et les inviter à « cesser » cette pratique, et qu'il pourrait accepter le libellé proposé du paragraphe 1.3). Dans la dernière proposition de ce membre pour le paragraphe 1.5), le mot « envisager » est trop faible et doit être supprimé de sorte que les Etats Membres soient simplement instamment invités « le cas échéant, à adapter leur législation nationale ». Il propose en outre le maintien du membre de phrase « pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies de prévention du paludisme ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) déclare qu'il n'a jamais eu l'intention de supprimer ces mots. Il ne souhaite pas modifier l'énoncé du paragraphe 1.5), qui reprend le texte d'un autre document ayant réuni précédemment un consensus. Sa proposition vise à déplacer le membre de phrase de la fin du paragraphe 1.5) à la fin du paragraphe 1.6).

Le Dr NYIKAL (Kenya) estime qu'il est préférable de conserver ce membre de phrase dans le paragraphe 1.5).

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), conscient de l'importance qu'attache le membre du Kenya à cette question, souhaite que l'on ne modifie pas les termes de ce paragraphe, repris de la résolution WHA56.27 sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique, à laquelle il convient de faire référence.

Le Dr SHANGULA (Namibie) propose, la difficulté semblant provenir du refus du dernier orateur à ajouter des termes nouveaux à une citation directe, de reformuler le paragraphe de façon à reprendre la citation directe en indiquant son origine.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) propose, vu la difficulté de parvenir à un consensus, de différer l'examen du projet de résolution.

Le Dr NYIKAL (Kenya) propose, si le Conseil ne peut parvenir à un accord, de renforcer l'énoncé initial et de soumettre le texte entre crochets à l'Assemblée de la Santé.

Répondant à la proposition de Mme HALTON (Australie) visant à ce que les membres du Kenya et des Etats-Unis d'Amérique aient une discussion informelle pour convenir d'un libellé, le PRESIDENT suggère que le Conseil remette à plus tard l'examen de ce point afin de permettre aux membres concernés de se concerter.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3, p. 299.)

Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, et application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 4.4 de l'ordre du jour (documents EB120/15, EB120/15 Add.1, EB120/INF.DOC./3 et EB120/16) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur une version modifiée du projet de résolution ainsi libellée :

**Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi,
et application du Règlement sanitaire international (2005)[†]
et meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux
et des données sur le séquençage**

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les rapports intitulés Grippe aviaire et grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi, ~~et~~ application du Règlement sanitaire international (2005), ~~et meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux et des données sur le séquençage~~,²¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la grippe aviaire et la grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi ;

Rappelant les résolutions WHA58.5 et WHA59.2 dans lesquelles l'Assemblée de la Santé a exprimé sa préoccupation concernant le risque de voir le virus de la grippe aviaire H5N1 provoquer une pandémie et invité instamment les Etats Membres à diffuser aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents, notamment des échantillons cliniques et des virus ;

Reconnaissant en particulier l'importance des échanges internationaux avec les centres collaborateurs de l'OMS d'échantillons cliniques et de virus pour contribuer à l'évaluation du risque pandémique, à la mise au point de vaccins contre la grippe pandémique, à l'actualisation des réactifs et kits de diagnostic et à la surveillance de la résistance aux antiviraux ;

[†] Voir le document EB120/16 pour des informations sur l'application du Règlement sanitaire international (2005).

²¹ Documents EB120/15, et EB120/16 et EB120/INF.DOC./3 respectivement.

³² Voir dans le document EB120/15 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à continuer de soutenir le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe et ses méthodes de collecte, d'échange et de caractérisation systématiques des souches circulantes de virus de la grippe saisonnière ;
 - 2) à établir des dispositifs, **conformes à la législation et à la réglementation internes des Etats Membres applicables par exemple à la sécurité biologique et au transport, [Chine]** permettant d'échanger systématiquement et en temps utile les matériels biologiques liés aux nouveaux virus grippaux pouvant constituer un risque pandémique, y compris les isollements de virus H5N1 chez l'homme et chez l'animal, et de placer **systématiquement et en temps utile [Chine]** les données sur les séquences géniques de ces virus dans le domaine public ;
 - 3) à favoriser la mise en oeuvre du plan d'action mondial de l'OMS pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique¹ comme moyen d'améliorer la disponibilité et l'accès aux vaccins contre la grippe pandémique ;
 - 4) à continuer de mener des recherches cliniques et épidémiologiques rapides sur les infections humaines et d'échanger les résultats en temps utile avec l'OMS et la communauté internationale ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de continuer à coordonner la surveillance internationale des virus de la grippe saisonnière et des virus à potentiel pandémique ;
 - 2) **de mettre sur pied un dispositif permettant aux centres nationaux de la grippe d'être systématiquement informés en temps utile des résultats sommaires des analyses virologiques importantes effectuées par les centres collaborateurs de l'OMS et les laboratoires de référence H5 ; [Chine]**
 - 2)3) de veiller à ce que les résultats des recherches sur les virus grippaux, notamment le virus H5N1, aboutissent à assurer l'accès le plus large possible à des produits pratiques, y compris des vaccins contre la grippe pandémique ;
 - 4) **de prendre des mesures appropriées si l'OMS est saisie par un Etat Membre qui estime que les virus qu'il a fournis ont été utilisés abusivement par un centre collaborateur de l'OMS ou un laboratoire de référence H5 pour des travaux de recherche ou des activités lucratives d'une manière contraire aux meilleures pratiques ; [Chine]**
 - 3)5) d'assurer une ~~meilleure~~ répartition régionale **meilleure et plus équitable [Bahreïn]** de la capacité de production de vaccins antigrippaux et un renforcement de la capacité de production de vaccins contre la grippe pandémique par la mise en oeuvre du plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour accroître l'approvisionnement en vaccins, en privilégiant les activités qui contribuent à accroître l'accès aux vaccins pandémiques dans les pays en développement et les autres pays dépourvus d'une capacité de fabrication nationale ;
 - 4)6) de continuer à évaluer la situation concernant la menace d'une grippe pandémique et de tenir la communauté internationale informée de son évolution **en temps utile. ; [Singapour]**
 - 7) **de fournir un appui aux pays en développement, y compris à ceux qui échangent leurs virus, aux fins de renforcer leur capacité de surveillance, de dépistage et de notification, en invitant des scientifiques de pays qui échangent des virus à participer aux activités pertinentes de recherche et d'analyse**

¹ Document WHO/IVB/06.13 – WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

entreprises par les centres collaborateurs au sein du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe ; [Chine]

8) de collaborer avec les Etats Membres en vue de définir et d'adopter des mesures d'incitation durablement applicables, notamment l'encouragement et la reconnaissance publique de leurs contributions, en ce qui concerne les échanges de virus et d'informations sur le séquençage génique ; [Chine]

9) de mobiliser un appui accru en faveur des Etats Membres dont les systèmes de santé sont vulnérables, afin de les renforcer et d'améliorer leur niveau de préparation ; [Kenya]

10) de définir et de recommander des options possibles visant à promouvoir l'accès aux vaccins contre la grippe pandémique et aux antiviraux pour tous, par exemple en mobilisant des fonds suffisants pour compenser le coût de la recherche-développement concernant le vaccin contre la grippe pandémique et les antiviraux ; [Thaïlande]

11) de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur la situation concernant la grippe pandémique et le niveau de préparation mondiale. [Thaïlande]

Mme HALTON (Australie) propose, au paragraphe 2.4), de replacer en fin de phrase « par un centre collaborateur de l'OMS ou un laboratoire de référence H5 » et de remplacer « des activités lucratives » par « à des fins commerciales ». Il conviendrait de préciser dans une note de bas de page la référence du document dont est tiré cet alinéa, à savoir EB120/INF.DOC./3. Le paragraphe 2.10) devrait être modifié afin de commencer par les mots « de définir, de recommander et de soutenir, le cas échéant, les options possibles ... ». Les expressions « pour compenser » et « le coût de » devraient être supprimées et tout ce paragraphe replacé à la suite du paragraphe 2.5).

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), se référant au paragraphe 1.2), propose de remplacer la mention « les Etats Membres » par « leur ». Il propose également, après « à la législation et à la réglementation internes », d'insérer « et aux règlements internationaux », et de remplacer « dans le domaine public » par « dans des bases de données accessibles au public ». Au paragraphe 2.2), il demande que les mots « de mettre sur pied un dispositif » soient remplacés par « de renforcer le dispositif de communication » et les mots « d'être systématiquement informés » par « de recevoir ... les notifications systématiques ». Pour plus de clarté, il conviendrait de permuter la première et la dernière ligne du paragraphe 2.3) de façon à obtenir l'énoncé suivant : « de promouvoir l'accès le plus large possible à des produits tels que des vaccins contre la grippe pandémique issus de la recherche sur les virus grippaux, y compris la souche H5N1 ». Au paragraphe 2.5), « d'assurer » devrait être remplacé par « de faciliter ». Au paragraphe 2.7), il propose de remplacer « en invitant des » par « en facilitant la participation de » et, au paragraphe 2.8), la mention « définir et » devrait être supprimée.

Le Dr NYIKAL (Kenya), à propos de l'amendement qui vient d'être proposé au paragraphe 2.3), juge le mot « promouvoir » trop vague : ce paragraphe devrait décrire les mesures particulières à prendre pour assurer l'accès aux produits.

Le DIRECTEUR GENERAL, répondant au dernier orateur, rappelle que le paragraphe en question s'adresse au Directeur général et non aux autorités nationales et que le libellé est donc approprié.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution avec les modifications apportées.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

¹ Résolution EB120.R7.

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale : Point 4.5
de l'ordre du jour (documents EB120/22 et EB120/22 Add.1) (suite de la huitième séance, section 2)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution amendé sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale, ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les nombreuses résolutions connexes des comités régionaux, notamment celles relatives à la santé mentale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'en 2005 les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ont entraîné, selon les estimations, 35 millions de décès (60 % de la mortalité mondiale), que 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et que près de 16 millions de décès ont frappé des personnes de moins de 70 ans ;

Notant que la mortalité due aux maladies non transmissibles ~~chroniques~~ devrait augmenter de 17 % d'ici 2015, avec de graves répercussions socio-économiques pour les Etats Membres, les communautés et les familles ;

Notant par ailleurs les liens entre maladies non transmissibles ~~chroniques~~, développement, environnement et sécurité humaine, et leur contribution aux inégalités en matière de santé ;

Constatant que l'action multisectorielle continue d'être limitée faute de sensibilisation à la pandémie des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ et de mesures appropriées pour la contrer ;

Notant que l'importance de la lutte contre les maladies ~~chroniques non transmissibles~~ a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015, qui comprend notamment une cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les maladies ~~chroniques non transmissibles~~ de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

Prenant acte du volume croissant de données probantes concernant la rentabilité de plusieurs interventions simples pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ;

Notant l'importance de motiver et d'éduquer les individus et les familles et de les aider à faire des choix sains dans leur vie quotidienne, **et le rôle majeur joué par les gouvernements pour établir des politiques publiques et des environnements sains ;**
[Thaïlande]

¹ Document EB120/22.

² Voir dans le document EB120/22 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Confirmant qu'il est important de lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles ~~chroniques~~ de façon intégrée, complète, multisectorielle et progressive ;

Ayant à l'esprit que l'action face à la triple charge des maladies infectieuses, ~~et~~ des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ et des traumatismes à laquelle sont confrontés de nombreux pays et aux pénuries graves de ressources dont ils souffrent exige un solide système de soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé intégré ;

Reconnaissant que la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une mesure essentielle pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ;

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et améliorer la qualité des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne les informations fournies aux consommateurs et le mode de commercialisation des [**nouveaux produits sains** [Etats-Unis d'Amérique] **ou** [**nouveaux produits sains** [Danemark]], en particulier auprès des enfants ;

Reconnaissant en outre qu'il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les conséquences socio-économiques et développementales des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ et sur l'issue des interventions disponibles ;

Sachant que les Etats Membres ne consacrent qu'une petite partie de leur budget de la santé à la prévention des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ et à la santé publique, et qu'une augmentation, même minime, de ce pourcentage aurait des retombées bénéfiques considérables sur les plans sanitaire et socio-économique ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à renforcer aux niveaux national et local la volonté politique de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ dans le cadre d'un engagement en faveur de la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ de 2 % par an au cours des dix prochaines années, qui figure dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;

2) à établir **en tant que de besoin** [Australie] ou renforcer, ~~selon le contexte national,~~ [Kenya] **selon le contexte national** [Etats-Unis d'Amérique] un mécanisme national de coordination pour la prévention des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ doté d'un large mandat multisectoriel comprenant la mobilisation d'une volonté politique et de ressources financières et faisant appel à toutes les parties prenantes ;

3) à élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile ;

3bis) à étudier la possibilité d' [Australie] accroître les crédits budgétaires consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ [Kenya] et à prévoir **le cas échéant** [Australie] dans le budget annuel de la santé une ligne budgétaire pour la lutte contre ces maladies en tant qu'étape essentielle de la mise en oeuvre des politiques ; [Jamaïque]

OU

3bis) à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ; [Etats-Unis d'Amérique]

3ter) à étudier la possibilité de mettre en oeuvre les instruments internationaux **existants** [Australie] et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables

aux maladies non transmissibles ~~chroniques~~ de 2 % par an au cours des dix prochaines années ; [Kenya]

OU

~~3ter) à étudier la possibilité de mettre en oeuvre les instruments internationaux existants [Australie] et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles chroniques de 2 % par an au cours des dix prochaines années ; [Etats-Unis d'Amérique]~~

4) à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ une partie intégrante des programmes en vue de renforcer les systèmes de soins de santé primaires, et à consolider ~~ces systèmes~~ **les établissements de soins de santé primaires** [Etats-Unis d'Amérique] afin qu'ils puissent faire face aux problèmes posés par les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ; [Jamaïque]

5) à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation, y compris les mécanismes de surveillance épidémiologique dans les pays, afin de recueillir des données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques ;

6) à veiller à ce que les ~~systèmes nationaux~~ [Etats-Unis d'Amérique] **établissements** [Etats-Unis d'Amérique] de santé soient organisés de manière à pouvoir ~~répondre~~ **faire face** aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose de mettre tout particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires ; [Portugal]

7) à ~~examiner les possibilités d'utiliser les mécanismes législatifs ou réglementaires nationaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ; [Portugal]~~ **à mettre l'accent sur le rôle central des fonctions gouvernementales, et notamment des fonctions réglementaires, dans la lutte contre les maladies non transmissibles ; [Etats-Unis d'Amérique]**

2. PRIE le Directeur général :

1) sur la base des grandes lignes esquissées dans le rapport¹ sur la lutte contre les maladies non transmissibles : **mise en oeuvre de la stratégie mondiale**, [Australie], d'élaborer **pour soumission** à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, **par l'intermédiaire du Conseil exécutif**, [Etats-Unis d'Amérique] un plan d'action définissant les priorités, les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles entre 2008 et 2013 aux niveaux mondial et régional, et de fournir là où cela est nécessaire un appui à l'élaboration, à la mise en oeuvre intensifiée et au suivi des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~, notamment en poursuivant la mise au point d'une intervention destinée à prendre en charge les personnes à haut risque de maladie non transmissible ;

2) de sensibiliser davantage les Etats Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de mécanismes nationaux multisectoriels de coordination et de surveillance, ainsi que de plans de lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ;

3) de fournir un soutien aux Etats Membres qui en font la demande et de promouvoir les partenariats, la collaboration, la coopération et la diffusion des meilleures pratiques entre Etats Membres, pour qu'ils incorporent des interventions complètes de lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ dans les politiques et les programmes nationaux, y compris les politiques et programmes relatifs aux systèmes de santé, et pour qu'ils élargissent les interventions, notamment les stratégies visant à éduquer et aider les individus et les familles ;

¹ Document EB120/22.

- 4) de diffuser aux Etats Membres en temps opportun et de manière cohérente des informations sur les interventions essentielles d'un bon rapport coût/efficacité visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ;
- 4bis) d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques **et le secteur privé** [Danemark et Jamaïque], afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles, **y compris les programmes de promotion de la santé et du bien-être sur les lieux de travail** ; [Danemark et Jamaïque]
- ~~5) d'encourager le dialogue avec le secteur privé notamment, [Australie et Portugal] afin d'accroître la demande relative et [Australie] l'offre d'aliments sains, de promouvoir une alimentation saine, de réduire et la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé sains [Etats-Unis d'Amérique], et d'améliorer l'accès aux médicaments des populations à haut risque dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et de mettre en place des programmes de promotion de la santé et de bien-être sur les lieux de travail ; [Brésil et Danemark]~~
- 5) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine et de réduire la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles et à élargir l'accès aux médicaments pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ; [Brésil et Danemark]**
- 6) de développer et de maintenir les contacts avec les médias afin qu'ils continuent de faire une large place aux questions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles ~~chroniques~~ ;
- 7) de mieux faire comprendre les conséquences socio-économiques des maladies non transmissibles ~~chroniques~~ au niveau national et au niveau des ménages, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 7bis) de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent, **et un appui, le cas échéant** ; [Australie et Etats-Unis d'Amérique]
- 8) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée de la Santé, et par la suite tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris dans l'application du plan d'action.

Le Dr SMITH (Danemark), se référant au treizième alinéa du préambule, réitère son souhait que soient évités les mots « nouveaux et sains », car ils affaibliraient considérablement la portée de ce paragraphe. Pour le paragraphe 1.3bis), elle préfère de beaucoup la deuxième option, proposée par les Etats-Unis, car elle traduit plus clairement le désir d'allouer des ressources nationales suffisantes aux maladies non transmissibles. Il convient de conserver le paragraphe 1.3ter) mais modifié et formulé comme suit : « à étudier la possibilité de mettre en oeuvre les instruments internationaux existants et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à réduire sensiblement les taux de mortalité ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) appuie la demande du Danemark et accueille avec satisfaction l'appui au paragraphe 1.3bis). S'interrogeant sur la signification de l'expression « politiques publiques saines » au neuvième alinéa du préambule, il propose de remplacer « des politiques publiques et des environnements sains » par « des politiques publiques pour la santé et des

environnements sains ». Il est prêt à retirer la proposition visant à insérer les mots « nouveaux et sains » à l'alinéa 13 du préambule.

Il propose en outre de modifier le paragraphe 1.3ter), qui s'énoncerait comme suit : « à mettre en oeuvre la Convention-cadre pour la lutte antitabac et accroître le soutien accordé aux initiatives mondiales qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ». Il propose également de supprimer, au nouveau paragraphe 2.5), le membre de phrase : « dans le but d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine et de réduire la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé ». Les mots « et à élargir l'accès aux médicaments pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire » devraient être retirés de ce paragraphe et remplacés dans un nouveau paragraphe 1.8), qui se lirait comme suit : « à accroître l'accès aux médicaments pour les populations à haut risque des pays à revenu faible et intermédiaire ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), se référant à la proposition de modifier l'expression « politiques publiques saines » en « politiques publiques pour la santé » à l'alinéa 9 du préambule, fait observer qu'il y a eu un précédent : l'expression « politique publique saine » a été utilisée pour désigner une politique publique favorable à la santé, et ce dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986. Il convient donc de conserver le libellé existant.

Le Dr NYIKAL (Kenya) propose d'insérer le membre de phrase « , tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels, » après « de toutes les parties prenantes » au paragraphe 1.3).

Mme HALTON (Australie) estime que le domaine visé par l'alinéa 13 du préambule ne doit pas se limiter aux enfants ; les informations sur les aliments et les boissons et leur commercialisation intéressent en effet tous les consommateurs. Elle propose donc de supprimer les mots « en particulier auprès des enfants ». Au paragraphe 2.4bis), elle propose d'ajouter « , s'il y a lieu » après « sur les lieux de travail ».

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Le texte de l'alinéa 13 du préambule, tel qu'il a été amendé, s'établirait comme suit : « Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et améliorer la qualité des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne les informations fournies aux consommateurs et le mode de commercialisation des produits ». Le paragraphe 1.3), tel que modifié, serait ainsi libellé : « à élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ». Le texte du paragraphe 1.3bis) se lirait comme suit : « à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ». Le paragraphe 1.3ter), tel qu'il a été amendé, serait formulé comme suit : « à étudier la possibilité de mettre en oeuvre les instruments internationaux existants et d'accroître le soutien accordé à des initiatives mondiales qui aideront à réduire sensiblement les taux de mortalité ». La fin du paragraphe 2.4bis) sera modifiée par l'ajout des mots : « , s'il y a lieu ».

Répondant aux demandes de précisions, le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) indique qu'il avait proposé, pour le paragraphe 2.5), le libellé suivant : « de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui se sont engagés à réduire les risques de maladies non transmissibles ». Un nouveau sous-paragraphe 1.8) serait ainsi libellé : « à accroître l'accès aux médicaments pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ».

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) propose de conserver l'expression « en particulier auprès des enfants » au treizième alinéa du préambule, et d'y ajouter : « et des jeunes enfants ».

Le Dr SMITH (Danemark) soutient la plupart des amendements proposés. Mais le paragraphe 2.5) a été rédigé avec soin par plusieurs membres intéressés du Conseil et, si elle peut accepter la proposition du membre des Etats-Unis visant à transférer la dernière phrase dans un nouveau paragraphe 1.8), elle ne peut accepter la suppression des mots « dans le but d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine et de réduire la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) se dit vivement préoccupé par cette formulation particulière.

Le Dr SMITH (Danemark), appuyée par M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil), déclare que les membres concernés sont pour leur part très attachés à ce libellé qui, de plus, figurait dans le texte initialement proposé par le Secrétariat.

Le Dr GWENIGALE (Libéria), compte tenu des progrès de l'obésité dans le monde, ne souhaite pas voir retirer des termes de cette importance.

Le Dr NYIKAL (Kenya) appuie le point de vue des membres du Danemark et du Libéria ; l'alimentation est un important facteur de promotion de la santé.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), dans un souci de consensus, propose de ne conserver que le membre de phrase : « dans le but d'accroître l'offre d'aliments sains et d'encourager une alimentation saine ».

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit que le paragraphe 2.5) sera donc libellé comme suit : « de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains et d'encourager une alimentation saine, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui s'emploient à réduire les risques de maladies non transmissibles ». Il y aura en outre un nouveau paragraphe 1.8), formulé comme suit : « à accroître l'accès aux médicaments pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) demande si les membres du Conseil accepteraient de remplacer la formulation litigieuse « et de réduire la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé » par « et d'accroître la commercialisation et la promotion des produits sains ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) propose de remplacer le mot « réduire » par « limiter ».

Le Dr SHANGULA (Namibie) préfère conserver le texte original : la dernière proposition faite par le membre des Etats-Unis ne contribuerait nullement à réduire l'offre d'aliments nocifs ; or il est important de faire passer un message fort à cet égard. Le Directeur général, à qui s'adresse ce paragraphe, aurait en outre du mal à « limiter » la commercialisation. A propos des amendements proposés au treizième alinéa du préambule de la résolution recommandée, il préférerait remplacer « en particulier auprès des enfants » par « auprès du public ».

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) souligne que le treizième alinéa du préambule doit viser le risque particulier qui existe pour les enfants et les adolescents.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) propose la création d'un groupe de travail qui examinera le projet de résolution plus en profondeur, en particulier son paragraphe 2.5).

M. CAMPOS (suppléant du Dr Buss, Brésil) renouvelle son adhésion à la position du membre du Danemark. Il est important de conserver une référence à la nécessité de réduire la commercialisation des produits qui nuisent à la santé.

Mme HALTON (Australie) propose, au treizième alinéa du préambule, de remplacer « en particulier auprès des enfants » par « en particulier auprès des populations vulnérables », afin de recouvrir d'autres groupes vulnérables comme les populations autochtones. Il est important de distinguer entre les produits qui sont nocifs pour la santé, quelle qu'en soit la quantité, tel le tabac, et ceux qui ne sont nocifs que consommés en quantité excessive, comme les aliments « qui nuisent à la santé ». Elle approuve la création d'un groupe de rédaction qui sera notamment chargé d'examiner la formulation du paragraphe 2.5).

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), se rangeant à l'avis du membre du Danemark, propose de remplacer « réduire » par « limiter ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), revenant à sa proposition de remplacer « réduire » par « limiter », fait observer qu'il est demandé au Directeur général de promouvoir des initiatives destinées à limiter la commercialisation, et non directement de limiter la commercialisation. Le Conseil pourrait peut-être accepter un compromis consistant à remplacer « réduire la commercialisation » par « réduire la commercialisation agressive ».

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) appuie l'opinion exprimée par le membre de l'Australie à propos des « produits nocifs pour la santé » ; un produit quel qu'il soit, consommé en trop grande quantité, ou, dans certains cas, en trop petite quantité peut être nocif pour la santé.

Le Dr SHANGULA (Namibie) insiste à nouveau sur le fait que l'on ne peut demander au Directeur général de réduire la commercialisation.

Le PRESIDENT considère qu'un groupe de travail devrait être créé.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3, p. 306.)

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour

- **Technologies sanitaires essentielles** (documents EB120/13 et EB120/13 Add.1)

Le PRESIDENT rappelle que le Conseil a examiné ce point à sa cent dix-huitième session et demandé au Conseil exécutif de le réexaminer à sa présente session.¹ Il appelle l'attention sur le projet de résolution présenté au paragraphe 16 du document EB120/13.

Mme VELÁZQUEZ (suppléant de M. Bailón, Mexique), rappelant que le projet de résolution est le premier sur ce sujet qui soit soumis à l'examen du Conseil, dit que les technologies sanitaires essentielles permettent de dispenser des soins de santé de qualité, sûrs et efficaces. C'est pourquoi son Ministère de la Santé a ouvert un centre pour les technologies sanitaires en 2004, qui informe et guide les ministres de la santé de la Région des Amériques, et ce afin de promouvoir et d'évaluer l'usage rationnel des technologies sanitaires. L'examen du projet de résolution devrait être différé jusqu'à la mise en place d'un vaste processus de consultation associant spécialistes, organisations non gouvernementales et Etats Membres. Le Secrétariat pourrait ainsi définir plus clairement la portée et les incidences du projet de résolution.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) appuie cette proposition.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) estime qu'il serait important de définir les termes avec précision pour éviter toute confusion ; les actes et les protocoles thérapeutiques, par exemple, seront-ils considérés comme des technologies sanitaires ?

Le PRESIDENT dit que le Mexique propose, semble-t-il, d'organiser des consultations pour préciser ces questions.

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) explique que l'objectif est de déterminer les technologies sanitaires de base qui devraient être disponibles dans tous les pays. Un processus de consultation définira la portée des technologies sanitaires concernées et la terminologie connexe, y compris le matériel, les actes thérapeutiques et les épreuves de laboratoire.

Mme VELÁZQUEZ (suppléant de M. Bailón, Mexique) confirme qu'elle propose de nouvelles consultations qui préciseront les technologies sanitaires à adopter.

Mme HALTON (Australie) demande de plus amples renseignements sur le processus proposé ; qui y sera associé, qui sera consulté, quel sera le calendrier, quel sera le résultat final et quand la question sera-t-elle à nouveau soumise à un organe directeur ?

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) dit qu'il s'agit de faire en sorte que les consultations avec les Etats Membres et les spécialistes de ce domaine soient achevées à temps pour permettre la révision et la présentation du projet de résolution à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007. L'objectif sera d'indiquer les technologies sanitaires générales qui sont indispensables pour la prestation de soins de santé primaires pour tous, et non de dresser une liste spécifique : par exemple établir qu'il est nécessaire d'évaluer le rythme cardiaque sans préciser pour autant les appareils indispensables à cet effet.

¹ Document EBSS-EB118/2006/REC/1, procès-verbal de la quatrième séance, section 2.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) observe qu'il restera très peu de temps pour les consultations compte tenu de la date limite fixée pour la présentation des projets de résolutions à l'Assemblée de la Santé au mois de mai. Il propose d'inviter le Secrétariat à fournir des précisions concernant le processus proposé dans le courant de la présente session du Conseil.

Le DIRECTEUR GENERAL approuve cette proposition.

M. ALLAGE (suppléant du Dr Saheli, Jamahiriya arabe libyenne), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare qu'une résolution sur le modèle proposé confirmerait les décisions antérieures, et notamment la résolution WHA55.18 sur la qualité des soins : sécurité des patients, et le rapport de suivi du Secrétariat sur le même sujet (document EB113/37) qui prie instamment les pays de se doter d'une réglementation nationale appropriée, de systèmes d'assurance de la qualité et de modalités pour l'achat et pour l'évaluation des risques. Ces activités pourront être utiles aux fins de la formulation d'une politique dans ce domaine.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la onzième séance.)

Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants : Point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 et EB120/37 Add.1) (suite de la huitième séance, section 2)

Le PRESIDENT propose la création d'un groupe de rédaction qui examinera les deux projets de résolutions sur ce point.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption des résolutions dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3.)

La séance est levée à 17 h 50.

ONZIEME SEANCE

Samedi 27 janvier 2007, 9 h 05

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour

- **Technologies sanitaires essentielles** (documents EB120/13 et EB120/13 Add.1) (suite de la dixième séance)

En réponse à Mme VELÁZQUEZ (suppléant de M. Bailón, Mexique), qui a de nouveau demandé qu'un groupe de travail se réunisse pour que l'on puisse bénéficier de la présence des membres et entendre leurs vues, le **PRESIDENT** suggère de mener les discussions sur une base informelle.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) partage l'avis du membre désigné par le Mexique. Faisant observer que la discussion a déjà été renvoyée par le Conseil à sa cent dix-huitième session, il regrette que le Secrétariat n'ait pas étudié la question plus avant. La plupart des membres sont disposés à faire avancer le projet de résolution. La proposition du Secrétariat retarderait inutilement les travaux du Conseil. Le projet de résolution permettrait au Secrétariat et aux Etats Membres d'agir sans plus attendre sur cette question.

Le **DIRECTEUR GENERAL** dit qu'elle a cru comprendre que le Mexique souhaitait différer l'examen de la question, mais compte tenu des observations qui précèdent, des dispositions seront prises pour qu'un groupe de rédaction se réunisse, ainsi qu'il a été proposé.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès verbal de la douzième séance, section 3, p. 304.)

- **Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique** (documents EB120/11, EB120/11 Add.1 et EB120/39) (suite de la deuxième séance, section 3)

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant en sa qualité de Président du groupe de rédaction, présente les propositions d'amendement au projet de résolution sur l'éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique, ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné les rapports sur l'éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA49.10, dans laquelle était recommandée une date pour la destruction des stocks restants de virus variolique, sous réserve d'une décision de l'Assemblée de la Santé, et la résolution WHA52.10, qui autorisait le maintien temporaire des stocks de virus jusqu'à une date ultérieure, sous réserve d'un examen annuel de la situation par l'Assemblée de la Santé ;

Notant que l'Assemblée de la Santé a décidé, dans la résolution WHA55.15, d'autoriser de nouveau le maintien temporaire des stocks existants de virus variolique vivant, sous réserve que toutes les recherches approuvées restent axées sur les résultats et limitées dans le temps et soient périodiquement examinées, et qu'une nouvelle date concernant la destruction des stocks soit fixée lorsque les réalisations et les résultats des travaux de recherche permettront de dégager un consensus sur la date de destruction des stocks de virus variolique ;

Notant que l'autorisation a été accordée de mener des recherches essentielles aux fins de la santé publique mondiale, y compris de nouvelles recherches internationales sur des agents antiviraux et des vaccins améliorés et plus sûrs, ainsi que des recherches hautement prioritaires sur la structure génétique du virus et la pathogenèse de la variole ;

Notant que, dans la résolution WHA52.10, le Directeur général était prié de nommer un groupe d'experts qui déciderait des recherches devant être effectuées, le cas échéant, pour parvenir à un consensus mondial sur la date de la destruction des stocks existants de virus variolique ;

Rappelant les décisions d'Assemblées de la Santé antérieures selon lesquelles les stocks restants de virus variolique devraient être détruits ;

Reconnaissant que la destruction de tous les stocks de virus variolique est une échéance irrévocable et que la date de cette destruction doit être fixée avec grand soin ;

Rappelant la résolution WHA55.16, qui appelait à une action de santé publique internationale face à la présence naturelle, la dissémination accidentelle ou l'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé ;

Reconnaissant en outre que des stocks inconnus de virus variolique vivant pourraient exister et que la dissémination délibérée ou accidentelle de ces virus varioliques serait une catastrophe pour la communauté mondiale ;

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique, et le rapport de la huitième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique ;³

Notant avec satisfaction les progrès considérables accomplis dans la mise au point d'agents antiviraux, de vaccins améliorés et plus sûrs, et de tests de diagnostic sensibles et spécifiques, ainsi que dans le séquençage de génomes entiers de virus appartenant à de nombreuses souches différentes ;

Consciente du fait qu'aucun agent antiviral contre la variole n'a été homologué, que le virus variolique vivant sera nécessaire pour garantir l'efficacité des tests *in vitro*, et

¹ Documents EB120/11 et EB120/39.

² Voir dans le document EB120/11 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

³ Document EB120/39.

qu'une nouvelle amélioration du modèle animal pourrait s'imposer pour mieux l'adapter aux tests d'efficacité de ces agents ;

Notant en outre que les inspections conduites par l'OMS en 2005 dans les deux conservatoires autorisés ont confirmé que la sûreté et la sécurité des stocks de virus étaient satisfaisantes ;

Notant qu'à sa septième réunion, le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique a estimé qu'il était urgent de revoir toutes les nouvelles propositions de recherche utilisant des virus varioliques vivants à la lumière des progrès considérables accomplis jusqu'ici ;¹

Constatant en outre que le Secrétariat, comme le lui avait demandé le Comité consultatif OMS, a élaboré un modèle de présentation des propositions de recherche et établi un protocole et un calendrier en vue de les soumettre au Comité pour examen, et qu'il est rendu compte à l'OMS des recherches approuvées conformément à un protocole établi ;

1. REAFFIRME ENERGIQUEMENT les décisions d'Assemblées de la Santé antérieures selon lesquelles les stocks restants de virus variolique devraient être détruits ;
2. REAFFIRME EN OUTRE :
 - 1) la nécessité de parvenir à un consensus sur une nouvelle date pour la destruction des stocks de virus variolique, lorsque les résultats de la recherche, essentiels pour améliorer l'action de santé publique face à une flambée, le permettront ;
 - 2) la décision figurant dans la résolution WHA55.15 (de veiller à la poursuite des travaux du Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique en ce qui concerne la recherche sur les stocks de virus variolique et à l'exécution du programme de recherche de façon ouverte et transparente) selon laquelle le programme de recherche devrait être exécuté de façon ouverte et transparente uniquement avec l'accord et sous le contrôle de l'OMS ;
3. DECIDE d'inscrire à l'ordre du jour provisoire de la **[Soixante-Troisième/Soixante-Quatrième]** Assemblée mondiale de la Santé un point technique intitulé : « Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique » ;
4. PRIE le Directeur général :
 - 1) de procéder **[en 2009/2010]** à un examen majeur des résultats des recherches entreprises et actuellement en cours des plans et des besoins concernant la réalisation d'autres recherches essentielles aux fins de la santé publique mondiale, en tenant compte des recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique, afin que la **[Soixante-Troisième/Soixante-Quatrième]** Assemblée mondiale de la Santé parvienne à un consensus mondial sur la date de destruction des stocks de virus variolique existants ;
 - 2) de veiller à la poursuite des travaux du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique et d'en diffuser plus largement les recommandations à la communauté scientifique ;
 - 3) de revoir la composition du Comité consultatif OMS et la représentation des conseillers et observateurs aux réunions du Comité pour assurer une représentation géographique équilibrée, en incluant des experts de pays en développement, une représentation substantielle d'experts de la santé publique, et l'indépendance des membres de ce Comité en dehors de tout conflit d'intérêts ;
 - 4) de veiller à ce que les propositions de recherche approuvées, les résultats et retombées de la recherche soient mis à la disposition de tous les Etats Membres ;

¹ Voir document A59/10.

- 5) de maintenir des inspections biennales des deux conservatoires autorisés afin de veiller à ce que les conditions de stockage du virus et les recherches effectuées dans les laboratoires répondent aux normes les plus élevées de sécurité et de sûreté biologiques ;
- 6) de poursuivre l'élaboration du cadre opérationnel concernant la réserve OMS de vaccin antivariolique ;
- 7) de continuer à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis concernant le programme de recherche, la sécurité et la sûreté biologiques et les questions connexes ainsi que sur la mise en oeuvre des recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique acceptées par le Directeur général ;
- 8) de veiller à ce qu'aucune recherche entreprise n'implique de manipulations génétiques du virus variolique ;
- 9)a) [de veiller à ce que les deux conservatoires autorisés et toute autre institution détenant des fragments de l'ADN du virus variolique distribuent cet ADN uniquement selon les recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique]**
(ou)
- b) [de veiller à ce que les deux conservatoires autorisés ne distribuent pas l'ADN du virus variolique à des fins non diagnostiques] ;**
- 10) de soumettre un rapport annuel détaillé à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les recherches achevées, les résultats de ces recherches, les recherches entreprises et les recherches prévues dans les deux conservatoires autorisés ;
- 11) de soumettre à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé un rapport sur le statut juridique des souches de virus variolique détenues dans les deux conservatoires eu égard à la propriété de celles-ci ;
- 12) de soumettre un rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les mesures propres à promouvoir dans les Etats Membres l'accès le plus large et le plus équitable possible aux résultats de la recherche et notamment aux agents antiviraux, aux vaccins et aux outils diagnostiques.

Le groupe n'est pas parvenu à un consensus sur le libellé des paragraphes 3, 4.1) et 4.9), et a estimé qu'il n'était pas possible de progresser davantage. Le projet de résolution sous sa forme actuelle devrait être soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Les travaux se poursuivront pour trouver un consensus.

Le Dr SHANGULA (Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, ne doute pas qu'un consensus puisse se dégager concernant la destruction des stocks de virus variolique. Toutefois, la conservation temporaire du virus variolique à des fins de recherche aux Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et au Centre de recherche de l'Etat russe sur la virologie et la biotechnologie pose des problèmes de sécurité. L'orateur reste hostile aux manipulations génétiques du virus variolique compte tenu des risques d'accidents de laboratoire, de dissémination délibérée, de bioterrorisme ou d'émergence éventuelle de formes plus dangereuses du virus. Contrairement à ce qu'avait décidé l'Assemblée de la Santé, à savoir d'intégrer un groupe d'experts d'Etats Membres de chaque Région de l'OMS dans le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique, celui-ci est loin d'être largement représenté, en particulier par des pays en développement, et il faudrait en revoir la composition conformément au paragraphe 4.3) du projet de résolution révisé. Ce paragraphe a été rédigé afin de garantir l'indépendance du Comité à l'égard de ces deux conservatoires et d'éviter tout parti pris.

La question ne porte pas sur le développement de la recherche dans ce domaine, mais sur la destruction des stocks restants de virus variolique. Il a été décidé de maintenir temporairement ces stocks, sous réserve que les recherches approuvées restent axées sur les résultats et limitées dans le temps, et qu'elles soient périodiquement examinées. Dans son rapport à la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,¹ le Secrétariat a indiqué que la plupart des recherches essentielles nécessitant l'utilisation du virus variolique vivant ont été achevées. Il est temps qu'un consensus se dégage à l'échelle mondiale sur la date de destruction des stocks existants de virus variolique, conformément aux résolutions WHA49.10 et WHA52.10 ; le Dr Shangula regrette que le projet de résolution révisé reste silencieux à cet égard. La nécessité de fixer une date à cette fin a fait l'objet de nombreuses résolutions de l'Assemblée de la Santé, mais cette tâche a été chaque fois différée.

Le projet de résolution semble traiter des questions essentielles. Le Conseil n'a pas été en mesure de fixer une date pour procéder à un examen approfondi des résultats des recherches en cours : cette décision devrait être prise par l'Assemblée de la Santé. Le Dr Shangula propose l'amendement suivant au paragraphe 4.9) : « ... distribuent cet ADN uniquement à **des fins diagnostiques** et selon les recommandations ... ».

Le Dr VOLJČ (Slovénie), s'exprimant au nom de la présidence allemande de l'Union européenne, pour le compte de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, indique que les pays candidats – Turquie, Croatie et Ex-République yougoslave de Macédoine –, les pays du processus de stabilisation et d'association et les candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Monténégro – ainsi que la République de Moldova, se rallient à sa déclaration. Il loue les efforts déployés par le Comité consultatif depuis que la variole a été éradiquée. Des progrès considérables ont été accomplis dans les nouveaux traitements et méthodes de diagnostic des orthopoxviroses. Il réaffirme qu'il importe de décider de détruire tous les stocks de virus variolique à une date précise qui reste à fixer. A l'heure actuelle, le virus variolique vivant est indispensable à la recherche qui ne peut être menée avec d'autres matériels. Toutes les recherches approuvées doivent rester axées sur les résultats, être limitées dans le temps et faire preuve de transparence. Les stocks existants devraient être maintenus dans les sites actuels à des fins de recherche internationale et une nouvelle date de destruction devrait être proposée lorsque les résultats de la recherche permettront de parvenir à un consensus.

Il fait part de ses préoccupations concernant l'établissement de rapports incomplets sur des travaux de recherche liés à la santé, menés sur l'homme, à l'aide de fragments d'ADN du virus variolique et invite instamment le Secrétariat à demander aux laboratoires concernés de lui fournir des rapports.

Le Dr TANGI (Tonga) note qu'il est fait référence à « toute autre institution détenant des fragments de l'ADN du virus variolique » au paragraphe 4.9) du projet de résolution. De quelles institutions s'agit-il et quel contrôle l'OMS exerce-t-elle sur ces institutions ? L'OMS peut-elle faire appliquer une décision visant à détruire tous les stocks de virus variolique dans le monde entier ? Les Gouvernements des deux pays dépositaires détruiront-ils définitivement le virus si l'OMS leur demande de le faire ? Il ne sait pas précisément qui détient la propriété juridique des stocks de virus.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite des progrès accomplis dans la recherche sur le virus variolique. Tous les travaux de recherche essentiels nécessitant l'utilisation du virus variolique vivant pour séquencer le génome et mettre au point des moyens diagnostiques et des vaccins ont été achevés. Dans les travaux de recherche à venir, on ne devrait pas avoir besoin d'utiliser le virus variolique vivant. Il faudrait fixer une date définitive pour détruire tous les stocks de virus afin d'écartier définitivement la

¹ Document A56/14.

menace d'une catastrophe, à savoir la réémergence de la variole, de manière accidentelle ou par malveillance.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique), rappelant que la recherche sur le virus variolique a été autorisée pour mettre au point de meilleurs moyens diagnostiques, vaccins et traitements de la variole, indique que, dans le rapport de sa sixième réunion tenue en novembre 2004,¹ le Comité consultatif a établi des règles strictes concernant les domaines de recherche dans lesquels d'autres laboratoires, outre les deux conservatoires officiels, peuvent utiliser des fragments de l'ADN du virus variolique, et a également précisé les domaines dans lesquels ce virus ne doit en aucun cas être utilisé. Par exemple, il a indiqué expressément que toute tentative de synthèse de génomes entiers du virus variolique ou d'un virus variolique infectieux à partir de fragments d'ADN plus petits reste strictement interdite. Par ailleurs, aucun laboratoire, sauf les deux laboratoires dépositaires, n'est autorisé à détenir de l'ADN comprenant plus de 20 % du génome total. Il aimerait entendre le point de vue du Secrétariat sur cette question. Des fragments d'ADN ont été légalement distribués à différents laboratoires dans le monde entier, mais seuls les deux laboratoires dépositaires détiennent le virus complet.

Le libellé de compromis proposé par le membre désigné par la Namibie au sujet du paragraphe 4.9) signifiera toutefois, s'il est adopté, que d'autres laboratoires, outre les deux laboratoires dépositaires, seront limités à la recherche sur les moyens diagnostiques et ne seront pas en mesure de mener des recherches sur le traitement et les vaccins antivarioliques. Tout le monde attend avec impatience le jour où les moyens diagnostiques, les vaccins et le traitement auront fait de tels progrès que le virus variolique vivant ne sera plus nécessaire, mais ce jour n'est pas encore venu.

Le Dr NYIKAL (Kenya) se dit de nouveau préoccupé par une éventuelle manipulation de l'ADN du virus variolique et considère que le Comité consultatif est principalement responsable de cette question. Il est urgent de revoir la composition de ce Comité, comme le prévoit le paragraphe 4.3) du projet de résolution. L'OMS reconnaît que des stocks inconnus de virus variolique vivant pourraient exister, mais elle n'a pas essayé de vérifier cette affirmation. En fait, ceux qui sont favorables au maintien des stocks officiels de virus variolique utilisent l'existence possible de tels stocks pour justifier le fait de se préparer à une dissémination accidentelle ou délibérée du virus. L'OMS devrait étudier la question des stocks non officiels du virus variolique. La destruction à venir des stocks de virus est en cours de discussion, tout comme la distribution de ce même virus – ou de parties de ce virus – à divers laboratoires, ce qui complique la question de leur suivi. Le Dr Nyikal se déclare favorable au projet de résolution, avec l'amendement proposé par le membre désigné par la Namibie. L'OMS devrait mettre tout particulièrement l'accent sur deux questions : l'existence de stocks non officiels du virus et la distribution des stocks aux différents laboratoires.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) relève que la destruction des stocks du virus variolique ne requiert pas une nouvelle résolution étant donné qu'il en existe déjà une. Il faut toutefois adopter une résolution pour inviter instamment les deux laboratoires en question à détruire leurs stocks dès que possible et à se conformer à la décision prise en 1999.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)² appuie les observations formulées par le membre désigné par le Bahreïn au nom de la Région de la Méditerranée orientale et fait observer que, dans le rapport complet de sa huitième réunion, le Comité consultatif, après avoir examiné s'il fallait poursuivre le séquençage de l'ADN du virus variolique, a indiqué qu'il fallait établir un équilibre entre les séquences pouvant présenter un intérêt sur le plan scientifique et celles qui sont essentielles aux fins de

¹ Document WHO/CDS/CSR/ARO/2005.4.

² Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

la santé publique.¹ Le virus variolique vivant a de nouveau été maintenu temporairement pour que des recherches essentielles puissent être menées aux fins de la santé publique mondiale, et non pour effectuer des travaux de recherche présentant simplement un intérêt sur le plan scientifique. Elle souhaiterait donc que le Comité soit vigilant.

Elle demande des précisions sur la mise en oeuvre des recommandations formulées par le Comité. Elle a été surprise de noter dans le rapport que des anticorps neutralisants produits contre le virus variolique font actuellement l'objet d'études, bien que le Comité ait indiqué à sa septième réunion qu'il n'estimait pas nécessaire d'utiliser le virus variolique vivant pour mener des recherches sur les vaccins. De même, elle a été surprise de constater que le Comité avait revu sa position concernant la poursuite du séquençage de l'ADN du virus variolique, alors qu'à sa septième réunion il avait considéré qu'aucune autre séquence entière d'ADN n'était nécessaire. Mme Mafubelu est hostile aux manipulations génétiques du virus variolique compte tenu des risques encourus : dissémination accidentelle ou délibérée, bioterrorisme, et émergence de formes du virus plus dangereuses. Elle se félicite que le Comité ait décidé de rejeter la proposition consistant à introduire des gènes du virus variolique dans d'autres orthopoxvirus.

M. MACPHEE (Canada)² fait siennes les observations formulées par le membre désigné par la Slovénie et accueille avec satisfaction les précisions fournies par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. En ce qui concerne le rapport de la huitième réunion du Comité consultatif, il fait observer que la science est en perpétuelle évolution. Dans le rapport, il est indiqué que des décisions sont attendues concernant sept projets de recherche (paragraphe 12) et que le Comité a décidé de maintenir sa politique d'exclusion du personnel de centres collaborateurs au sein du sous-comité scientifique (paragraphe 14), dont la composition devrait être revue, un tiers des membres au maximum devant être renouvelé chaque année.

M. RASOLONJATOVO (suppléant du Dr Rahantanirina, Madagascar) demande également des précisions concernant la procédure suivie par le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique dans le cadre de ses travaux.

Le PRESIDENT note que certains éléments du texte appellent encore des décisions au plus haut niveau. Il a été proposé de soumettre la résolution à l'Assemblée de la Santé, telle qu'elle est rédigée, en l'absence de décision au sujet des points qui restent en suspens. Il souhaiterait savoir ce qu'en pense le Président du groupe de rédaction.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant en sa qualité de Président du groupe de rédaction, propose d'ajouter les mots « à des fins de recherche sur les moyens diagnostiques, le traitement et les vaccins » après « distribuent cet ADN uniquement » au paragraphe 4.9) du projet de résolution pour tenir compte des préoccupations exprimées par les membres désignés par la Namibie et les Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) se dit prêt à accepter ce libellé si le texte proposé comprend les recommandations formulées par le Comité consultatif concernant les fragments d'ADN.

Le Dr HEYMANN (Sous-Directeur général par intérim) indique que des mesures ont déjà été prises concernant la recommandation formulée au paragraphe 4.2) du projet de résolution visant à ce que la composition des membres du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique soit revue, afin d'assurer une représentation géographique plus équilibrée et de garantir la participation

¹ Document WHO/CDS/CSR/EPR/2007.1.

² Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

d'experts en virologie et en santé publique de pays en développement. A la dernière réunion du Comité, par exemple, le nombre de membres venant d'Afrique est passé de quatre à six, sur 25 au total, dont trois virologistes et trois experts en santé publique. Lors de cette réunion, des membres ont soulevé la question de la sécurité en ce qui concerne le maintien de virus vivants dans les deux conservatoires mentionnés. L'OMS continuera à mener des inspections biennales en matière de sécurité biologique dans les deux conservatoires en question, la prochaine inspection étant prévue dans le courant de l'année.

Pour ce qui est du paragraphe 4.9) du projet de résolution, le Secrétariat estime que la proposition préconisant de veiller à ce que l'ADN du virus variolique soit distribué uniquement à des fins de recherche sur les moyens diagnostiques, le traitement et les vaccins est conforme au rapport de recherche présenté à la dernière réunion du Comité consultatif. Des groupes consultatifs de ce type examinent en permanence les informations et les connaissances disponibles afin de prendre les meilleures décisions possibles pour mener à bien leurs programmes de recherche. A mesure que de nouvelles recherches sont effectuées, de nouvelles connaissances se font jour, ce qui peut permettre de mener encore plus rapidement à bien de tels programmes.

Répondant au PRESIDENT, le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il acceptera l'amendement qu'il est proposé d'apporter au paragraphe 4.9) si le membre désigné par la Namibie y souscrit.

Le Dr SHANGULA (Namibie) affirme qu'il est d'accord avec l'amendement en question.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit que le paragraphe 4.9) se lira comme suit : « de veiller à ce que les deux conservatoires autorisés à détenir des virus vivants et toute autre institution détenant des fragments de l'ADN du virus variolique distribuent cet ADN uniquement à des fins de recherche sur les moyens diagnostiques, le traitement et les vaccins, selon les recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique ».

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) propose de supprimer les crochets entourant les dates dans les paragraphes 3 et 4.1). Sans cela, on pourrait penser que les mesures préconisées sont indéfiniment reportées.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que le groupe de rédaction n'est pas parvenu à un consensus au sujet de ces dates. Il a donc été décidé de conserver les crochets et de transmettre le texte à l'Assemblée de la Santé, tel qu'il est actuellement rédigé, pour un examen plus approfondi.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) estime que le Secrétariat n'a pas complètement répondu à la question posée par le représentant de l'Afrique du Sud au sujet des travaux du Comité consultatif.

Le Dr HEYMANN (Sous-Directeur général par intérim) précise qu'il a fourni des explications à propos des programmes de recherche des comités consultatifs en vue de répondre à cette question. Chaque année, le Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique, comme tous les autres comités consultatifs, examine l'ensemble des données disponibles et formule de nouvelles recommandations concernant les mesures à prendre afin de mener à bien son programme de recherche, comme le lui a demandé l'Assemblée de la Santé.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

¹ Résolution EB120.R8.

- **La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation** (documents EB120/12 et EB120/12 Add.1)

Le Dr RUIZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) rappelle l'importance accordée à la promotion de la santé dans la Déclaration d'Alma-Ata, la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et dans le cadre de conférences internationales tenues ultérieurement. Cette question est devenue indispensable à la mise en place de réformes sanitaires et de systèmes de santé viables. Depuis la Conférence d'Ottawa, l'OMS n'a pas établi de mécanisme de suivi efficace et n'a pas non plus fourni d'appui spécifique aux pays, et ses moyens d'intervention se sont affaiblis. Il appuie par conséquent le projet de résolution contenu dans le document EB120/12.

Le Dr SMITH (Danemark), qui se rallie au projet de résolution, dit que les membres du Conseil sont d'accord pour penser que la promotion de la santé est essentielle pour réduire les problèmes mondiaux causés par les maladies non transmissibles. Il faudrait donner une priorité accrue à la promotion de la santé et à la lutte contre ces maladies en termes de ressources.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) rappelle que plusieurs résolutions sur la question de la promotion de la santé ont déjà été adoptées. Il n'y a donc pas lieu d'en adopter une autre. Si, toutefois, le Conseil souhaite procéder à l'adoption du projet de résolution, il propose d'y apporter plusieurs amendements.

Au premier alinéa du préambule, il faudrait remplacer « cinq conférences internationales » par « six conférences internationales » et ajouter une référence à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Bangkok, 7-11 août 2005). Il conviendrait de supprimer le dernier alinéa du préambule, les déterminants plus larges de la santé étant déjà mentionnés au cinquième alinéa.

Il peut accepter que l'on fasse référence à la Charte de Bangkok dans les alinéas du préambule, mais, puisque cette Charte n'a aucune influence dans un contexte intergouvernemental, elle ne doit pas être mentionnée dans les paragraphes du dispositif, en particulier comme base sur laquelle s'appuierait le Directeur général pour prendre des mesures. Il convient par conséquent de supprimer la référence à ladite Charte au paragraphe 2.6). Ce paragraphe, ainsi amendé, se lirait comme suit : « de faciliter l'échange d'informations avec des instances internationales autres que sanitaires sur les principaux aspects de la promotion de la santé ».

Le Dr QI Qingdong (Chine) insiste sur la promotion de la santé, sur le rôle important qu'elle joue pour réduire la charge de la maladie et sur ses effets sur le développement socio-économique. Il propose deux amendements au projet de résolution : au paragraphe 1.1), il faudrait insérer les mots « et de formuler des politiques judicieuses » après « investissements », et il faudrait fusionner les paragraphes 1.4) et 1.6) de la façon suivante : « à surveiller et évaluer régulièrement de façon systématique les politiques, les programmes, les infrastructures et les investissements liés à la promotion de la santé, en concevant et en mettant en oeuvre des approches destinées à évaluer l'impact sur la santé ».

Le Dr NYIKAL (Kenya), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, estime que la promotion de la santé est capitale pour réduire la charge de la maladie et qu'elle constitue le fondement de la santé publique. Son Gouvernement accueillera la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, à Nairobi, en 2009. La mise en oeuvre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation devrait améliorer sensiblement la santé des hommes, des femmes et des enfants partout dans le monde. Il invite instamment toutes les parties prenantes à s'inspirer de ces deux Chartes.

Il propose d'amender le paragraphe 1.1) du projet de résolution comme suit : « à accroître, selon que de besoin, les investissements dans la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable ». Le paragraphe 1.2) devrait être ainsi libellé : « à établir des mécanismes efficaces pour une approche multisectorielle permettant de traiter efficacement

les déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux de la santé ». Il conviendrait d'insérer les mots « tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts » après « secteur privé » au paragraphe 1.3) et après « et d'autres organismes » au paragraphe 2.3).

Il fait observer que la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé requiert plus de US \$1 million et que sur le coût estimatif pour la période biennale 2006-2007 (US \$790 000), seuls US \$100 000 peuvent être inclus dans les activités programmées existantes.¹ Compte tenu de l'importance du déficit financier, le programme risque de donner des résultats médiocres.

Le PRESIDENT suggère, compte tenu du nombre de propositions d'amendement au projet de résolution, de les soumettre par écrit au Secrétariat pour que le Conseil puisse publier une version révisée du document à sa séance suivante.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3, p. 292.)

- **Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé** (documents EB120/14 et EB120/14 Add.1)

Le Dr SMITH (Danemark) rappelle que, à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, les pays nordiques ont proposé de soumettre à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé une stratégie sur la gestion et l'organisation d'activités de recherche au sein de l'OMS.² Le Danemark est favorable à ce qu'une telle stratégie soit soumise à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, l'accent étant mis sur des mécanismes de gouvernance et d'établissement de priorités, en s'inspirant des stratégies de recherche mises au point par l'OMS de 1986 à 1993. Il faudrait tenir des consultations avec différents partenaires, notamment les pouvoirs publics, bailleurs de fonds et organisations non gouvernementales.

Elle propose d'apporter les amendements suivants au projet de résolution figurant dans le document EB120/14 : insertion, au paragraphe 3, d'un nouvel alinéa avant l'alinéa 1, ainsi libellé : « de promouvoir et d'encourager la recherche dans les domaines négligés présentant une importance pour l'amélioration de la santé, en particulier des groupes pauvres et défavorisés » ; insertion d'un nouvel alinéa avant l'alinéa 5, ainsi libellé : « de mettre en place des dispositifs transparents pour établir un ordre de priorité concernant les activités et les projets de recherche au sein de l'OMS, y compris des dispositifs indépendants d'examen collégial et des critères de sélection tels que la pertinence et la qualité scientifique » ; insertion du membre de phrase « de renforcer les capacités afin » au début du paragraphe 3.13) ; insertion d'un nouvel alinéa avant l'alinéa 6, ainsi libellé : « de conseiller les Etats Membres qui le demanderont sur la meilleure façon d'organiser des systèmes complets de recherche pour améliorer la santé » ; il faudrait de ce fait supprimer les mots « et, le cas échéant, sur l'appui apporté aux pays pour l'organisation de recherches en santé » dans la seconde partie du paragraphe 3.14).

Le Dr QI Qingdong (Chine) estime lui aussi que l'OMS doit assumer des responsabilités croissantes dans la recherche en santé, qui est indispensable pour disposer de données solides en vue de l'élaboration de politiques et de l'amélioration de la santé, compte tenu en particulier du fossé important qui existe entre pays développés et pays en développement. Le onzième Global Forum for Health Research (Beijing, 29 octobre-2 novembre 2007) traitera essentiellement de l'équité d'accès à la recherche en santé, et permettra, grâce à la participation de nombreux experts, de renforcer le

¹ Document EB120/12 Add.1.

² Document WHA59/2006/REC/3, procès-verbal de la quatrième séance de la Commission B, section 3.

potentiel et les résultats de la recherche dans les pays en développement. Il propose d'insérer un alinéa supplémentaire dans le préambule du projet de résolution, qui se lirait comme suit : « Reconnaissant qu'un large fossé subsiste entre pays développés et pays en développement en matière de capacité de recherche en santé et qu'il risque d'entraver les efforts visant à obtenir de meilleurs résultats sanitaires ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) estime que l'OMS devrait jouer un plus grand rôle opérationnel, définir les priorités de la recherche en santé, créer ou promouvoir des moyens de financement, et prendre directement part aux travaux de recherche proprement dits. La référence qui est faite au troisième alinéa du préambule du projet de résolution, « Reconnaissant le rôle essentiel de l'ensemble de la recherche sanitaire et médicale », est à souligner puisque l'on ne dispose pas d'informations suffisantes sur tous les problèmes de santé pour lesquels des recherches spécifiques doivent être menées. Ces besoins peuvent être déterminés dans le cadre de priorités formellement établies. Au moins 2 % des dépenses de santé nationales devraient être investies dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, comme indiqué au paragraphe 1.1).

Se déclarant favorable au projet de résolution et aux amendements proposés par le membre désigné par le Danemark, le Professeur Pereira Miguel fait savoir qu'il soumettra d'autres amendements par écrit.

Si quelque 30 % des articles portugais publiés dans des revues évaluées par des pairs portent sur des activités de recherche en santé réalisées au Portugal, celles-ci ne reçoivent que 10 % du financement total et n'ont qu'une faible incidence sur la santé et la qualité de vie. Un programme national de recherche en santé permettrait de recenser les principaux domaines nécessitant des fonds publics au titre du plan sanitaire national.

L'OMS devrait continuer à soutenir les efforts déployés pour combler le « fossé 10/90 » qui existe dans le domaine de la recherche en santé en collaborant avec le Global Forum for Health Research ; elle devrait allouer davantage de fonds, fixer des priorités de recherche, encourager le libre accès aux données, promouvoir l'évaluation des technologies sanitaires, et évaluer la pertinence des interventions sanitaires. Il faudrait également que soient prises en compte les questions éthiques, juridiques et sociales.

Le Dr AGWUNOBI (Etats-Unis d'Amérique) estime que la recherche en santé exige une transparence, un examen collégial indépendant, un investissement durable et une vision stratégique de la façon dont ces connaissances peuvent être traduites en mesures concrètes pour orienter les politiques, réduire les disparités et améliorer la qualité de vie. La recherche médicale et en santé publique repose sur les idées et les initiatives des individus. Un investissement accru de la part d'instituts publics et privés de recherche accélère les progrès dans l'ensemble des domaines scientifiques, qu'il s'agisse des sciences biomédicales ou comportementales. Aux Etats-Unis, la recherche s'appuie sur des partenariats public-privé, le secteur privé jouant un rôle moteur dans ce domaine. Des partenariats avec l'ensemble des parties prenantes sont essentiels si l'on veut développer l'infrastructure et la recherche scientifiques.

Un programme mondial de recherche risque toutefois de freiner la recherche : il vaut mieux laisser à la communauté scientifique et aux instituts de recherche le soin de générer des sujets de recherche. Les pays doivent oeuvrer de concert à l'élaboration de stratégies dynamiques adaptées à leur contexte national ou régional ; le Secrétariat peut favoriser la convergence d'idées, appuyer la recherche novatrice, promouvoir des idées et stimuler des stratégies bénéfiques pour la communauté. Le Dr Agwunobi soutient le projet de résolution contenu dans le document EB120/14, dans sa forme originale.

Le PRESIDENT rappelle au Conseil qu'il a déjà examiné et modifié le projet de résolution au cours d'une session précédente et qu'il l'a transmis à l'Assemblée de la Santé, laquelle l'a renvoyé au Conseil pour qu'il y apporte des améliorations.

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, fait observer que de fortes disparités demeurent dans les systèmes de soins et de prestations de santé, les populations des pays en développement étant particulièrement exposées. La recherche en santé devrait être pleinement intégrée à la santé publique, et il faudrait réaliser des investissements dans la prestation des soins à l'échelle de la planète.

La recherche a toujours fait partie intégrante des programmes de collaboration de l'OMS, conformément à l'article 2 *n*) de sa Constitution : le Secrétariat a aidé les Etats Membres à développer leur potentiel de recherche, par l'intermédiaire de tableaux d'experts et de comités consultatifs et au moyen d'investissements, ce qui a été bénéfique pour tous les pays. Bien que la responsabilité du développement et de l'application de la recherche incombe en dernier ressort aux Etats Membres, l'OMS joue un rôle essentiel qu'il s'agisse de la promotion de la recherche en santé ou de l'appui technique qu'elle peut offrir pour créer des systèmes de santé nationaux adaptés aux besoins des pays. La recherche sur les systèmes de santé est indispensable pour assurer le fonctionnement efficace et efficient de ces systèmes. Il appartient à l'OMS de veiller à ce que la recherche soit dûment menée, sur une base équitable, juste et éthique. L'OMS doit également soutenir la collaboration avec des instituts de recherche, fournir des conseils politiques pour renforcer la recherche en santé, et encourager l'utilisation des résultats de la recherche.

Le Dr DIALLO (suppléant du Dr Youba, Mali), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, souscrit au projet de résolution ; il soumettra sa déclaration par écrit au Secrétariat. Son pays accueillera le Sommet ministériel mondial sur la recherche en santé (Bamako, 17-20 novembre 2008).

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) estime, comme l'a indiqué le membre désigné par la Chine, qu'il existe un fossé dans le domaine de la recherche entre pays développés et pays en développement. Elle suggère d'insérer le membre de phrase « de sorte que la recherche ne contribue pas à aggraver le problème de l'exode des cerveaux qui se pose déjà » dans l'amendement que celui-ci a proposé d'apporter au préambule.

Mme HALTON (Australie), se référant à l'observation formulée par le Président, dit que le fait que l'Assemblée de la Santé ait renvoyé le projet de résolution au Conseil sans l'avoir approuvé justifie que l'on y apporte d'autres amendements. Prenant note de la longue liste de mesures que le Directeur général est prié de prendre, elle rappelle que des discussions ont déjà traité de ce qu'il convenait de prévoir dans les projets de résolutions et de la nécessité de faire preuve de discipline budgétaire, le temps et les ressources financières étant tous deux limités. Elle est d'accord avec l'esprit du projet de résolution, mais soumettra des amendements par écrit au Secrétariat.

M. RAJALA (Commission européenne) considère que le projet de résolution devrait rendre plus précisément compte de la politique menée par l'OMS à l'égard d'autres parties prenantes, en particulier de la façon dont elle détermine les organismes devant bénéficier de conseils, le mode de collaboration et la façon dont elle peut assurer une coordination interne dans le domaine de la recherche. Le rôle de l'industrie dans la recherche en santé pourrait aussi être examiné : plus tôt l'industrie participera aux débats, plus il sera facile de prendre des mesures par la suite.

M. MACPHEE (Canada)¹ partage les vues exprimées par le membre désigné par l'Australie concernant l'écart considérable qui existe entre d'un côté le temps et les fonds disponibles et de l'autre le nombre de mesures que le Directeur général est prié de prendre. Celles-ci seront purement théoriques si des fonds ne sont pas mis à disposition.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Professeur WHITWORTH, s'exprimant en sa qualité de Président du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS), indique que le Comité continuera à contribuer à la stratégie de recherche de l'OMS. Son Sous-Comité sur l'amélioration de l'utilisation des données issues de la recherche a publié des articles sur les méthodes utilisées par l'OMS et par d'autres organisations pour formuler des recommandations sanitaires. Dans le cadre de son rôle normatif, l'OMS veille essentiellement à faire le meilleur usage possible des données probantes pour l'élaboration de politiques, de lignes directrices et de recommandations. Le Sous-Comité a proposé que soit créé au sein de l'OMS un comité chargé de l'examen des lignes directrices, qui définira des méthodes normalisées pour l'élaboration de lignes directrices, et qu'un groupe consultatif d'experts se réunisse sous les auspices du CCRS pour lui fournir les orientations nécessaires.

Le Comité consultatif instaurera des méthodes et des mécanismes normalisés pour la conduite de la recherche et l'application des résultats par l'Organisation, y compris en ce qui concerne l'enregistrement, l'examen collégial, la diffusion des résultats et le contrôle des dépenses de recherche en santé. Le Comité apporte son soutien au registre international des essais cliniques, qui constitue un exemple concret du rôle de direction de l'OMS et de l'utilisation judicieuse des données disponibles. La nécessité d'inscrire préalablement les essais cliniques dans un registre a suscité l'attention du public, et des essais importants ont permis de conclure qu'il fallait publier à un stade précoce l'ensemble des données enregistrées par l'OMS. La question de la notification pertinente des résultats des essais a incité les Etats-Unis d'Amérique à élaborer une législation pour l'application de normes minimales à l'établissement de rapports. On a étudié divers moyens d'utiliser les registres des essais pour renforcer plus facilement les capacités des infrastructures de recherche, y compris la fourniture d'un appui pour la réalisation d'examens éthiques. L'OMS présentera officiellement son réseau de registres des essais cliniques collaborateurs et son portail de recherche en avril 2007.

En ce qui concerne l'appui technique à fournir pour l'examen des protocoles de recherche complexes, comme indiqué au paragraphe 3.8) du projet de résolution, le CCRS étudie les mesures pouvant être prises pour corriger les inégalités qui existent dans les contrats de recherche avec les pays en développement.

La séance est levée à 11 h 45.

DOUZIEME SEANCE

Lundi 29 janvier 2007, 9 h 5

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. QUESTIONS FINANCIERES : Point 6 de l'ordre du jour

Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution : Point 6.1 de l'ordre du jour (document EB120/19)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, signale que les conclusions du Comité sur ce point sont consignées aux paragraphes 32 et 33 de son rapport (document EB120/3). Le taux de recouvrement des contributions au 31 décembre 2006 correspondait à peu près à celui des années précédentes. Le Comité a pris acte des efforts mis en oeuvre par le Secrétariat pour résoudre la question des arriérés de longue date et présentera de nouveau un rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007 qui établira si des Etats Membres tombent sous le coup des dispositions de l'article 7 de la Constitution.

Le PRESIDENT indique que le Secrétariat contactera les Etats Membres redevables d'arriérés pour déterminer s'ils peuvent s'acquitter plus vite du paiement afin d'éviter l'application de l'article 7. Il considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport.

Le Conseil prend note du rapport.

Barème des contributions 2008-2009 : Point 6.2 de l'ordre du jour (document EB120/20)

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, fait savoir que les conclusions du Comité sont consignées au paragraphe 34 de son rapport (document EB120/3). Le Comité a pris note du contenu du rapport du Directeur général (EB120/20) et, en particulier, du fait que le barème des contributions proposé était fondé sur le dernier barème des quotes-parts adopté par l'Organisation des Nations Unies en décembre 2006. Il recommande donc au Conseil de proposer à l'Assemblée de la Santé d'adopter le barème figurant au paragraphe 3 du rapport du Directeur général.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande quand l'Assemblée générale des Nations Unies a mis à jour pour la dernière fois le barème des quotes-parts.

M. JEFFREYS (Contrôleur financier) indique que le barème de l'Organisation des Nations Unies a été actualisé pour la dernière fois en décembre 2003 pour l'exercice 2004-2005.

Le PRESIDENT déclare qu'en l'absence d'observations supplémentaires il considère que le Conseil souhaite recommander à l'Assemblée de la Santé l'adoption du barème des contributions tel qu'établi dans le document EB120/20.

Il en est ainsi décidé.¹

Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : Point 6.3 de l'ordre du jour (documents EB120/21 et EB120/21 Corr.1)

Le PRESIDENT rappelle que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a examiné certains amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière. Il a également étudié la proposition d'introduction des normes comptables internationales du secteur public. Il invite le Conseil à examiner le projet de résolution sur les amendements et sur l'introduction de ces normes, présenté dans le document EB120/21 Corr.1.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité recommande au Conseil l'adoption du projet de résolution. Elle remercie le Secrétariat de l'assistance fournie pour expliquer les normes comptables internationales du secteur public et les amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière, qui supposent un changement d'approche, en passant d'une comptabilité fondée sur la trésorerie à une comptabilité d'exercice.

La résolution est adoptée.²

2. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 7 de l'ordre du jour (suite)

Ressources humaines : rapport annuel : Point 7.2 de l'ordre du jour (documents EB120/24, EB120/24 Add.1 et EB120/24 Add.1 Corr.1)

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, fait savoir que le Comité a longuement évoqué les cibles et les réalisations du Secrétariat concernant la parité entre les sexes et la répartition géographique, question à laquelle il attache une grande importance (document EB120/3, paragraphes 39 et 40). Le Comité a souligné la nécessité d'accroître le nombre des candidatures provenant de pays non représentés et sous-représentés. Une autre question préoccupante est celle des effectifs apparemment importants du personnel temporaire au Bureau régional de l'Afrique (paragraphe 41). Le Comité a été informé que la situation de ces membres du personnel serait régularisée par la création de nouveaux postes à durée déterminée. Il a évoqué l'introduction du système mondial de gestion et la question des compétences gestionnaires (paragraphes 43 et 44). Le Comité recommande au Conseil de prendre note du rapport présenté dans les documents EB120/24, EB120/24 Add.1 et EB120/24 Add.1 Corr.1.

¹ Résolution EB120.R18.

² Résolution EB120.R9.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) salue le pourcentage accru de femmes dans les catégories professionnelle et supérieure, ainsi que l'organisation d'ateliers de prospection permettant de recruter sur une base plus large. Certes, le recrutement devrait être fondé sur le mérite, mais il importe que le personnel du Secrétariat reflète la composition de l'Organisation. Il faudrait continuer de mettre l'accent, à tous les niveaux du Secrétariat, sur une répartition géographique et une répartition par sexe équitables.

Le Dr SALEHI (Afghanistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, fait savoir qu'il soumettra ses observations au Secrétariat par écrit.

Le Conseil prend note du rapport.

Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale : Point 7.3 de l'ordre du jour (document EB120/25)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité a été informé que l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale en vue de l'adoption du régime de mobilité et de sujétion révisé et de la prime d'affectation à compter du 1^{er} janvier 2007. Il a également été informé que la Commission a annoncé à l'Assemblée générale que le barème commun des cotisations des membres du personnel devrait continuer d'être appliqué et a recommandé à l'Assemblée générale d'exhorter les organisations à mettre en place des politiques et des stratégies afin d'améliorer la répartition par sexe lors du recrutement. Il est demandé au Conseil de prendre note du rapport présenté dans le document EB120/25.

Le Conseil prend note du rapport.

Confirmation de l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies du cadre général de la Commission de la Fonction publique internationale, y compris la mise en oeuvre et le coût des amendements au Règlement du Personnel : Point 7.4 de l'ordre du jour (documents EB120/26 et EB120/26 Add.1)

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, se réfère au point 3.10 du rapport du Comité (document EB120/3). Le Comité a été informé que l'Assemblée générale des Nations Unies a noté la décision de la Commission de la Fonction publique internationale d'adopter le cadre général de dispositions contractuelles. Il recommande au Conseil d'approuver le projet de décision présenté au paragraphe 16 du document EB120/26, modifié par la suppression des mots « de l'approbation » après « confirmation » à la première ligne.

La décision, ainsi amendée, est adoptée.¹

¹ Décision EB120(1).

Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel : Point 7.5 de l'ordre du jour (documents EB120/29 et EB120/29 Add.1)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, indique que le Comité a été informé du fait que l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale en ce qui concerne l'augmentation du traitement de base net du personnel des catégories professionnelle et de rang supérieur sur la base du principe « ni gain-ni perte » à compter du 1^{er} janvier 2007 ; les modifications relatives au plafond des dépenses remboursables et au montant maximal de l'allocation pour frais d'études des enfants applicables à compter de l'année scolaire en cours le 1^{er} janvier 2007 ; et les modifications concernant la période d'allocation pour frais d'études des enfants applicables à compter de la même date.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) note avec satisfaction les éclaircissements portant sur les modifications imminentes traitées dans le document EB120/26, ainsi que l'amélioration de la planification des ressources humaines et la réforme des dispositions contractuelles. Elle appuie la réforme des contrats, mais il est trop tôt pour que l'OMS la mette en oeuvre avant une décision de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale. A sa soixante et unième session, l'Assemblée générale des Nations Unies a examiné le nouveau cadre de dispositions contractuelles et en a pris note, mais elle ne l'a pas approuvé ni n'a décidé de l'appliquer. L'Assemblée générale a seulement noté les travaux de la Commission, principalement à cause des préoccupations liées aux coûts de mise en oeuvre. Il serait prématuré de prendre une décision avant la publication des deux rapports à paraître sur les avantages pour le personnel de terrain et sur l'examen des conditions de service dans les lieux d'affectation non autorisés aux familles, qui influenceront directement le débat à l'Assemblée générale. Mme Blackwood souligne la cohérence du régime commun et la nécessité de se garder d'y apporter tout changement avant une décision définitive de l'Assemblée générale.

Mme Blackwood se dit préoccupée au sujet de l'amendement à l'article 760.2 mentionné au paragraphe 28 du rapport présenté dans le document EB120/29, qui prévoit de prolonger le congé de maternité en cas de naissances multiples, ce qui créerait des disparités entre les droits accordés dans les différentes organisations du régime commun des Nations Unies.

M. HENNING (Gestion des ressources humaines) rappelle que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a examiné le mandat et l'autorité de la Commission de la Fonction publique internationale, ainsi que les questions pour lesquelles elle nécessitait l'approbation de l'Assemblée générale des Nations Unies. Pour les questions relatives aux salaires et aux droits du personnel, la Commission doit demander à l'Assemblée générale de prendre une décision. Elle peut toutefois décider elle-même en ce qui concerne la gestion des ressources humaines en général, la réforme des contrats et la gestion des performances. Elle informe l'Assemblée générale des décisions et propositions soumises aux institutions du régime commun et aux fonds et programmes du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. Dans sa résolution sur le cadre de réforme des contrats, l'Assemblée générale a pris note de la recommandation de la Commission à toutes les institutions du régime commun et aux fonds et programmes. La Commission est habilitée à prendre ses propres décisions et à formuler ses propres recommandations au sein de ce cadre. Toute objection soulevée par un Etat Membre, ou par l'Assemblée générale, à une décision de la Commission est enregistrée dans une résolution de l'Assemblée générale. Il est alors normalement demandé à la Commission, dans cette résolution, de faire rapport à l'Assemblée générale à sa prochaine session ordinaire, ou dans un délai d'un an, sur la manière dont la question a été traitée. Aucune objection n'est soulevée dans la résolution 61/239 de l'Assemblée générale ; il y est seulement pris note de la décision de la Commission. Par conséquent, il n'y a pas de contradiction à ce que l'OMS mette en

oeuvre la proposition sur la réforme des contrats, puisqu'aucune objection n'a été soulevée par l'Assemblée générale sur cette question.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le premier projet de résolution sur la confirmation des amendements au Règlement du Personnel présenté au paragraphe 40 du document EB120/29.

La résolution est adoptée.¹

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le second projet de résolution sur la confirmation d'amendements au Règlement du Personnel, tel que modifié par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur la confirmation d'amendements au Règlement du Personnel ;²

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

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

1. FIXE le traitement afférent aux postes de Sous-Directeur général et de Directeur régional à partir du 1^{er} janvier 2007 à US \$168 826 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$122 737 (avec personnes à charge) ou de US \$111 142 (sans personnes à charge) ;

2. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général adjoint à partir du 1^{er} janvier 2006 à US \$181 778 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$131 156 (avec personnes à charge) ou de US \$118 034 (sans personnes à charge) ; et, à partir du 1^{er} janvier 2007, à US \$185 874 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$133 818 (avec personnes à charge) ou de US \$120 429 (sans personnes à charge) ;

3. FIXE le traitement afférent au poste de Directeur général, à compter du 1^{er} janvier 2007, à US \$228 818 par an avant imposition, d'où un traitement net modifié de US \$161 732 (avec personnes à charge) ou de US \$143 829 (sans personnes à charge).

La résolution est adoptée.⁴

Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS : Point 7.6 de l'ordre du jour (document EB120/INF.DOC./2)

M. MATSIONA (représentant des Associations du Personnel de l'OMS) félicite le Dr Margaret Chan pour son élection au poste de Directeur général. Le personnel l'assure de son appui et de son engagement aux fins de leur coopération.

Des mesures importantes ont été prises pour garantir l'intégrité institutionnelle, mais un cadre juridique global est nécessaire pour définir les domaines, les rôles et les interactions entre les divers

¹ Résolution EB120.R10.

² Document EB120/29.

³ Voir dans le document EB120/29 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

⁴ Résolution EB120.R11.

participants. En règle générale, les Associations du Personnel soutiennent ce processus, mais des consultations seraient nécessaires sur les moyens de présenter des doléances confidentielles et de protéger le personnel contre toutes représailles. Ce système d'intégrité doit également s'appuyer sur un programme de formation, un code d'éthique, un plan de communication pour l'ensemble du personnel et sur l'égalité d'accès aux nouveaux mécanismes, services et moyens juridiques. Le cadre rationalisé contribuera à mettre fin à l'octroi des contrats de deuxième classe et à garantir que le personnel reçoit à travail égal un salaire égal. Tous les postes à durée déterminée ou, autrement dit, toutes les fonctions devant durer 12 mois au moins seront intégrés dans le plan des ressources humaines de l'Organisation.

Pour ce qui est du roulement et de la mobilité, le personnel se félicite de l'organisation des carrières par le biais du roulement, mais ces mesures devraient offrir une valeur ajoutée non seulement pour le personnel mais aussi pour l'Organisation. Le personnel a besoin de plus d'informations sur les avantages et les inconvénients de la nouvelle politique, l'objectif étant de présenter le roulement et la mobilité comme facteurs de développement des carrières plutôt qu'en tant que sanctions. Le projet pilote prévu sur la mobilité devrait offrir une expérience précieuse. Il reste beaucoup à faire pour améliorer le cadre mondial de développement des carrières, tant à l'OMS qu'au sein du régime commun des Nations Unies, afin de développer la mobilité interinstitutions.

Les Associations du Personnel dans les Régions devraient pouvoir contacter officiellement leurs organes directeurs régionaux respectifs, tels que les comités régionaux. Les décisions prises durant le huitième Conseil mondial personnel/administration doivent être mises en pratique.

Le Conseil prend note de la déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment amélioration des médicaments destinés aux enfants : Point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB120/7, EB120/7 Add.1, EB120/37 et EB120/37 Add.1) (suite de la dixième séance)

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) présente les versions modifiées des projets de résolution sur l'usage rationnel des médicaments et sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants, qui se lisent comme suit :

Usage rationnel des médicaments

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment l'amélioration des médicaments destinés aux enfants ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments : le point sur la mise en oeuvre de la stratégie des médicaments de l'OMS ;

¹ Document EB120/7.

² Voir dans le document EB120/7 Add.1 les incidences administratives et financières qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Rappelant le rapport du Secrétariat sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients, étudié à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ;

Rappelant les résolutions WHA39.27, WHA41.16 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA41.17, WHA45.30 et WHA47.16 sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments, WHA43.20 et WHA45.27 sur le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, WHA47.12 sur le rôle du pharmacien à l'appui de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS, WHA49.14 et WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée, WHA51.9 sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet, WHA54.11 sur la stratégie pharmaceutique de l'OMS et WHA58.27 sur la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, les universités, le secteur privé et les organisations non gouvernementales, dans les domaines liés aux systèmes de prestation des soins de santé et les programmes d'assurance-maladie, pour améliorer l'usage des médicaments par les prescripteurs, les dispensateurs et les patients ;

Attentive aux composantes essentielles de la stratégie de l'OMS pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;¹

Souhaitant promouvoir l'usage rationnel scientifiquement fondé des médicaments par les prestataires et les consommateurs et assurer un meilleur accès aux médicaments essentiels ;

Consciente que l'usage non rationnel des médicaments demeure un problème urgent et généralisé dans le secteur public et le secteur privé de la santé des pays développés comme des pays en développement, ce qui a des conséquences graves en termes d'issues sanitaires pour les patients, de réactions indésirables aux médicaments, d'accroissement de la résistance aux antimicrobiens et de gaspillage des ressources ;

Constatant que l'on ne pourra parvenir à appliquer avec succès les résolutions précédentes sur la résistance aux antimicrobiens sans aborder le problème mondial de l'usage non rationnel des médicaments ;

Reconnaissant que de nombreux pays ne disposent ni d'une autorité de réglementation pharmaceutique rigoureuse, ni d'un programme ou d'un organisme national en bonne et due forme pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

Soulignant que les initiatives mondiales destinées à élargir l'accès aux médicaments essentiels devraient suivre le principe de l'usage rationnel des médicaments, et veiller en particulier à l'observance par les patients ;

Préoccupée par le peu d'attention et de ressources consacré au problème de l'usage non rationnel des médicaments par les prescripteurs, les dispensateurs et les consommateurs ;

Soulignant la nécessité d'une approche globale, durable, nationale et sectorielle pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

Reconnaissant que le financement des médicaments et les modalités de paiement des prestataires peuvent avoir des conséquences non négligeables sur l'usage rationnel et qu'il faut mettre en place des politiques appropriées de financement des soins de santé ;

Reconnaissant qu'il peut y avoir, dans tout le système de santé, des incitations à utiliser les médicaments de façon non rationnelle, par exemple dans certaines circonstances donnant lieu à des conflits d'intérêts ;

Préoccupée du fait que les ventes directes au consommateur ou par le biais d'Internet peuvent conduire à un usage non rationnel des médicaments ;

¹ Document WHO/EDM/2004.5.

Convaincue qu'il est temps que les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale s'engagent, notamment en apportant des ressources suffisantes, à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :¹
 - 1) d'investir suffisamment dans les ressources humaines et de prévoir un financement adéquat afin de renforcer la capacité institutionnelle d'assurer un usage mieux adapté des médicaments tant dans le secteur public que dans le secteur privé ;
 - 2) d'envisager de créer et/ou de renforcer, selon les besoins, une autorité nationale de réglementation pharmaceutique et un programme national complet et/ou un organe pluridisciplinaire associant la société civile et des organismes professionnels, pour surveiller et promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
 - 3) d'étudier la possibilité de développer, de renforcer et de mener à bien, selon le cas, l'application d'une liste de médicaments essentiels dans l'ensemble des prestations des fonds d'assurance existants ou nouveaux ;
 - 4) de mettre au point des programmes de formation sur l'usage rationnel des médicaments, de consolider ceux qui existent déjà et de veiller à ce qu'ils soient pris en compte dans les programmes de formation de tous les professionnels de la santé et étudiants en médecine, y compris leur formation continue, le cas échéant, et de promouvoir des programmes d'éducation du grand public à l'usage rationnel des médicaments ;
 - 5) de promulguer une nouvelle législation ou de faire respecter la législation existante pour interdire la promotion inexacte, trompeuse ou contraire à l'éthique de médicaments, de surveiller la promotion des médicaments et de mettre au point et d'appliquer des programmes qui fourniront des informations indépendantes et dénuées de caractère promotionnel sur les médicaments ;
 - 6) d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques et programmes nationaux et notamment des recommandations cliniques et des listes de médicaments essentiels, selon que de besoin, pour améliorer l'usage des médicaments, en mettant l'accent sur des interventions plurielles destinées aux systèmes de santé public et privé et intéressant les prestataires et les consommateurs ;
 - 7) d'envisager de développer et, au besoin, de renforcer la capacité des commissions pharmaceutiques et thérapeutiques hospitalières à promouvoir l'usage rationnel des médicaments ;
 - 8) d'élargir au niveau national les interventions durables mises en oeuvre avec succès au niveau local ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) de renforcer le rôle de direction et de sensibilisation factuelle de l'OMS en ce qui concerne la promotion de l'usage rationnel des médicaments ;
 - 2) en collaboration avec les gouvernements et la société civile, de renforcer l'appui technique de l'OMS aux Etats Membres lorsqu'ils s'efforcent de créer des organes nationaux multidisciplinaires chargés de surveiller l'usage des médicaments ou de les renforcer le cas échéant, et de mettre en oeuvre des programmes nationaux relatifs à l'usage rationnel des médicaments ;
 - 3) de renforcer la coordination de l'appui financier et technique international pour l'usage rationnel des médicaments ;
 - 4) de promouvoir la recherche, notamment la mise au point d'interventions durables pour l'usage rationnel des médicaments à tous les niveaux du secteur de la santé, public comme privé ;

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

- 5) de susciter la discussion entre les autorités sanitaires, les professionnels de la santé et les patients sur l'usage rationnel des médicaments ;
- 6) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et ultérieurement, tous les deux ans, sur les progrès réalisés, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées pour la mise en oeuvre des programmes de l'OMS destinés à promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

et

Amélioration des médicaments destinés aux enfants

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment l'amélioration des médicaments destinés aux enfants ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les progrès en matière d'usage rationnel des médicaments, et notamment l'amélioration des médicaments destinés aux enfants ;

Rappelant les résolutions WHA39.27, WHA41.16 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA41.17 sur les critères éthiques applicables à la promotion des médicaments, WHA43.20 et WHA45.27 sur le programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels, WHA47.12 sur le rôle du pharmacien à l'appui de la stratégie pharmaceutique révisée de l'OMS, WHA49.14 et WHA52.19 sur la stratégie pharmaceutique révisée, WHA54.11 sur la stratégie pharmaceutique de l'OMS et WHA58.27 sur l'amélioration de l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, d'autres organisations du système des Nations Unies, des universités, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et des organismes de financement dans les domaines qui contribuent à faciliter l'accès à de meilleurs médicaments pour les enfants ;

Attentive aux composantes essentielles du cadre mondial de l'OMS pour élargir l'accès aux médicaments essentiels ;

Souhaitant contribuer à ce que les dispensateurs de soins et les personnes qui s'occupent des enfants sélectionnent et utilisent les médicaments destinés aux enfants en se fondant sur des données factuelles ;

Constatant que des initiatives régionales s'efforcent de résoudre les problèmes d'accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants ;

Souhaitant garantir un meilleur accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants, condition nécessaire pour atteindre les résultats sanitaires prévus dans les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente que les difficultés d'accès aux médicaments essentiels de qualité garantie continuent d'entraîner un risque important de morbidité et de mortalité élevées chez les enfants, en particulier les enfants de moins de cinq ans ;

¹ Document EB120/37.

² Voir dans le document EB120/37 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Notant avec préoccupation que les enfants peuvent être encore plus désavantagés lorsqu'ils n'ont pas physiquement et économiquement accès aux médicaments essentiels, particulièrement dans les communautés vulnérables ;

Reconnaissant que de nombreux pays n'ont pas les moyens requis pour réglementer et contrôler les médicaments destinés aux enfants ;

Constatant que de nombreux fabricants de médicaments essentiels n'ont pas mis au point ni produit de médicaments dont la forme galénique et le dosage soient adaptés aux enfants ;

Notant avec préoccupation que les investissements dans les essais cliniques, la mise au point et la fabrication de médicaments destinés aux enfants sont insuffisants ;

1. PRIE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) de prendre des dispositions pour déterminer les formes galéniques et les dosages adaptés aux enfants, et d'encourager leur fabrication et leur homologation ;
- 2) de faire des études pour savoir si les médicaments actuellement disponibles pourraient être formulés pour l'usage pédiatrique ;
- 3) d'encourager la recherche et la mise au point de médicaments appropriés contre les maladies qui touchent les enfants et de veiller à ce que ces médicaments fassent l'objet d'essais cliniques de qualité et conformes à l'éthique ;
- 4) de créer des conditions propices à l'homologation en temps utile de médicaments pédiatriques appropriés, de grande qualité et d'un prix abordable, et dont l'innocuité sera contrôlée par des méthodes novatrices, et d'encourager la commercialisation de formes pédiatriques adéquates pour les nouveaux médicaments ;
- 5) de promouvoir l'accès aux médicaments essentiels destinés aux enfants en les incluant, en tant que de besoin, dans les listes de médicaments et les systèmes d'achat et de remboursement nationaux, et de concevoir des mesures pour en surveiller les prix ;
- 6) s'agissant de médicaments pédiatriques et de médicaments pour adultes dont l'usage pédiatrique n'a pas été homologué, de collaborer pour faciliter les innovations dans la recherche-développement, la formulation, l'homologation réglementaire, la fourniture rapide d'informations suffisantes et l'usage rationnel ;
- 7) d'utiliser des mécanismes, parmi lesquels, s'il y a lieu, les accords commerciaux internationaux pouvant avoir des répercussions sur la santé, afin de garantir l'accès des enfants aux médicaments essentiels, le cas échéant ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de promouvoir l'élaboration, l'harmonisation et l'utilisation de normes pour les essais cliniques de médicaments destinés aux enfants ; de réviser et d'actualiser régulièrement la liste modèle des médicaments essentiels afin d'y inclure des médicaments essentiels qui manquent pour les enfants, à l'aide de directives cliniques s'appuyant sur des données factuelles ; et de promouvoir l'application de ces directives par les Etats Membres et les organismes internationaux de financement, en mettant initialement l'accent sur les traitements contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et les maladies chroniques ;
- 2) de faire en sorte que tous les programmes pertinents de l'OMS, y compris mais pas uniquement celui des médicaments essentiels, contribuent à ce que les enfants disposent aussi largement que les adultes de médicaments sûrs et efficaces ;
- 3) de promouvoir l'élaboration de normes et critères internationaux de qualité et d'innocuité des formes galéniques destinées aux enfants, ainsi que des fonctions de réglementation nécessaires pour les appliquer ;
- 4) de mettre à disposition des directives thérapeutiques fondées sur des données factuelles et des informations indépendantes sur la posologie et l'innocuité des médicaments essentiels destinés aux enfants, pour couvrir progressivement tous les

médicaments à usage pédiatrique, et de collaborer avec les Etats Membres pour faire appliquer ces directives ;

5) de collaborer avec les gouvernements, d'autres organisations du système des Nations Unies, des organismes donateurs et des organisations non gouvernementales pour encourager le commerce équitable de médicaments sûrs et efficaces destinés aux enfants et pour réunir le financement qui permettra de rendre ces médicaments plus accessibles ;

6) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, et ensuite chaque fois qu'il y aura lieu, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les mesures concrètes nécessaires pour faciliter plus encore l'accès aux médicaments destinés aux enfants.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) propose que cette question soit examinée par l'Assemblée de la Santé comme deux points différents.

Le PRESIDENT partage cet avis. En l'absence d'observations additionnelles, il considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution.

Les résolutions sont adoptées.¹

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour (suite)

- **La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation** (documents EB120/12 et EB120/12 Add.1) (suite de la onzième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution modifié sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, libellé comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ;²
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA42.44 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, WHA51.12 sur la promotion de la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, ainsi que les résultats des ~~cinq~~ **six [Etats-Unis d'Amérique]** conférences internationales sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986 ; Adélaïde (Australie), 1988 ; Sundsvall (Suède), 1991 ; Jakarta, 1997 ; Mexico, 2000 **et Bangkok, 2005**) ; **[Etats-Unis d'Amérique]**

Ayant examiné le rapport sur le suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé tenue à Bangkok en 2005 qui confirme l'importance qu'il convient d'accorder à la promotion de la santé dans l'action sur les déterminants de la santé ;

¹ Résolutions EB120.R12 et EB120.R13, respectivement.

² Document EB120/12.

³ Voir dans le document EB120/12 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

S'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata, de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui énonce les orientations stratégiques pour une amélioration équitable de la santé au cours des premières décennies du XXI^e siècle ;

Considérant les actions et les recommandations énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation visant à inscrire la promotion de la santé au oeuvre du programme mondial de développement, à en faire une responsabilité essentielle de tous les gouvernements et l'une des principales priorités des communautés, ~~et [Australie] de la société civile, et du secteur privé à ce qu'elle soit intégrée dans les bonnes pratiques institutionnelles ; [Australie]~~

Notant que la promotion de la santé est indispensable pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, qu'elle est intimement liée à l'action de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, et apporte une contribution importante à la réalisation des objectifs du onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les modifications profondes de la charge mondiale de morbidité doivent davantage retenir l'attention et que des ajustements s'imposent dans la société dans son ensemble et en matière d'allocation des ressources afin d'influer sur les déterminants immédiats et sous-jacents de la santé ;

~~Confirmant qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé et d'appliquer les recommandations et de prendre les mesures en faveur de la santé pour tous, telles qu'elles sont énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ; [Etats-Unis d'Amérique]~~

[OU]

~~Confirmant qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé et d'appliquer les recommandations et de prendre des mesures en faveur de la santé pour tous, telles qu'elles sont énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ;~~

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

[1] ~~à envisager la nécessité d'accroître~~ **à accroître, selon que de besoin**, les investissements dans la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable ; [Kenya]

[OU]

[1] à envisager la nécessité d'accroître les investissements **et de formuler des politiques judicieuses** en faveur de la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable ; [Chine]

[2] à établir, **selon que de besoin**, des mécanismes associant le gouvernement dans sa totalité pour traiter efficacement les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé tout au long de la vie ; [Australie]

[OU]

[2] à établir des mécanismes **efficaces pour une approche multisectorielle associant le gouvernement dans sa totalité pour permettant de** traiter efficacement les déterminants sociaux, économiques, **politiques** et environnementaux de la santé ~~tout au long de la vie~~ ; [Kenya]

3) à soutenir et encourager la participation active **à la promotion de la santé** des communautés, de la société civile, du secteur privé et des organisations non gouvernementales, y compris les associations de la santé publique, ~~à la promotion de la santé tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts~~ ; [Kenya]

4) à surveiller et évaluer régulièrement de façon systématique les politiques, les programmes, les infrastructures et les investissements liés à la promotion de la santé, **y compris en étudiant la possibilité** [Australie] **de recourir à des évaluations d'impact sur la santé** ; [Chine]

- 5) à combler l'écart entre les pratiques actuelles et les fonctions fondées sur les preuves que l'on a d'une promotion de la santé efficace, en exploitant pleinement les données factuelles dans ce domaine ;
- ~~6) à mettre au point et appliquer systématiquement des évaluations des effets des politiques, des programmes et des projets sur la santé, afin de contribuer à une meilleure prise de décisions dans tous les secteurs sociaux ; [Chine]~~
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les capacités de promotion de la santé dans toute l'Organisation pour mieux soutenir les Etats Membres en enrichissant les connaissances des organisations du système des Nations Unies et autres organisations internationales concernées et en les incitant à s'engager activement ;
 - 2) de fournir un appui aux Etats Membres pour leur permettre de continuer à renforcer les systèmes de santé nationaux et plus particulièrement le secteur des soins primaires, afin de pouvoir mieux faire face aux graves menaces pour la santé, **y compris celles [Australie]** liées aux maladies non transmissibles ;
 - 3) d'assurer l'utilisation optimale des structures existantes des Etats Membres pour les acteurs multisectoriels, les organisations intéressées et d'autres organismes, **tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts [Kenya]**, afin de soutenir le développement et la mise en oeuvre de la promotion de la santé, ~~et d'appeler l'attention sur la nécessité de créer de nouvelles structures ou de nouveaux organismes pour encourager la promotion de la santé ; [Australie]~~
 - 4) d'encourager la tenue ~~régulière~~ **[Australie]** de conférences aux niveaux national, sous-régional, **régional [Australie]** et mondial sur la promotion de la santé ;
 - 5) de suivre et évaluer les progrès et de recenser les principales faiblesses dans le domaine de la promotion de la santé à travers le monde et de faire rapport à intervalles réguliers ;
 - 6) de faciliter l'échange d'informations avec des instances internationales autres que sanitaires sur les principaux aspects **de la promotion de la santé liés à la Charte de Bangkok et de mettre au point des dispositifs pour informer en retour l'Assemblée de la Santé ; [Etats-Unis d'Amérique]**
 - 7) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) propose de remplacer « du secteur privé » par « des secteurs public et privé » au paragraphe 1.3) et de déplacer l'expression « tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts » à la fin du paragraphe.

Le Dr SMITH (Danemark), faisant référence à la deuxième option pour le paragraphe 1.1), estime que, dans la version anglaise, la préposition « in » devant le mot « health » devrait être remplacée par « for ». Dans la seconde option pour le paragraphe 1.2), l'expression « tout au long de la vie » devrait être conservée, dans la mesure où il s'agit d'un concept important. Au paragraphe 2.4), le Dr Smith préférerait conserver le mot « régulière ».

Le Dr NYIKAL (Kenya) avance que, si « vie » dans ce contexte signifie la même chose que « cycle de vie », il est d'accord pour conserver l'expression dans le projet de résolution.

Mme HALTON (Australie) explique, pour répondre au membre du Danemark, qu'il a été proposé de supprimer « régulière » parce que le paragraphe 2 était une demande au Directeur général et que ce mot impliquait à son égard un manque de flexibilité. Le projet fait ressortir très clairement l'importance de la promotion de la santé.

Le Dr SMITH (Danemark) déclare que la promotion de la santé doit retenir l'attention et que l'organisation de conférences mondiales est l'un des moyens de le faire.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que, indépendamment du maintien du mot « régulière », les Etats Membres la guideront pour traiter les questions importantes et que, de toute façon, elle jouit de flexibilité à cet égard. Il ressort clairement de la discussion du Conseil à quel point il est important de promouvoir la santé.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) préconise de conserver le mot « régulière ».

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande instamment au Conseil d'envoyer un message clair à l'Assemblée de la Santé sur la nécessité de promouvoir la santé, ce dont chacun convient, en supprimant tous les crochets et en sélectionnant l'une des options proposées pour certains paragraphes. Il suggère d'adopter la seconde option pour le septième paragraphe du préambule. Les deux options du paragraphe 1.1) pourraient être combinées en un paragraphe unique, libellé comme suit : « à accroître, selon que de besoin, les investissements dans la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable, et à formuler des politiques judicieuses dans ce domaine ». Il demande aux membres de l'Australie et du Kenya de parvenir à un accord sur le paragraphe 1.2).

Le Dr QI Qingdong (Chine) approuve ce texte combiné pour le paragraphe 1.1).

Mme HALTON (Australie) met en avant que la seconde option pour le paragraphe 1.2) serait acceptable à condition d'ajouter « selon que de besoin » après « établir », certains pays ayant déjà adopté une approche multisectorielle.

Le PRESIDENT déclare qu'en l'absence d'observations supplémentaires, il considère que le Conseil est prêt à adopter la résolution.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

- **Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé** (documents EB120/14 et EB120/14 Add.1) (suite de la onzième séance)

Le PRESIDENT attire l'attention sur une nouvelle version modifiée du projet de résolution, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;²
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³
La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant la résolution WHA58.34 concernant le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

¹ Résolution EB120.R14.

² Document EB120/14.

³ Voir dans le document EB120/14 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

Ayant examiné le rapport sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;

Reconnaissant le rôle essentiel de l'ensemble de la recherche sanitaire et médicale dans l'amélioration de la santé humaine ;

Reconnaissant par ailleurs que la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé est limitée et que les données qui en découlent sont importantes pour orienter les politiques de façon à réduire les écarts ;

Réaffirmant que la recherche visant à renforcer les systèmes de santé est fondamentale pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant qu'un large fossé subsiste entre pays développés et pays en développement en matière de capacité de recherche en santé et qu'il risque d'entraver les efforts visant à obtenir de meilleurs résultats sanitaires, [Chine] et de contribuer à une aggravation de l'exode des cerveaux ; [Jamaïque]

Notant en particulier les travaux du CIRC, du Centre OMS pour le développement sanitaire, du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ;

Convaincue que les résultats de la recherche et les données issues de systèmes d'information sanitaire efficaces devraient étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Consciente que l'Organisation devrait montrer l'exemple en utilisant les résultats de la recherche pour étayer les décisions concernant la santé ;

Réaffirmant le soutien que les programmes de recherche coparrainés par l'OMS apportent dans les domaines négligés de la recherche qui présentent un intérêt pour les populations pauvres et défavorisées, **en particulier les maladies liées à la pauvreté, la tuberculose, le paludisme et le sida**, [Portugal] et reconnaissant la contribution de l'OMS au développement du potentiel de recherche ;

Attachée à garantir le respect de normes éthiques dans la conduite des recherches en santé que soutient l'Organisation ;

1. INVITE instamment les Etats Membres : ~~à mobiliser les ressources scientifiques, sociales, politiques et économiques nécessaires pour :~~ [Australie]

1) à envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 par la Commission de Recherche en Santé pour le Développement, à savoir que les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ;¹

2) à **envisager la mise mettre au point et le renforcement** des instruments de contrôle des ressources, ~~et améliorer ceux qui existent déjà~~, [Australie] afin de suivre l'évolution des fonds publics et des crédits des donateurs dépensés pour la recherche en santé, et à communiquer les résultats **pertinents** [Australie] de la recherche aux décideurs, à la société civile et au grand public ;

3) à intégrer la recherche dans les principaux plans et activités programmatiques nationaux et à promouvoir un plus large accès aux résultats de la recherche ;

¹ *Commission on Health Research for Development. Health research: essential link to equity in development.* New York, Oxford University Press, 1990.

- 4) à renforcer les capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels chargés d'examiner les propositions de recherche en santé, **selon qu'il conviendra** ; [Australie]
 - 5) à élaborer des politiques et des textes législatifs sur la recherche en santé, ou à les renforcer **selon, qu'il conviendra** ; [Australie]
 - 6) à créer un programme permanent de formation des directeurs de la recherche et à mettre en place un ensemble de personnels qualifiés pour diriger la recherche en santé **s'il y a lieu** ; [Australie]
 - 7) à mieux organiser la carrière des chercheurs qui ne relèvent pas nécessairement du ministère chargé de la recherche, **selon qu'il conviendra** ; [Australie]
 - 8) à **envisager de** [Australie] développer le potentiel de recherche national dans les domaines complémentaires suivants : acquisition de nouvelles connaissances, ressources humaines et financières, instituts de recherche et utilisation des résultats de la recherche pour la prise de décision, et à encourager les réseaux nationaux et internationaux de collaboration en matière de recherche ;
 - 9) à instaurer un mécanisme, et à le renforcer **selon qu'il conviendra** [Australie], pour que toutes les parties intéressées participent à l'établissement des priorités de la recherche en santé en tenant compte des changements dynamiques des systèmes de santé, de la charge de la maladie et des questions nouvelles qui touchent à la santé ;
2. EXHORTE la communauté de la recherche en santé, les autres organisations internationales, le secteur privé, la société civile et les autres parties concernées à apporter un soutien solide et durable aux activités entreprises dans tous les domaines de la recherche sanitaire, médicale et comportementale, et en particulier la recherche sur les maladies transmissibles, la pauvreté et les inégalités en matière de santé, avec la participation des communautés et conformément aux priorités de chaque pays, et à continuer de soutenir les activités visant à promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche pour inspirer les politiques, les pratiques et l'opinion publique ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) **de promouvoir et d'encourager la recherche dans les domaines négligés présentant une importance pour l'amélioration de la santé, en particulier des groupes pauvres et défavorisés** ; [Danemark]
 - 2) de renforcer au sein de l'Organisation la culture de la recherche servant à prendre des décisions fondées sur des données factuelles et de faire en sorte que ses activités techniques s'appuient sur la recherche ;
 - 3) de mettre sur pied un système de rapports sur les activités de l'OMS en matière de recherche en santé ;
 - 4) d'améliorer la coordination des activités de recherche **pertinentes**, [Australie] et notamment l'intégration de la recherche dans la prévention et la lutte contre la maladie ;
 - 5) d'examiner l'usage qu'il est fait des données de la recherche pour l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;
 - 6) **de mettre en place des dispositifs transparents pour établir un ordre de priorité concernant les activités et les projets de recherche au sein de l'OMS, y compris des dispositifs indépendants d'examen collégial et des critères de sélection tels que la pertinence et la qualité scientifique** ; [Danemark]
 - 7) d'instaurer des méthodes et des mécanismes normalisés pour la conduite de la recherche et l'application des résultats par l'Organisation, y compris l'enregistrement des propositions de recherche dans une base de données accessible à tous, l'examen collégial des propositions et la diffusion des résultats ;

8) de conseiller les Etats Membres, lorsqu'il y a lieu, sur les meilleurs moyens d'organiser des systèmes complets de recherche pour améliorer la santé ; [Danemark]

~~6)9)~~ de contribuer à faciliter l'accès aux résultats **pertinents** [Australie] de la recherche ;]

[OU]

~~6)9)~~ de contribuer à faciliter l'accès aux résultats de la recherche, **notamment en soutenant le mouvement visant à ouvrir l'accès aux revues scientifiques ;** [Portugal]]

~~7)10)~~ de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils développent leur potentiel de recherche sur les systèmes et les politiques de santé, **s'il y a lieu ;** [Australie]

~~8)11)~~ de fournir un appui technique aux Etats Membres pour le renforcement de la capacité des comités d'éthique nationaux et institutionnels sur la recherche en santé, l'examen des protocoles de recherche complexes, et l'élaboration de politiques nationales de santé et de textes législatifs sur la recherche en santé ;

~~9)12)~~ ~~de continuer à décentraliser les compétences et les ressources vers les pays et les Régions~~ [Australie] **définir et mettre en oeuvre des dispositifs** afin de mieux ~~les~~ **aider les pays et les Régions** [Australie] à reconnaître et optimiser la recherche en santé en tant qu'élément clé du développement des systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement ;

~~10)13)~~ de mettre au point des stratégies simples susceptibles d'être utilisées par les gouvernements pour déterminer les priorités de la recherche en santé, **selon qu'il conviendra ;** [Australie]

~~11)14)~~ d'instituer des systèmes et des mécanismes appropriés pour multiplier les interactions et faciliter la convergence entre les chercheurs et ceux qui utilisent leurs travaux **pertinents** [Australie] afin que les résultats de la recherche soient mieux utilisés et les politiques de santé mieux conçues ;

~~12)15)~~ de créer des possibilités de développement des capacités en matière d'économie de la santé, d'évaluation de l'impact économique des maladies, ~~et~~ de calcul du coût de différentes interventions **et d'évaluation de la technologie sanitaire** afin de déterminer **les interventions elles** qui permettront le mieux à chaque pays d'optimiser les prestations de son système de santé ; [Portugal]

~~13)16)~~ **de renforcer les capacités afin** [Danemark] de contrôler et d'indiquer aux Etats Membres le total des dépenses consacrées à la recherche en santé par pays et par Région, par source – fonds publics et donateurs – et par catégorie ;

~~14)17)~~ de soumettre à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé une stratégie sur la gestion et l'organisation des activités de recherche au sein de l'OMS. ~~et, le cas échéant, sur l'appui apporté aux pays pour l'organisation de recherches en santé.~~ [Australie, Danemark]

Le PRESIDENT suggère de fusionner les deux options proposées en ce qui concerne le paragraphe 3.9) en insérant le mot « pertinents » après « résultats » dans la seconde des deux options.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) propose au paragraphe 3.1) d'effacer « dans les domaines négligés présentant une importance ». Au paragraphe 3.8), il suggère de remplacer « lorsqu'il y a lieu » par « qui le demanderont » et de supprimer les mots « meilleurs » et « complets ». Le paragraphe 3.15) devrait être modifié comme suit : « d'offrir des possibilités de développement des capacités en matière d'économie de la santé, d'évaluation de la technologie sanitaire, d'évaluation de l'impact économique des maladies, de calcul du coût de différentes interventions pour que chaque pays optimise les prestations de son système de santé ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) propose d'ajouter le mot « sensiblement » après « améliorer » au paragraphe 3.4) et d'ajouter, à la fin de ce même paragraphe, « et de désigner au sein de l'Organisation un point focal ayant une vue d'ensemble de toutes les activités de l'OMS en matière de recherche ». Le Portugal juge tout à fait acceptable la nouvelle formulation proposée pour le paragraphe 3.15).

Le Dr SHANGULA (Namibie) estime qu'il faut conserver « dans les domaines négligés présentant une importance » au paragraphe 3.1). Le manque de travaux de recherche dans ces domaines est un problème reconnu par l'OMS qui affecte le monde en développement.

Le Dr SMITH (Danemark) reprend à son compte les observations formulées par l'orateur précédent ; la recherche est nécessaire dans les domaines négligés telles les maladies tropicales. Elle soutient également l'amendement proposé par le membre du Portugal.

Le Dr NYIKAL (Kenya) et le Dr VOLJČ (Slovénie) rejoignent les positions défendues par l'oratrice précédente. La formule « dans les domaines négligés présentant une importance » est l'élément essentiel du paragraphe 3.1).

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), faisant référence au paragraphe 3.1), propose que, dans un esprit de consensus, « dans les domaines négligés présentant une importance » soit remplacé par « concernant les maladies qui touchent avant tout les pays en développement ».

Le PRESIDENT, s'exprimant en qualité de membre de la Bolivie, met en avant que la formulation de remplacement proposée par les Etats-Unis n'a pas le même sens.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) suggère de conserver « dans les domaines négligés présentant une importance » et d'ajouter à la suite « en particulier concernant les maladies qui touchent avant tout les pays en développement ».

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 4.2 de l'ordre du jour (documents EB120/5 et EB120/5 Add.1) (suite de la dixième séance)

Le PRESIDENT attire l'attention sur une nouvelle version encore modifiée du projet de résolution, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;²

Préoccupé de constater que peu de pays d'endémie ont accompli des progrès substantiels vers la réalisation des objectifs de développement liés au paludisme convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et qu'un certain nombre de pays n'ont pas encore tenu leur engagement d'accroître le budget national pris lors

¹ Résolution EB120.R15.

² Document EB120/5.

de l'adoption de la Déclaration d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes ;

Notant que des occasions précieuses sont offertes par des nouveaux instruments et des stratégies mieux définies, et qu'un nouvel élan est donné à l'extension des interventions contre la maladie et à l'accroissement des ressources financières disponibles à cette fin aux niveaux national et mondial ;

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :¹

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme ;

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables ;

Notant que d'importantes ressources ont été fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative du Président des Etats-Unis d'Amérique contre le paludisme et par d'autres donateurs ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financement volontaires novatrices prises par des groupes d'Etats Membres et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) ;²

Rappelant que la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies fait partie des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme afin d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et de contribuer à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à appliquer, dans leur contexte spécifique, les politiques, stratégies et instruments recommandés par l'OMS et à introduire, au niveau national, des politiques s'appuyant sur des données factuelles, des plans opérationnels, ainsi que des systèmes de suivi et d'évaluation fondés sur les résultats, afin de renforcer la couverture par les principales interventions préventives et curatives dans les populations à risque, et à apprécier l'exécution des programmes, et la couverture et l'effet des interventions de manière efficace et en temps utile, en particulier en utilisant la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;

2) à affecter des ressources nationales et internationales, humaines et financières, à l'assistance technique afin que les stratégies les mieux adaptées à la situation et à l'épidémiologie locales soient effectivement mises en oeuvre et que les populations cibles soient atteintes ;

3) à cesser progressivement, dans les secteurs public et privé, l'administration de monothérapies à l'artémisinine par voie orale, c'est-à-dire les artémisinines utilisées seules sans être accompagnées d'un autre médicament, et à promouvoir

¹ Voir dans le document EB120/5 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

² Ce paragraphe reprend les termes du paragraphe 5 du dispositif du projet de résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/61/L.50 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.

l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, à appliquer des politiques interdisant la production d'antipaludiques contrefaits, et à veiller à ce que les organismes de financement cessent de fournir des moyens pour l'obtention de ces monothérapies ;

4) à élargir l'accès à des associations médicamenteuses antipaludiques sûres, efficaces et d'un coût abordable, à un traitement préventif intermittent dans le cas des femmes enceintes,¹ à des moustiquaires imprégnées d'insecticide, notamment par la distribution gratuite de moustiquaires le cas échéant, et à des insecticides à effet rémanent pulvérisables à l'intérieur des habitations compte tenu des réglementations, normes et directives internationales ;²

5) à prévoir dans leur législation la pleine utilisation des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;

OU

5) à encourager la prise en compte dans les accords commerciaux des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et reconnues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique afin d'améliorer l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;

OU

5) à envisager, si nécessaire, d'adapter la législation nationale pour utiliser pleinement les flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce pour faciliter l'accès aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ;

6) à chercher à réduire les facteurs de risque de transmission par une gestion intégrée des vecteurs, en favorisant une amélioration des conditions locales et environnementales et des cadres sains, et à faciliter l'accès aux services de santé pour réduire la charge de morbidité palustre ;

7) à mettre en oeuvre des approches intégrées de prévention et de lutte antipaludique par la collaboration multisectorielle et la participation responsable de la communauté ;

2. PRIE les organisations internationales :

1) de fournir un appui pour que les pays en développement puissent se doter des moyens d'étendre l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance ; l'application de la lutte intégrée contre les vecteurs, y compris l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ; la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides sûrs et appropriés à effet rémanent, comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants ; et le recours à des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris la base de données de pays mise au point par l'OMS ;

2) d'accroître les ressources allouées aux différents dispositifs de financement de la lutte antipaludique pour qu'ils puissent continuer à fournir un appui aux pays,

¹ Avec des précautions particulières pour les femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une chimiothérapie au co-trimoxazole (WHO guidelines for the treatment of malaria. Genève, OMS, 2006, p. 39). (La note de bas de page ne figure pas dans le projet de résolution A/61/L.50.)

² Ce paragraphe reprend les termes du paragraphe 9 du dispositif du projet de résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/61/L.50 : 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.

et d'affecter des moyens supplémentaires dans le cadre de l'assistance technique pour que les fonds puissent être absorbés et utilisés de manière efficace dans les pays ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de prendre les mesures voulues pour identifier les connaissances qui font défaut en matière de lutte antipaludique ; fournir un appui à la mise au point de nouveaux instruments et stratégies ; estimer avec plus de précision la charge de morbidité mondiale et les tendances dans ce domaine ; mettre au point de nouveaux outils et méthodes d'évaluation des effets et de la rentabilité des interventions ; renforcer les activités de recherche antipaludique en cours à l'OMS, y compris celles du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; et fournir une assistance technique aux pays pour leur permettre de mener des activités de recherche opérationnelle et pratique sur les moyens d'assurer une couverture adéquate par les interventions antipaludiques ;

2) de renforcer et de rationaliser les ressources humaines affectées à la lutte antipaludique en décentralisant le personnel au niveau des pays et en améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à fournir un appui aux programmes de santé nationaux en vue de la coordination des efforts des partenaires pour éviter et combattre le paludisme, et de donner une orientation technique pour la gestion de la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ;

3) de réunir au sein d'un forum le Programme mondial OMS de lutte antipaludique, le partenariat Faire reculer le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), des milieux universitaires, des entreprises de biotechnologie et laboratoires pharmaceutiques petits et grands, les Etats Membres intéressés, des conseils de la recherche médicale et des fondations afin d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le paludisme ;

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

4. DECIDE que :

1) la journée du paludisme sera célébrée chaque année le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers Etats Membres, pour faire connaître et comprendre le paludisme qui est un fléau évitable et une maladie guérissable ;

2) la journée du paludisme sera le point culminant d'années de mise en oeuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, notamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie, et l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.

Au paragraphe 3.b) du rapport sur les incidences financières et administratives du projet de résolution modifié, « forum permanent » devrait être remplacé par « forum ».

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande les raisons de l'inclusion entre parenthèses de la phrase « La note de bas de page ne figure pas dans le projet de résolution A/61/L.50 » dans la deuxième note de bas de page du projet de résolution.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) explique que la note de bas de page a été incluse pour des raisons de clarté, car le texte du paragraphe 1.4) reproduit une partie du

texte du projet de résolution A/61/L.50 de l'Assemblée générale dans lequel la note de bas de page n'apparaît pas.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) répond que, si c'est le cas, il préférerait que le contenu de la note de bas de page soit incorporé au texte du paragraphe 1.4). L'amendement est de nature strictement technique et porte sur le bon usage des médicaments. L'absence de précautions particulières pour les femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent du co-trimoxazole a des conséquences graves pour leur santé.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) déclare qu'il ne peut accepter l'amendement proposé parce qu'il constituerait une modification du texte convenu par l'Assemblée générale des Nations Unies. Il ne voit pas d'objection à ce que l'information soit intégrée sous la forme d'une note de bas de page.

Le PRESIDENT demande au Secrétariat de préciser si le fait de reléguer du texte en note de bas de page en diminue le degré d'importance.

M. BURCI (Conseiller juridique) explique que les notes de bas de page ne sont pas considérées comme faisant partie intégrante du texte. Bien qu'il soit inhabituel d'utiliser des notes de bas de page dans les résolutions, l'Assemblée de la Santé y a eu recours occasionnellement afin de parvenir plus facilement à un consensus. Le texte figurant dans une note de bas de page n'a pas la même valeur juridique que le corps de la résolution, mais offre la possibilité de références croisées permettant de préciser le sens de la résolution.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) estime que, particulièrement à la lumière de la résolution adoptée sur l'usage rationnel des médicaments, le Conseil doit faire tout son possible pour prévenir les accidents résultant d'erreurs médicales. Il demande à nouveau que la note de bas de page soit incorporée dans le corps du texte.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il n'est pas habituel que les résolutions de l'Assemblée de la Santé servent de directives cliniques en matière de traitement. Toutefois, il pourrait accepter la proposition de la Thaïlande à condition de supprimer la référence croisée au projet de résolution A/61/L.50 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que la deuxième des trois options proposées pour le paragraphe 1.5) pourrait être supprimée. Il serait donc présenté à l'Assemblée de la Santé deux possibilités concernant le paragraphe 1.5) qui correspondent aux première et troisième options figurant dans la dernière version modifiée du projet de résolution.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) explique que la proposition visait seulement à utiliser le langage convenu. Dans la seconde des deux options à soumettre à l'Assemblée de la Santé, le paragraphe 1.5) devrait s'achever après le mot « commerce ». Le membre de phrase « aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives » devrait être inséré au paragraphe 1.6) après « services de santé ».

Le Dr NYIKAL (Kenya) préconise dans ce cas de mettre entre crochets « aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives ».

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements suggérés pour les paragraphes 1.5) et 1.6). Deux possibilités doivent être proposées en ce qui concerne le paragraphe 1.5) : la première correspondra à la première des trois options dans la dernière version du projet de résolution et commencera par « à prévoir dans leur législation ... ». La deuxième option

se lira comme suit : « à envisager, si nécessaire, d'adapter la législation nationale pour utiliser pleinement les flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ». Le membre de phrase « aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives » sera donc inséré entre crochets après « services de santé » au paragraphe 1.6).

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour (reprise)

- **Technologies sanitaires essentielles** (documents EB120/13 et EB120/13 Add.1) (suite de la onzième séance)

Le DIRECTEUR GENERAL reconnaît les trois préoccupations principales des Etats Membres en ce qui concerne le projet de résolution : la portée excessivement large, l'absence de définition du terme « essentielles » ou de tout critère qui déterminerait que les technologies sanitaires sont essentielles, et la question de la liste. Elle propose donc que toutes les références à ces préoccupations soient supprimées et que le Secrétariat, après avoir consulté des experts compétents, révise son rapport et soumette un projet de résolution révisé à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Mme VELÁZQUEZ (suppléant de M. Bailón, Mexique) appuie cette proposition. Elle pourrait soutenir le projet de résolution ainsi modifié et souhaiterait participer au groupe d'experts proposé.

Mme HALTON (Australie), favorable à la proposition du Directeur général, demande si une version révisée du projet de résolution sera mise à disposition et quels pourraient être les experts : certains Etats membres sont particulièrement désireux de faire partie de ce groupe.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) demande si et comment le Secrétariat a l'intention de communiquer au Conseil les résultats de ses consultations avant l'Assemblée de la Santé.

Le PRESIDENT répond que, conformément à son Règlement intérieur, le Conseil devrait examiner le projet de résolution avant qu'il ne soit transmis à l'Assemblée de la Santé ; le Secrétariat devrait être en mesure de communiquer aux membres par voie électronique les résultats de ses consultations.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général), donnant lecture des amendements proposés, préconise de supprimer le mot « essentielles » dans le premier alinéa du préambule et modifier le titre du projet de résolution avant de le soumettre à l'Assemblée de la Santé. L'alinéa du préambule commençant par « Considérant que les technologies sanitaires essentielles ... » devrait être supprimé. Le paragraphe 1.1) se lirait comme suit : « à rassembler, vérifier, actualiser et échanger des informations sur les technologies sanitaires qui les aideront à hiérarchiser les besoins et à allouer les ressources ». Au paragraphe 1.4), il faudrait remplacer « centres d'excellence » par « instituts ». Au paragraphe 2.1), « une liste OMS des technologies sanitaires essentielles » devrait être remplacé par « des normes et critères OMS applicables aux technologies sanitaires ». Il faudrait supprimer le mot « essentielles » aux paragraphes 2.2), 2.3), 2.4) et 2.5) ainsi que « centres d'excellence » au paragraphe 2.4).

¹ Résolution EB120.R16 et EB120.R16 Corr.1.

Mme HALTON (Australie), faisant observer que certains pays, y compris le sien, disposent de systèmes d'évaluation, d'achat et de gestion des technologies sanitaires et ont fondé des instituts régionaux et nationaux dans le domaine de la technologie sanitaire, propose d'ajouter « s'il y a lieu » à la fin du paragraphe 1.2) et « là où cela est nécessaire » à la fin du paragraphe 1.4).

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), faisant référence au paragraphe 2.1), demande des précisions ; le texte modifié semble impliquer qu'il incombe à l'OMS d'établir les normes et les critères applicables aux technologies sanitaires.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) indique que le paragraphe 2.1) dans sa totalité serait libellé comme suit : « de constituer un comité d'experts des technologies sanitaires qui aidera à établir et tenir à jour des normes et critères OMS applicables aux technologies sanitaires ».

Le PRESIDENT explique que la formulation n'implique pas que l'OMS fixe les normes applicables aux technologies sanitaires mais qu'elle fournit aux pays des lignes directrices pour l'établissement de leurs propres normes adaptées à leurs besoins. Il n'est pas prévu d'établir une norme mondiale unique.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) déclare qu'il a quelques difficultés à accepter cette explication et suggère, afin de parvenir à un consensus, de supprimer tout le paragraphe 2.1).

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) souligne qu'il est demandé à l'OMS de remplir une fonction de normalisation par la fourniture de lignes directrices, de normes et de critères aux pays qui en ont besoin. Il faudrait donc conserver le paragraphe 2.1) en sa forme actuelle, en ajoutant éventuellement « s'il y a lieu » comme le suggère l'Australie.

Le DIRECTEUR GENERAL propose de modifier le paragraphe 2.1) comme suit : « de constituer un comité d'experts pour conseiller l'OMS en ce qui concerne ses travaux sur les technologies sanitaires ».

Le PRESIDENT, s'exprimant en qualité de membre de la Bolivie, signale que le Conseil devrait prendre garde d'introduire dans le projet de résolution des éléments visant à prescrire aux Etats Membres de se conformer à des normes applicables aux technologies sanitaires. Il devrait attendre de recevoir les conseils du comité d'experts sur cette question complexe.

Le Dr SHANGULA (Namibie) soutient la formulation proposée par le Directeur général.

Le Dr NYIKAL (Kenya) souligne que les Etats Membres ne sont pas obligés de se conformer aux normes applicables aux technologies sanitaires établies par l'OMS ; les normes fournissent des indications formelles où cela est nécessaire. Le Dr Nyikal se range donc à l'avis de la Thaïlande. L'ajout de l'expression « s'il y a lieu » disculperait les Etats Membres qui ne souhaitent pas adopter les normes.

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) avance l'idée que la proposition du Directeur général, proposition qu'il accepte, semble rendre superflu le paragraphe 2.4) ; les deux paragraphes pourraient être combinés. M. Abdoos partage l'opinion du membre de l'Australie selon laquelle les Etats Membres intéressés devraient pouvoir participer aux travaux du groupe d'experts.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) est favorable à la suggestion de combiner les paragraphes 2.1) et 2.4), et propose que le Secrétariat rédige un texte approprié. La formule « établir et tenir à jour » est trop précise au stade actuel.

Mme VELÁZQUEZ (suppléant de M. Bailón, Mexique) propose, en vue de le soumettre à l'examen du groupe d'experts, de libeller le paragraphe 2.1) comme suit : « de constituer un comité d'experts des technologies sanitaires qui aidera à établir et tenir à jour ou coordonner des banques d'informations pour la gestion des connaissances sur les technologies sanitaires (centres d'échange) et à poursuivre la mise au point d'outils et de lignes directrices ».

Le PRESIDENT juge que, en raison de la complexité du sujet, il ne servirait à rien de proposer d'autres modifications du texte. Il suggère donc que le Secrétariat établisse une version révisée à soumettre à l'examen du Conseil dans la journée.

Le DIRECTEUR GENERAL annonce que le Secrétariat établira une version modifiée du projet de résolution qui reflétera la teneur des discussions.

Il en est ainsi convenu.

(Pour l'adoption de la résolution, voir le procès-verbal de la treizième séance, section 3.)

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale : Point 4.5 de l'ordre du jour (documents EB120/22 et EB120/22 Add.1) (suite de la dixième séance)

Le PRESIDENT attire l'attention du Conseil sur un projet de résolution révisé sur la lutte contre les maladies non transmissibles, libellé comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale ;

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les nombreuses résolutions connexes des comités régionaux, notamment celles relatives à la santé mentale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'en 2005 les maladies non transmissibles ont entraîné, selon les estimations, 35 millions de décès (60 % de la mortalité mondiale),

¹ Document EB120/22.

² Voir dans le document EB120/22 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

que 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et que près de 16 millions de décès ont frappé des personnes de moins de 70 ans ;

Notant que la mortalité due aux maladies non transmissibles devrait augmenter de 17 % d'ici 2015, avec de graves répercussions socio-économiques pour les Etats Membres, les communautés et les familles ;

Notant par ailleurs les liens entre maladies non transmissibles, développement, environnement et sécurité humaine, et leur contribution aux inégalités en matière de santé ;

Constatant que l'action multisectorielle continue d'être limitée faute de sensibilisation à la pandémie des maladies non transmissibles et de mesures appropriées pour la contrer ;

Notant que l'importance de la lutte contre les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015, qui comprend notamment une cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

Prenant acte du volume croissant de données probantes concernant la rentabilité de plusieurs interventions simples pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Notant l'importance de motiver et d'éduquer les individus et les familles et de les aider à faire des choix sains dans leur vie quotidienne, et le rôle majeur joué par les gouvernements pour établir des politiques publiques et des environnements sains ;

Confirmant qu'il est important de lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles de façon intégrée, complète, multisectorielle et progressive ;

Ayant à l'esprit que l'action face à la triple charge des maladies infectieuses, des maladies non transmissibles et des traumatismes à laquelle sont confrontés de nombreux pays et aux pénuries graves de ressources dont ils souffrent exige un solide système de soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé intégré ;

Reconnaissant que la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une mesure essentielle pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique **et des modes de vie sains (Etats-Unis d'Amérique)** et améliorer la qualité des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne **la manière dont ils sont commercialisés et [Etats-Unis d'Amérique]** les informations fournies aux consommateurs, **à leurs familles et à leurs enfants ;**

[OU]

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et améliorer la qualité des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne les informations fournies aux consommateurs et le mode de commercialisation des produits auprès des **populations vulnérables, en particulier les enfants et les jeunes ; [Tonga]**

Reconnaissant en outre qu'il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les conséquences socio-économiques et développementales des maladies non transmissibles et sur l'issue des interventions disponibles ;

Sachant que les Etats Membres ne consacrent qu'une petite partie de leur budget de santé à la prévention des maladies non transmissibles et à la santé publique, et qu'une augmentation, même minime, de ce pourcentage aurait des retombées bénéfiques considérables sur les plans sanitaire et socio-économique ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à renforcer aux niveaux national et local la volonté politique de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles dans le cadre d'un engagement en faveur de la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables à toutes les

maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années, qui figure dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;¹

2) à établir en tant que de besoin ou renforcer selon le contexte national un mécanisme national de coordination pour la prévention des maladies non transmissibles doté d'un large mandat multisectoriel comprenant la mobilisation d'une volonté politique et de ressources financières et faisant appel à toutes les parties prenantes ;

3) à élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes, **tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels**, et qui fasse participer activement la société civile ;

4) à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ;

5) à mettre en oeuvre et accroître le soutien accordé aux initiatives mondiales et à la Convention-cadre pour la lutte antitabac qui aideront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

6) à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles une partie intégrante des programmes en vue de renforcer les systèmes de soins de santé primaires, et à consolider les établissements de soins de santé primaires afin qu'ils puissent faire face aux problèmes posés par les maladies non transmissibles ;

7) à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation, y compris les mécanismes de surveillance épidémiologique dans les pays, afin de recueillir des données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques ;

8) à veiller à ce que les établissements de santé soient organisés de manière à pouvoir faire face aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose de mettre tout particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires ;

9) à mettre l'accent sur le rôle central des fonctions gouvernementales, et notamment des fonctions réglementaires, dans la lutte contre les maladies non transmissibles ;

10) à accroître l'accès aux médicaments essentiels pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) sur la base des grandes lignes esquissées dans le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en oeuvre de la stratégie mondiale,² d'élaborer pour soumission à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un plan d'action définissant les priorités, les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles entre 2008 et 2013 aux niveaux mondial et régional, et de fournir là où cela est nécessaire un appui à l'élaboration, à la mise en oeuvre intensifiée et au suivi des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment en poursuivant la mise au point d'une intervention destinée à prendre en charge les personnes à haut risque de maladie non transmissible ;

¹ Document A59/25, appendice 6.

² Document EB120/22.

2) de sensibiliser davantage les Etats Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de mécanismes nationaux multisectoriels de coordination et de surveillance, ainsi que de plans de lutte contre les maladies non transmissibles ;

3) de fournir un soutien aux Etats Membres qui en font la demande et de promouvoir les partenariats, la collaboration, la coopération et la diffusion des meilleures pratiques entre Etats Membres pour qu'ils incorporent des interventions complètes de lutte contre les maladies non transmissibles dans les politiques et les programmes nationaux, y compris les politiques et programmes relatifs aux systèmes de santé, et pour qu'ils élargissent les interventions, notamment les stratégies visant à éduquer et aider les individus et les familles ;

4) de diffuser aux Etats Membres en temps opportun et de manière cohérente des informations sur les interventions essentielles d'un bon rapport coût/efficacité visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

5) d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques et le secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels, afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les programmes de promotion de la santé et du bien-être sur les lieux de travail, s'il y a lieu ;

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine **[et de réduire OU limiter [Portugal]] OU [restreindre la commercialisation et la promotion agressives [Thaïlande]]** la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ;

[OU]

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine ~~et de réduire la commercialisation et la promotion de produits nocifs pour la santé~~, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ; **[Etats-Unis d'Amérique]**

[OU]

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'encourager une alimentation saine **et des modes de vie sains, ainsi que de promouvoir la pratique d'une commercialisation responsable, notamment en ce qui concerne les aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel [Australie]**, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ;

[OU]

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine, **et de réduire la commercialisation et la promotion de produits comme les aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel [Union européenne, Finlande]**, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ;

[OU]

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine et **d'améliorer la commercialisation pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel [Union européenne et Allemagne]**, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ;

[OU]

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains, d'encourager une alimentation saine et **d'améliorer la commercialisation, y compris par des changements volontaires dans les pratiques promotionnelles, notamment pour les aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel [Etats-Unis d'Amérique]**, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ;

7) de développer et de maintenir les contacts avec les médias afin qu'ils continuent de faire une large place aux questions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles ;

8) de mieux faire comprendre les conséquences socio-économiques des maladies non transmissibles au niveau national et au niveau des ménages, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

9) de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent, et un appui, le cas échéant ;

10) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée de la Santé, et par la suite tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris dans l'application du plan d'action.

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole en tant que président du groupe de rédaction, signale que celui-ci est parvenu à une position commune sur les deux questions en suspens, à savoir le treizième alinéa du préambule et le paragraphe 2.6). Les deux versions du treizième alinéa seraient remplacées par un alinéa libellé comme suit « Reconnaisant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et des modes de vie sains et améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et des boissons, notamment en ce qui concerne la manière dont ils sont commercialisés ainsi que la qualité et la disponibilité des informations destinées aux consommateurs et à leurs familles, en particulier les enfants, les jeunes et d'autres groupes de population en situation de vulnérabilité ».

Les six versions possibles pour le paragraphe 2.6) seraient combinées en un seul paragraphe, qui se lirait comme suit « de promouvoir des initiatives visant à mettre en oeuvre la stratégie mondiale afin d'accroître l'offre d'aliments sains et d'encourager une alimentation saine, et de promouvoir également une commercialisation responsable pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras *trans*, en sucres libres ou en sel, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles ».

Le Dr NYIKAL (Kenya) est favorable à la dernière version du treizième alinéa du préambule. Il suggère d'ajouter « tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels » à la fin du paragraphe 2.6).

M. ABDOO (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) soutient la proposition du Kenya. Dans un souci d'harmonisation, le membre de phrase « tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels » devrait être déplacé à la fin du paragraphe 1.3) après « société civile ».

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) juge que le paragraphe 2.6) rend difficile la distinction au niveau opérationnel entre les parties qui sont attachées à réduire les risques de maladies non transmissibles et les autres.

Le Dr SHANGULA (Namibie) explique que la formulation proposée pour le paragraphe 2.6) est le résultat de consultations informelles tenues après la réunion du groupe de rédaction. L'expression « acteurs concernés » englobe toutes les parties prenantes. La fin de la phrase « notamment les parties du secteur privé, qui sont attachées à réduire les risques de maladie non transmissible » fait double emploi et pourrait être supprimée.

Le Dr NYIKAL (Kenya) appuie cette proposition puisque l'inclusion de « tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels » devrait suffire à couvrir toutes les préoccupations.

Mme HALTON (Australie) souligne l'intérêt de conserver la référence au secteur privé et propose donc de supprimer uniquement « qui sont attachées à réduire les risques de maladie non transmissible ».

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

4. QUESTIONS ADMINISTRATIVES : Point 8 de l'ordre du jour

Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif : Point 8.1 de l'ordre du jour (document EB120/30)

Le PRESIDENT rappelle que le rapport a été examiné par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, qui a proposé des amendements au projet de résolution présenté au paragraphe 27 du document EB120/30. Le texte modifié se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné les propositions contenues dans le rapport sur le Directeur général et le Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif ;²

1. APPROUVE la procédure mise au point par le Secrétariat concernant la manière dont le Conseil exécutif évalue si le candidat qu'il désigne pour le poste de Directeur général est physiquement apte à exercer ses fonctions comme tout autre membre du personnel de l'Organisation ;

2. DECIDE que le curriculum vitae de chaque candidat et la documentation s'y référant, visés à l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, sont limités à 2000 mots et doivent également être soumis sous forme électronique pour permettre au Président du Conseil de vérifier que cette limite n'est pas dépassée ;

¹ Résolution EB120.R17.

² Document EB120/30.

3. CONFIRME sa décision antérieure selon laquelle le curriculum vitae doit tenir compte des critères fixés par le Conseil exécutif et indiquer les priorités et stratégies envisagées par le candidat ;¹

4. DECIDE que **le Président du Conseil exécutif peut autoriser** le Directeur général ~~peut~~, à afficher sur le site Web de l'OMS, en plus des noms des candidats, les curriculum vitae et la documentation s'y référant tels qu'ils ont été envoyés aux Etats Membres, ainsi que les coordonnées de chaque candidat, à moins que celui-ci ou l'Etat Membre l'ayant proposé ne stipule qu'il ne doit pas en être ainsi.

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, rappelle que ce point est une conséquence du décès inopiné du Directeur général précédent. Les débats du Comité sur cette question et sa recommandation se retrouvent au paragraphe 54 de son rapport (document EB120/3). Les amendements proposés par le Comité pour le paragraphe 1.4 visent à faire en sorte que toute décision d'afficher sur le site Web de l'OMS les curriculum vitae et la documentation s'y référant pour les candidats au poste de Directeur général soit prise par le Président du Conseil. Cette procédure serait conforme aux responsabilités actuelles du Président dans ce domaine au titre de l'article 52 du Règlement intérieur du Conseil exécutif. Mme Halton remercie le Conseiller juridique pour les indications fournies au Comité sur ce qui est une question constitutionnelle complexe.

Le Dr GWENIGALE (Libéria), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle que, lors de débats ayant conduit à l'élection de l'actuel Directeur général, les membres du Conseil sont convenus qu'un Directeur général adjoint devait être nommé et que cette nomination devait être rendue publique. Il se félicite de la nomination rapide d'un nouveau Directeur général adjoint et en particulier du fait que cette personne soit originaire de sa Région.

Les débats du Conseil ont également porté sur le roulement géographique pour le poste de Directeur général. Comme il est indiqué au paragraphe 24 du rapport, l'OMS a élu sept Directeurs généraux de trois des six Régions de l'Organisation. Aucun candidat de la Région africaine, de la Région de l'Asie du Sud-Est ou de la Région de la Méditerranée orientale n'a encore été retenu, bien qu'il y ait dans ces Régions des professionnels de la santé qualifiés, capables de diriger l'OMS et remplissant la condition primordiale du plus haut degré d'efficacité et d'intégrité, comme il est demandé à l'article 35 de la Constitution de l'OMS. Le roulement géographique a été appliqué lors de la sélection du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Dr Gwenigale est donc favorable au roulement géographique pour le poste de Directeur général de l'OMS et à toute modification du Règlement intérieur nécessaire à cette fin.

Mlle ABDI (suppléant de M. Miguil, Djibouti), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, soutient la position de l'orateur précédent. A la cent dix-huitième session du Conseil, Djibouti a plaidé en faveur du roulement géographique pour le poste de Directeur général qui garantirait l'équité et l'équilibre entre les Régions. Les critères de sélection devraient inclure les compétences et l'équilibre entre les sexes. La proposition d'un roulement géographique n'est pas déraisonnable compte tenu des procédures de sélection du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ; elle est en outre conforme à la bonne gestion, à la distribution équitable des ressources humaines et à l'égalité entre les sexes. Elle devrait être soumise pour examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la santé en mai 2007.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) est favorable au roulement géographique. Si le Règlement stipule que le Directeur général adjoint doit prendre la relève en cas de décès ou d'incapacité du Directeur général en exercice, il faudrait alors que la nomination d'un Directeur général adjoint soit obligatoire.

¹ Décision EB100(7).

Le Dr Khalfan propose que l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui dispose que la personne devant prendre la relève dans un tel cas sera « le plus haut fonctionnaire du Secrétariat », devrait être modifié afin de préciser que le fonctionnaire sera nommé et non élu. Le Dr Khalfan propose aussi de mettre au point un format standard pour les curriculum vitae des candidats au poste de Directeur général ainsi qu'une procédure pour vérifier leur état de santé.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Essawi, Iraq) reconnaît la nécessité de procédures de sélection normalisées et de perspectives identiques pour les candidats originaires de toutes les Régions de l'OMS. Il soutient les opinions exprimées par le membre du Libéria.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) rappelle qu'aucun candidat de la Région de l'Asie du Sud-Est n'a jamais été retenu pour le poste de Directeur général. Aussi plaide-t-il également pour le roulement géographique. Il demande des informations supplémentaires en ce qui concerne les attributions du Directeur général adjoint telles que décrites dans les paragraphes 20 et 21 du rapport.

M. DE SILVA (Sri Lanka), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, rejoint les orateurs précédents et appuie la proposition d'un roulement géographique pour le poste de Directeur général. Il pourrait être envisagé une procédure donnant la préférence aux candidats des trois Régions dans lesquelles les candidatures n'ont jamais abouti.

Le Dr NYIKAL (Kenya) s'associe à l'appel en faveur d'un roulement géographique et demande également des précisions supplémentaires sur les procédures à suivre si le Directeur général se trouve dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions.

Le Dr SHANGULA (Namibie), appuyé par le Dr SALEHI (Afghanistan), propose que le projet de résolution soit modifié afin de rendre obligatoire la nomination d'un Directeur général adjoint et de refléter l'appel des membres du Conseil en faveur d'un roulement géographique. Il demande au Secrétariat de suggérer une formulation appropriée.

Le Dr TANGI (Tonga) n'est pas favorable au roulement géographique. Il est essentiel de sélectionner le meilleur candidat au poste sans limitation géographique. Par ailleurs, un Directeur général peut être en fonction pendant dix ans, de sorte que le roulement géographique ne pourrait en assurer un à chaque Région que tous les 60 ans environ. Tous les Etats Membres devraient être intéressés à chaque étape du processus de sélection.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) ne voit pas clairement comment le roulement géographique fonctionnerait dans la pratique. Les candidats seraient-ils classés en fonction de leur Région d'origine ? Le Dr Voljč demande des indications au Conseiller juridique.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) soutient le principe du roulement géographique mais souligne que celui-ci pourrait réduire dans la pratique le nombre des candidats potentiels au poste de Directeur général ; les procédures de sélection actuelles devraient donc être maintenues.

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) se rallie au principe énoncé à l'article 35 de la Constitution de l'OMS selon lequel, lors du recrutement du personnel, le critère de la représentation géographique est secondaire par rapport au critère essentiel du plus haut degré d'efficacité et d'intégrité. Ce critère devrait être appliqué le plus strictement possible lors de la sélection du Directeur général. L'élément géographique devrait être secondaire, de même que d'autres considérations comme l'équilibre entre les sexes, la langue maternelle, le groupe ethnique et l'appartenance religieuse. Les Régions sont déjà représentées dans la sélection des Directeurs régionaux.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) juge que, bien qu'il soit idéal de procéder à un roulement géographique, il est essentiel de trouver le candidat le mieux adapté au poste. Elle préfère les critères de sélection actuels, chaque Région proposant ses propres candidats.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à la demande de précisions, explique que la Constitution est plutôt générale puisqu'il est énoncé à l'article 31 que le Directeur général est nommé par l'Assemblée de la Santé, sur proposition du Conseil et suivant les conditions que l'Assemblée de la Santé pourra fixer. De plus amples détails sur la procédure, en particulier sur la nomination, figurent dans le Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé et dans le Règlement intérieur du Conseil exécutif. Le premier est centré sur les modalités principales de la nomination tandis que le second dispose, à l'article 52, que tout Etat Membre peut proposer pour le poste de Directeur général une ou plusieurs personnes. Il est donc clair que le droit de nommer ou de présenter un ou des candidats au poste de Directeur général au titre des Règlements en vigueur revient à chaque Etat Membre.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) estime qu'aucune restriction géographique ne devrait être imposée ; tout Etat Membre devrait être habilité à proposer un candidat afin que la personne la mieux adaptée soit élue au poste.

Le Dr SHANGULA (Namibie) souligne que les Régions n'ayant pas encore pourvu le poste de Directeur général ne manquent pas de candidats qualifiés, mais disposent de conditions inégales. A moins de remédier à cette situation, la seule possibilité est d'envisager un éventuel roulement.

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti) dit que le roulement permettrait de donner un sens au mot « équité ». Les dispositions de la Constitution et du Règlement intérieur peuvent être modifiées si nécessaire.

Le Dr CHEW SUOK KAI (suppléant du Dr Sadasivan, Singapour) partage l'avis que le concept de roulement favoriserait l'équité. Toutefois, l'OMS devrait employer la personne la mieux adaptée à la tâche. Avant de prendre toute décision sur le roulement géographique, le Secrétariat devrait conduire un examen afin d'établir pourquoi les candidats de certaines Régions n'ont pas été sélectionnés.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) soutient les vues exprimées par le membre de Djibouti et convient du fait que la Constitution et le Règlement intérieur peuvent être modifiés pour prendre en compte le principe du roulement géographique.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) appuie le concept d'équité. Dans le passé, certaines Régions n'avaient peut-être pas de candidats aux compétences suffisantes pour pourvoir le poste de Directeur général. Il ne faut pas transiger sur la qualité et les qualifications, et ces principes seraient respectés même si l'on appliquait le roulement régional. Lors des dernières élections au poste de Directeur général, tous les candidats ont été proposés en raison de leurs compétences et qualifications ; cependant, les pressions et les négociations ont également joué un rôle important. M. Ramotsoari met en question les critères utilisés pour sélectionner une personne parmi plusieurs candidats compétents. Le principe du roulement pourrait refléter l'évolution des choses.

Le Dr JAKSONS (Lettonie) salue la déclaration du membre de Tonga. Le roulement technique repose sur le principe de l'équité absolue, qui n'est pas toujours souhaitable dans les concours.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) indique qu'il ne figure aucun élément prescriptif concernant le roulement géographique dans les textes fondamentaux

d'aucune autre organisation du système des Nations Unies. Elle admet une reconnaissance informelle de ce concept au Siège de l'Organisation des Nations Unies à la lumière de divers facteurs politiques. Tous les efforts devraient être faits pour garantir que la personne obtenant le poste est la meilleure.

Mme HALTON (Australie) s'associe aux vues exprimées par les membres des Etats-Unis, des Tonga et du Japon. La compétence est la considération primordiale lors du recrutement du personnel, y compris du Directeur général. L'OMS est une organisation technique et elle doit exiger le niveau de compétence le plus élevé. Bien que Mme Halton espère qu'un jour un membre de la Région africaine ou des autres Régions mentionnées sera élu, elle appuie la position fondamentale établie à l'article 35 de la Constitution.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) partage l'avis du membre de la Namibie en ce qui concerne les conditions inégales. Certaines Régions n'ont pas les moyens dont d'autres disposent ; ce n'est pas qu'il ne s'y trouve pas de candidats ayant les compétences ou l'intégrité requises. Une politique de roulement signifierait que les candidats d'une Région donnée seraient proposés, leurs compétences et leur intégrité évaluées, et que la personne la plus adaptée à l'emploi serait élue en fonction de critères spécifiés. Cette question devrait être étudiée plus avant à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit que la personne placée à la tête de l'OMS doit être forte, compétente et charismatique. Elle aurait des réticences à limiter le recrutement des candidats par un roulement géographique ; toutefois, la position des membres du Libéria et de la Namibie implique qu'il faudrait réfléchir davantage à la procédure de présentation des candidats et à l'égalité des chances.

M. BAILÓN (Mexique) remet en cause le concept de roulement et ses implications. Les candidats proposés seraient-ils originaires de certaines Régions uniquement ? Les candidats de certaines Régions seraient-ils désavantagés ? Cette proposition serait-elle mise en oeuvre à la prochaine élection ou à la suivante ? Comment le roulement affecterait-il les priorités de l'Organisation, telles que définies par les Etats Membres, et garantirait-il la responsabilité de l'OMS ? L'OMS doit être capable de sélectionner la personne la mieux adaptée à l'emploi et, si le principe du roulement est introduit, il faut en préciser les implications.

Le Dr NYIKAL (Kenya) déclare qu'il faudrait soumettre cette question complexe à l'Assemblée de la Santé en vue de poursuivre le débat et note que le Conseil n'est pas parvenu à un accord. En attendant, le Secrétariat devrait se pencher sur les points évoqués, en particulier par le membre du Mexique. Le Dr Nyikal demande également des précisions en ce qui concerne le poste de Directeur général adjoint. S'agit-il d'un poste obligatoire ou à pourvoir selon que le Directeur général le juge utile, et quelle est la procédure de transfert des pouvoirs si le Directeur général se trouve dans l'incapacité d'exercer ses fonctions ?

Le Dr SHANGULA (Namibie) juge utile de préciser que le débat sur le roulement n'est pas une conséquence des dernières élections et ne reflète aucunement leur issue. Les discussions s'inscrivent dans le contexte du processus de réforme des Nations Unies.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) dit que, bien que la lettre de succession ait été acceptée de bonne foi, la procédure à suivre à l'avenir doit être clairement définie. Afin de préciser l'interprétation de l'article 113 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, il convient de résoudre les ambiguïtés concernant la définition de « plus haut fonctionnaire ». Le plus haut fonctionnaire est-il un fonctionnaire élu ou un fonctionnaire nommé par le Directeur général ? Le rang est-il défini en termes d'âge ou d'ancienneté ? Dans le cas où le Directeur général adjoint ne prendrait pas la relève, il faut qu'un classement des Sous-Directeurs généraux soit établi.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que membre de la Bolivie, soutient la proposition du membre du Kenya. Lors de l'élection d'un Directeur général, un élément politique est inévitablement ajouté aux considérations de qualité, de capacité et de région. Si le roulement régional est mis en place, l'élection se tiendra, en grande partie, au niveau régional. Les candidats des Régions les moins favorisées devraient être davantage mis en avant lors des réunions et des conférences, leurs qualités étant souvent méconnues. Une participation plus effective de toutes les Régions mettrait fin à la nécessité d'un roulement.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant à la question de savoir si le poste de Directeur général adjoint est obligatoire, explique que, d'après le Règlement intérieur en vigueur, il n'existe pas de prescription obligatoire concernant la nomination d'un Directeur général adjoint. Citant le paragraphe 20 du document EB120/30, il indique que le Directeur général adjoint exercerait les fonctions de Directeur général au cas où celui-ci ne serait pas en mesure de le faire ou en cas de vacance du poste de Directeur général, sous réserve de toute décision pertinente éventuelle du Conseil exécutif.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que, bien qu'aucune prescription obligatoire ne l'oblige à nommer un Directeur général adjoint, elle l'a fait dès que possible après avoir pris ses fonctions, sachant que c'était ce que les membres du Conseil désiraient.

Expliquant l'intention derrière la formulation du paragraphe 21, elle rappelle que, dans son discours à la première session spéciale de l'Assemblée mondiale de la Santé, elle a promis de travailler sans relâche. Grâce aux nouvelles technologies, elle peut toujours au besoin être contactée par les cadres supérieurs et continuera donc de diriger l'Organisation même en cas d'absence en mission ou en congé.

Le PRESIDENT note que, si le projet de résolution doit être soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, il faudra en modifier le texte pour prendre en considération les aspects évoqués lors des discussions.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) estime qu'il n'est pas urgent de soumettre cette question à l'Assemblée de la Santé. Les divergences d'opinions sont importantes et la prochaine élection au poste de Directeur général n'aura pas lieu avant cinq ans. Le Secrétariat devrait poursuivre ses travaux sur ce point et le Conseil devrait le réexaminer lors d'une future session.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) juge qu'il faudrait résoudre le plus tôt possible la question de la succession en cas d'urgence. Il soutient la proposition présentée au paragraphe 20 du rapport, à savoir que le Directeur général adjoint devra exercer les fonctions de Directeur général au cas où celui-ci ne serait pas en mesure de le faire ou en cas de vacance du poste de Directeur général, sous réserve d'une décision du Conseil exécutif en la matière.

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que, que ce point soit ou non soumis pour examen à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, il faudrait consigner, de préférence dans le projet de résolution, les observations formulées par les membres du Conseil sur le roulement géographique, et le sujet devrait être présenté à l'Assemblée de la Santé tôt ou tard.

Le Dr NYIKAL (Kenya) fait savoir qu'il n'est pas convaincu par le raisonnement selon lequel il ne faudrait pas examiner ce point à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Le projet de résolution devrait être soumis accompagné d'une déclaration visant à préciser que le Conseil a longuement examiné la question mais n'est pas parvenu à une conclusion, et que des travaux supplémentaires sont nécessaires. Le Dr Nyikal propose donc, conformément aux observations formulées par le membre du Libéria, de modifier le paragraphe 3 du projet de résolution en insérant,

après « les priorités et stratégies envisagées par le candidat », « ainsi que ses vues sur la question du roulement régional ».

Le DIRECTEUR GENERAL souligne que le projet de résolution à l'examen est une résolution du Conseil et ne fait pas partie des résolutions automatiquement soumises à l'Assemblée de la Santé. Toutefois, le Conseil a la prérogative d'évoquer la question comme point supplémentaire à l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général suggère que les membres adoptent la résolution à la présente session et demande au Secrétariat d'engager des travaux supplémentaires sur le sujet. Le Conseil pourrait examiner de nouveau ce point lors d'une prochaine session, au cours de laquelle il décidera s'il convient de le soumettre, ainsi qu'un projet de résolution, à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr NYIKAL (Kenya), notant le conseil du Directeur général, propose d'amender le projet de résolution en ajoutant un nouveau paragraphe pour indiquer qu'il faudrait poursuivre l'étude de la question du roulement régional et fournir au Conseil des informations supplémentaires à examiner lors d'une prochaine session.

Le Dr SHANGULA (Namibie) demande l'assurance que les amendements qu'il a proposés précédemment apparaîtront dans le projet de résolution.

M. BURCI (Conseiller juridique) demande au membre de la Namibie de proposer un texte. Le Secrétariat a compris que les participants sont parvenus à un consensus sur la question du roulement géographique : le Conseil continuera d'examiner la question et le Secrétariat fournira, en vue d'un examen ultérieur, des informations supplémentaires sur ses incidences. M. Burci suggère que le nouveau paragraphe proposé par le membre du Kenya soit libellé comme suit :

« 5. PRIE le Directeur général d'établir un rapport sur le roulement géographique pour le poste de Directeur général, en tenant compte des vues exprimées par les membres du Conseil exécutif, et de faire rapport à la cent vingt et unième session du Conseil exécutif. »

Faisant référence à la demande formulée par le membre de la Namibie visant à rendre obligatoire la nomination d'un Directeur général adjoint, M. Burci indique que, s'il existe un consensus parmi les Etats Membres, les amendements appropriés peuvent être apportés au Règlement du Personnel. Toutefois, dans la mesure où seule l'Assemblée de la Santé a compétence pour apporter de telles modifications, il n'est pas sûr du poids que peut avoir l'inclusion d'une décision à ce sujet dans une résolution du Conseil exécutif.

Le Dr SHANGULA (Namibie) propose d'inclure dans le projet de résolution le texte du nouveau paragraphe suggéré par le Conseiller juridique. L'avis du Conseil sur la nécessité de préciser à l'avenir la nomination et les fonctions du Directeur général adjoint devrait être transmis à l'Assemblée de la Santé, qu'il soit consigné ou non dans le projet de résolution.

La séance est levée à 13 h 20.

TREIZIEME SEANCE

Lundi 29 janvier 2007, 14 h 50

Président : Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie)

1. QUESTIONS ADMINISTRATIVES : Point 8 de l'ordre du jour (suite)

Directeur général et Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé : examen des questions découlant de la session extraordinaire et de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif : Point 8.1 de l'ordre du jour (document EB120/30) (suite)

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) rappelle que pendant la discussion de la séance précédente concernant la version modifiée du projet de résolution figurant au paragraphe 27 du document EB120/30, un nouvel alinéa 5 a été proposé. Ce nouvel alinéa 5, rédigé à la suite de consultations informelles entre les membres, se lirait comme suit : « PRIE le Directeur général d'établir un rapport sur le roulement géographique pour le poste de Directeur général et sur la nécessité de nommer un Directeur général adjoint, en tenant compte des vues exprimées par les membres du Conseil, et de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent vingt et unième session. »

Le PRESIDENT, en l'absence d'objection, considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution ainsi amendé.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

L'OMS et la réforme du système des Nations Unies : Point 8.2 de l'ordre du jour (documents EB120/31 et EB120/31 Corr.1)

Le PRESIDENT appelle l'attention du Conseil sur le rapport concernant la réforme du système des Nations Unies. Une note du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies sur le suivi des décisions du Sommet du Millénaire contenant le rapport du Groupe de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies, intitulé « Unis dans l'action »,² est disponible dans la salle.

Mme HALTON (Australie), s'exprimant en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, rappelle que le Comité, comme l'indiquent les paragraphes 55 et 56 de son rapport (document EB120/3), a discuté de la réforme du système des Nations Unies et souligné la nécessité que l'OMS participe à ce processus. Le Comité a évoqué les projets pilotes visant à garantir l'unité d'action du système des Nations Unies, en insistant sur la nécessité d'éviter les doubles emplois et d'assurer la coordination des activités.

¹ Résolutions EB120.R19 et EB120.R19 Corr.1.

² Document A/61/583.

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, souligne que la réforme des Nations Unies n'a que trop tardé. Leurs structures et leurs actions s'accommodent mal de la démocratie, de la transparence et de la bonne gouvernance. L'OMS n'échappera pas aux réformes envisagées, et devrait adopter d'emblée une position stratégique.

Le Sommet mondial de 2005 et le Groupe de haut niveau ont formulé des recommandations en vue d'assurer la cohérence et le regroupement des activités, un dispositif de financement approprié, et des pratiques de fonctionnement orientées vers les résultats. La proposition de créer au niveau des pays une entité unique des Nations Unies, dotée d'une direction, d'un seul programme, d'un seul budget et, le cas échéant, dont les bureaux soient regroupés dans des locaux uniques, s'écarte radicalement des pratiques actuelles. Dans l'avenir, l'OMS aura peut-être à fonctionner dans un contexte entièrement nouveau. L'Organisation doit prendre conscience de ces évolutions.

Il apparaît que certaines des recommandations sont déjà en cours d'expérimentation dans certains Etats Membres. Le Secrétariat devrait suivre les événements et en tenir informée l'Assemblée de la Santé. L'orateur se félicite de l'engagement du Directeur général afin que l'OMS prenne une part active dans le processus de réforme.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de la Présidence allemande et pour le compte de l'Union européenne et de ses 27 Etats Membres, de la Bosnie-Herzégovine, de la Norvège, de l'Ukraine et de la République de Moldova, exprime son appréciation du débat. Il a noté l'assurance fournie aux membres par le Directeur général d'une participation active de l'OMS à la réforme du système des Nations Unies. Il se félicite en outre de l'attitude favorable de l'OMS vis-à-vis des exercices de projets pilotes envisagés dans certains pays.

La participation de l'OMS dans la réforme des Nations Unies, tout spécialement au niveau des pays, est essentielle pour le développement et en particulier pour les activités sanitaires. Son engagement dans la coordination du système des Nations Unies, sa contribution à l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement, et la mise en oeuvre par ses soins de la résolution WHA58.25 sur le processus de réforme des Nations Unies et le rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays, tous ces éléments sont encourageants. L'approche « unitaire » des pays ouvre des possibilités aux organismes des Nations Unies engagés à ce niveau, et l'orateur dit son appréciation des progrès réalisés dans la mise en place de projets pilotes visant à garantir l'unité d'action du système des Nations Unies. Le principe de la participation des pays est au coeur des recommandations du Groupe de haut niveau. Les premiers programmes pilotes devraient être riches d'enseignements tant pour l'OMS que pour le système des Nations Unies. L'OMS devra participer à ces activités d'essai et aux initiatives futures. L'orateur attend avec intérêt les rapports périodiques de situation et de synthèse.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) indique que la réforme des Nations Unies est une des principales priorités de son pays. La réforme est indispensable pour que les Nations Unies se montrent à la hauteur de leurs idéaux et répondent aux enjeux et problèmes réels. Le rapport du Groupe de haut niveau présente des recommandations innovantes pour restructurer les activités et améliorer les services rendus aux pays en développement.

L'OMS doit s'engager aux côtés de ses partenaires, y compris les autres organismes du système des Nations Unies et la société civile, afin d'éliminer les redondances, de renforcer la cohérence et d'améliorer les prestations de services. La participation de l'Organisation à cette entreprise est importante pour son propre fonctionnement et pour l'ensemble du système.

Le Dr QI Qingdong (Chine) accueille favorablement le rapport et les efforts de réforme des Nations Unies, qui devraient accroître les ressources du développement économique et social et renforcer les institutions. Quatre facteurs sont à considérer. Tout d'abord, la réforme doit être progressive compte tenu du grand nombre d'organismes intéressés, et aucun bénéfice n'est à attendre d'échéances arbitraires. Ensuite, il doit y avoir un consensus entre toutes les parties, notamment les pays en développement. En troisième lieu, les réformes devront accroître les financements disponibles

et améliorer l'efficacité du système, mais sans toucher au mandat des institutions spécialisées telles que l'OMS ; il conviendrait de définir les nouvelles relations de l'OMS avec les autres organisations internationales, son autonomie dans l'exécution des projets, et l'utilisation des fonds. Enfin, les réformes devront respecter les situations des différents pays.

L'orateur se félicite des projets pilotes actuellement en cours. Des réformes sont à mener à bien pour que l'OMS puisse s'adapter à l'évolution de la situation sanitaire.

M. RAGBYE (suppléant du Dr Wangchuk, Bhoutan) fait part de son soutien à la réforme des Nations Unies et rejoint les conclusions du rapport du Secrétariat. Il est essentiel de maintenir et de prolonger les meilleures pratiques de bonne coopération internationale au niveau national.

Le rapport du Groupe de haut niveau n'a pas encore été officiellement examiné au niveau intergouvernemental, et on ne peut préjuger des projets pilotes ni des efforts de réforme. Toutes les parties visent à créer un système plus efficient et à fournir des services plus efficaces.

Le rôle des coordonnateurs résidents n'est pas toujours bien compris par les organismes gouvernementaux et autres partenaires qui ne sont pas nécessairement au fait des complexités de l'administration internationale. Les représentants de l'OMS pourraient promouvoir une meilleure compréhension des liens entre leur action et celle de l'équipe des Nations Unies dans le pays.

M. BAILÓN (Mexique) soutient la participation de l'OMS dans la réforme du système des Nations Unies. Améliorer la coordination entre organismes internationaux au niveau des pays par une approche intégrée aurait pour effet d'utiliser plus efficacement les contributions et de faciliter l'évaluation. Il fait siennes les vues exprimées par le membre du Portugal, notamment la demande d'une information périodique sur les projets pilotes impliquant l'OMS.

Mme HALTON (Australie) souligne l'engagement de son pays en faveur de la réforme des Nations Unies et félicite l'OMS pour son engagement dans les projets pilotes. Des réformes internes et de nouveaux modes de fonctionnement permettraient à l'Organisation d'améliorer la prestation de son assistance.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par la Bolivie et faisant siennes les vues des membres désignés par l'Australie et le Mexique, estime que les projets pilotes fourniront à l'OMS l'occasion d'agir en tant qu'autorité directrice dans le domaine de la santé.

M. MARTIN (Suisse)¹ se félicite de voir l'Organisation jouer un rôle actif dans le processus de réforme et de sa participation aux projets pilotes. Cette démarche, de même que l'engagement de l'OMS dans certaines activités préliminaires au Mozambique, est conforme à d'autres engagements tels que celui de participer au processus d'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies figurant dans la résolution WHA58.25. Le Secrétariat devra tenir les Etats Membres informés des progrès accomplis dans les projets pilotes et des leçons qui en seront tirées.

Le DIRECTEUR GENERAL réaffirme que l'OMS sera un partenaire actif dans le processus de réforme des Nations Unies afin de garantir que les Etats Membres tirent le bénéfice le plus élevé possible des résultats obtenus en commun. Le Directeur général fera périodiquement rapport au Conseil sur les progrès accomplis dans les projets pilotes et sur les leçons qui en seront tirées. Sous réserve que le Conseil approuve l'ordre du jour provisoire figurant dans le document EB120/32, le premier rapport pourrait être soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Conseil prend note du rapport.

¹ Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Rapports des Comités du Conseil exécutif : Point 8.3 de l'ordre du jour

- **Comité permanent des Organisations non gouvernementales** (documents EB120/41 et EB120/41 Add.1)

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), s'exprimant au nom du Président du Comité permanent des Organisations non gouvernementales, dit que le Comité a examiné les requêtes de sept organisations non gouvernementales souhaitant nouer des relations officielles avec l'OMS, ainsi que les rapports concernant 80 organisations non gouvernementales avec lesquelles existent déjà de telles relations. Le Comité a salué l'action menée par les organisations candidates et par celles dont les activités ont été étudiées. Le Comité s'est en outre penché sur la participation des organisations non gouvernementales au groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. La section IV du rapport contient les recommandations du Comité, sous la forme d'un projet de résolution et de deux projets de décisions.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) note que, lorsque la participation des organisations non gouvernementales au groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle a été examinée par le groupe de travail intergouvernemental, l'intention n'était pas seulement d'augmenter la participation des organisations non gouvernementales, mais aussi d'encourager le Directeur général à envisager la participation d'experts à même de contribuer aux travaux du groupe de travail intergouvernemental.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution et les deux projets de décisions figurant dans le document EB120/41.

La résolution et les deux décisions sont adoptées.¹

- **Fondations et distinctions**

Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha pour 2007 au Dr Nabil Kronfol (Liban) pour sa remarquable contribution à l'action de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale. Le lauréat recevra l'équivalent de CHF 2500 en dollars des Etats-Unis.²

Prix de la Fondation Léon Bernard

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Léon Bernard, a attribué le Prix de la Fondation Léon Bernard pour 2007 au Dr Than Tun Sein (Myanmar) pour les services éminents qu'il a rendus dans le domaine de la médecine sociale. Le lauréat recevra une médaille de bronze et une somme de CHF 2500.³

¹ Résolution EB120.R20 et décisions EB120(2) et EB120(3).

² Décision EB120(4).

³ Décision EB120(5).

Prix de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille, a attribué le Prix de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille pour 2007 conjointement à Mme Mehriban Aliyeva (Azerbaïdjan) et Mme Maestra Guillermina Natera Rey (Mexique) pour les services qu'elles ont rendus dans le domaine de la santé de la famille. Les deux lauréates recevront chacune US \$10 000.¹

En outre, le Conseil a pris note de la décision du Groupe de sélection de réviser l'article 5 des Statuts de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille.

Prix Sasakawa pour la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2007 au Dr Jose Antonio Socrates (Philippines) pour ses travaux remarquables et novateurs en matière de développement sanitaire. Le lauréat recevra US \$30 000.²

Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, a attribué le Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé pour 2007 à la Fondation Bill & Melinda Gates (Etats-Unis d'Amérique) pour sa remarquable contribution au développement sanitaire. Le lauréat recevra US \$40 000.³

Prix de l'Etat du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé

Décision : Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, a décidé de ne pas attribuer le Prix de l'Etat du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé pour 2007.⁴

Ordre du jour provisoire de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent vingt et unième session du Conseil exécutif : Point 8.4 de l'ordre du jour (document EB120/32)

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit que l'ordre du jour provisoire proposé en annexe 1 au rapport a été établi avant la présente session du Conseil. Compte tenu des précédents débats du Conseil, il conviendrait d'ajouter le point « Santé bucco-dentaire » au point 12, « Questions techniques et sanitaires ». Il propose de l'insérer entre les points 12.8 et 12.9 existants. Le point subsidiaire, « Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental (résolution WHA59.24) », devrait être retiré du point 12.19, « Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires », et faire l'objet d'un

¹ Décision EB120(6).

² Décision EB120(7).

³ Décision EB120(8).

⁴ Décision EB120(9).

point séparé, qui pourrait être ajouté après le point 12.18. Le point 12.18 existant, « Contribution de la médecine traditionnelle à la santé publique : la feuille de coca, » serait supprimé.

Deux titres seraient modifiés ; le point 12.11 se lirait « Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS », et le point 12.17 se lirait « Technologies sanitaires ». A la demande formulée dans la matinée par un membre du Conseil, le point 12.16 existant serait scindé en deux parties « Progrès en matière d'usage rationnel des médicaments », suivi de « Amélioration des médicaments destinés aux enfants ». Le moment exact de l'intervention prévue au point 3 « Intervenant invité » sera confirmé avant le début de l'Assemblée de la Santé, mais sera probablement fixé au matin du mardi 15 mai plutôt qu'à celui du lundi 14 mai.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se demande si les points 12.7 « Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool » et 12.9 « Vers la couverture universelle par des interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant : rapport biennal » ne devraient pas plutôt figurer au point 12.19 « Rapports de situation sur des questions techniques et sanitaires » ; ce qui serait plus conforme aux nécessités des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) répond que le point 12.7 a été inclus en tant que point séparé au titre des Questions techniques et sanitaires pour donner suite à la demande formulée au paragraphe 2.4) de la résolution WHA58.26 : « de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire les méfaits de l'alcool, avec notamment un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ». La raison pour laquelle il n'a pas été présenté au Conseil tient à la convocation d'un groupe d'experts, dont le rapport n'a pas encore été soumis au Directeur général mais qui ira au-delà d'un rapport de situation. Le Dr Kean reconnaît que le point 12.9 pourrait en principe être inclus aux rapports de situation, mais, dans le passé, les rapports biennaux ont conduit à des résolutions ou décisions, avec une action à la clef. C'est pourquoi il figure en tant que point d'action.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se dit satisfait de ces éclaircissements, mais estime que le Secrétariat anticipe les décisions que pourraient prendre les Etats Membres. Concernant le point 12.9, le paragraphe 2.8) de la résolution WHA58.31 prévoit un rapport de situation et ce point devrait figurer à ce titre, au moins dans l'ordre du jour provisoire.

Le Dr NYIKAL (Kenya) demande si le point « Santé publique, innovation et propriété intellectuelle : progrès accomplis par le groupe de travail intergouvernemental (résolution WHA59.24) », actuellement proposé comme point 12.18, ne pourrait pas être avancé dans l'ordre du jour. Il s'attend à un long débat, et il serait préférable de traiter ce sujet aussi tôt que possible.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) indique que les points sont actuellement regroupés par ordre logique. L'ordre dans lequel ils seront examinés pourra être ajusté à la demande des Etats Membres : à sa première réunion du lundi 14 mai, le Bureau décidera de l'ordre des travaux, qui sera ensuite confirmé par la Commission A.

Le Dr NYIKAL (Kenya) demande pourquoi l'ordre du jour provisoire ne fait pas mention du rapport concernant le roulement géographique pour le poste de Directeur général et la nécessité de nommer un Directeur général adjoint.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) rappelle que la résolution qui vient d'être adoptée par le Conseil à ce sujet prévoit que le rapport sera présenté au Conseil à sa cent vingt et unième session, immédiatement après l'Assemblée de la Santé.

Le Dr NYIKAL (Kenya) rappelle que le Directeur général a indiqué que, s'ils le souhaitent, les Etats Membres pourront soulever la question au cours de l'Assemblée de la Santé. Il demande des éclaircissements sur les moyens de le faire.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) répond que, si les Etats Membres en décident ainsi, le sujet pourra être mis à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé.

M. BURCI (Conseiller juridique) indique que le Conseil vient de décider que la nomination d'un Directeur général adjoint et le roulement géographique pour le poste de Directeur général seraient discutés par le Conseil à sa cent vingt et unième session. Si l'idée qui préside au débat actuel est que l'une de ces questions ou les deux soient plutôt soumises à l'Assemblée de la Santé, le Conseil devra décider s'il souhaite revenir sur sa décision précédente.

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti) estime lui aussi qu'il convient d'inclure la question du roulement pour le poste de Directeur général à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé. Sans doute le Conseil peut-il encore en décider ainsi, s'il le souhaite.

Le Dr VOLJČ (Slovénie) demande que le point 12.7 « Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool » soit maintenu à sa place actuelle dans l'ordre du jour. Il est nécessaire de discuter pleinement de la question à l'Assemblée de la Santé, en ayant la possibilité d'adopter une résolution, d'insister sur les conséquences pour la santé publique des méfaits de la consommation d'alcool, et de mettre en avant les récentes activités de l'OMS en ce domaine.

Le Dr SMITH (Danemark) fait siennes les observations du membre désigné par la Slovénie. Le débat sur la question est obligatoire aux termes de la résolution WHA58.26. De même, le point 12.9 devrait demeurer une question technique et sanitaire distincte, conformément à la pratique admise.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) se joint aux deux orateurs précédents à propos du point 12.7 : il faudra prendre en compte la réunion du groupe d'experts à ce sujet ; un projet de résolution pourrait être soumis à l'Assemblée de la Santé.

Il convient de ne pas modifier le point 12.9, vu l'importance de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant par rapport aux cibles des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) dit que, en demandant des précisions sur le point 12.7, il n'entendait pas suggérer de transférer la question au point 12.19 « Rapports de situation », ni de le supprimer. Il constate qu'un consensus semble s'établir pour ne pas modifier l'ordre du jour provisoire à cet égard.

Il a en outre demandé des éclaircissements concernant le point 12.9 car, dans la résolution WHA58.31, le Directeur général était prié de faire rapport sur les progrès accomplis à la Soixantième Assemblée de la Santé ; il se dit satisfait des explications obtenues du Secrétariat.

Le Dr SHANGULA (Namibie) observe que les délibérations de l'Assemblée de la Santé, et notamment celles de la Commission A, durent souvent plus longtemps que prévu, et il demande si l'efficacité de l'Assemblée de la Santé pourrait être améliorée, tout en continuant à accorder l'attention voulue à son ordre du jour chargé.

Le PRESIDENT répond que le problème tient en partie au fait que les délégués évoquent longuement la situation dans leur pays au titre de points, tels que les rapports de situation, qui

n'appellent pas autant d'informations. Si des pays souhaitent communiquer le détail de leurs activités, ils pourraient sans doute le faire par écrit plutôt que dans leurs déclarations à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) confirme qu'il n'a pas été demandé de déplacer le point 12.7, qui conservera donc sa place initiale à l'ordre du jour provisoire. Le sentiment général de la séance semble être que le point 12.9 devrait lui aussi demeurer sous les « Questions techniques et sanitaires ».

En réponse au membre désigné par la Namibie, il rappelle que, comme l'indique l'emploi du temps préliminaire figurant en annexe 2 du document EB120/32, il est prévu que le point 12 soit examiné par la Commission B aussi bien que par la Commission A vers la fin de l'Assemblée de la Santé, et le Bureau, dans son suivi des débats, se prononcera en conséquence.

Le Dr SHANGULA (Namibie) réitère ses doutes quant à l'efficacité de l'Assemblée de la Santé, et en particulier de la Commission A, et suggère que soient élaborées des lignes directrices au bénéfice des Etats Membres concernant les déclarations en commissions, afin d'éviter toute perte de temps.

Le Dr GWENIGALE (Libéria), faisant sienne cette observation, demande que ces lignes directrices soient distribuées aux Etats Membres avant l'Assemblée de la Santé pour les aider à préparer leurs déclarations écrites.

Le PRESIDENT, en l'absence d'objection, considère que le Conseil souhaite adopter le projet de décision figurant au paragraphe 3 du document EB120/32, avec les amendements apportés à l'ordre du jour provisoire, qui sera distribué aux Etats Membres conformément à l'article 4 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé.

La décision est adoptée.¹

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite que sa cent vingt et unième session se tienne du 24 mai au 26 mai 2007 au Siège de l'OMS, à Genève.

Décision : Le Conseil exécutif a décidé que sa cent vingt et unième session s'ouvrirait le jeudi 24 mai 2007 au Siège de l'OMS, à Genève, et prendrait fin au plus tard le samedi 26 mai 2007.²

2. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 9 de l'ordre du jour

Comités d'experts et groupes d'étude : Point 9.1 de l'ordre du jour (documents EB120/33 et EB120/34)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le document EB120/34 et remarque qu'aucun changement n'est intervenu depuis 2006 dans la composition des tableaux d'experts.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) exprime sa préoccupation quant à la disparité hommes-femmes dans la composition des tableaux d'experts.

¹ Décision EB120(10).

² Décision EB120(11).

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique), évoquant le rapport du Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance, estime que, si l'amélioration de l'accès aux médicaments contrôlés et la promotion de leur usage rationnel sont des buts louables, cette extension des rôles du Comité n'est peut-être pas appropriée, notamment si elle aboutit à détourner des ressources de sa mission première qui consiste à examiner les informations concernant les substances psychoactives et à évaluer la nécessité de leur contrôle international. L'orateur remarque en outre que le Comité s'est réuni en mars 2006, mais que la publication de son trente-quatrième rapport (Série OMS de Rapports techniques N° 942) date seulement de quelques jours. Un tel délai pour la publication d'un rapport de comité d'experts est inacceptable.

Le Comité n'a pas recommandé de changer la classification actuelle de la buprénorphine, et M. Hohman se félicite de cette décision. Il ne peut cependant pas approuver le retrait du dronabinol du Tableau II et son inscription au Tableau III de la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes.

Le PRESIDENT, convenant que les rapports des comités d'experts devraient être publiés rapidement, indique qu'en l'absence d'objection, il considère que le Conseil désire remercier les experts pour avoir participé aux réunions et prendre note du rapport figurant dans le document EB120/33.

Il en est ainsi convenu.

Rapports de situation : Point 9.2 de l'ordre du jour (documents EB120/35, EB120/35 Add.1 et EB120/35 Add.1 Corr.1)

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

M. FRANCO BERBERT (suppléant du Dr Buss, Brésil) dit que le vieillissement de la population est une importante question pour le Brésil, et réaffirme son soutien à l'application de la résolution WHA58.16.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque), observant que la Jamaïque connaît elle aussi un phénomène de vieillissement de la population, réaffirme également son soutien à la mise en oeuvre de la résolution WHA58.16.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) accueille favorablement le rapport de situation. Il est à regretter que le programme Vieillissement et qualité de vie ne compte que deux personnes, dont l'une est partie à la retraite et l'autre devrait faire de même dans le courant de 2007. L'orateur exhorte donc le Directeur général à assurer au programme des effectifs adéquats.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) convient qu'il est nécessaire d'assurer des ressources humaines et financières suffisantes au domaine du vieillissement en bonne santé, qui a reçu une des plus faibles allocations du projet de budget programme proposé pour 2008-2009.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq) souligne l'importance de la participation des communautés dans le vieillissement en bonne santé.

Le Dr VOLJČ (Slovénie), faisant siennes les déclarations des membres désignés par le Portugal et les Etats-Unis, dit qu'il convient d'investir davantage de ressources en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles si l'on veut s'attaquer aux problèmes liés au vieillissement de la population.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par la Bolivie, dit partager les mêmes préoccupations. Les bienfaits de l'allongement de l'espérance de vie s'accompagnent inévitablement d'une multiplication des problèmes liés au vieillissement, physiques comme mentaux. Si autrefois dans certaines sociétés les personnes âgées étaient respectées pour leur sagesse, on tend aujourd'hui à les considérer comme une charge. Afin d'éviter une aggravation des problèmes de santé mentale parmi les personnes âgées, celles-ci doivent conserver un rôle établi dans la société.

Le Conseil prend note du rapport de situation.

C. Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA58.26)

Le PRESIDENT, en l'absence d'objection, considère que le Conseil désire prendre note du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution WHA58.26.

Il en est ainsi convenu.

D. Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (résolution WHA59.22)

Le PRESIDENT dit que, en l'absence d'observations, il considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution WHA59.22.

Il en est ainsi convenu.

E. Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida (résolution WHA59.12)

Le PRESIDENT indique que, en l'absence d'observations, il considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution WHA59.12.

Il en est ainsi convenu.

G. *Rapport mondial sur la violence et la santé* : mise en oeuvre des recommandations

Le Conseil prend note du rapport de situation.

H. Réseau de métrologie sanitaire

M. ABOUBAKER (suppléant de M. Miguil, Djibouti), félicitant l'Organisation pour ses efforts visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire, s'étonne de ce qu'aucun pays de la Région de la Méditerranée orientale ne soit représenté au Conseil du Réseau. Il conviendrait de remédier à cette situation.

Le PRESIDENT, en l'absence d'autre objection, considère que le Conseil désire prendre note du rapport de situation sur le Réseau de métrologie sanitaire.

Il en est ainsi convenu.

I. Prévention et lutte anticancéreuses (résolution WHA58.22) : cancer du col de l'utérus

Le PRESIDENT, en l'absence d'observations, considère que le Conseil désire prendre note du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution WHA58.22.

Il en est ainsi convenu.

J. Réduction de la mortalité mondiale par rougeole

Le PRESIDENT, en l'absence d'observations, considère que le Conseil désire prendre note du rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la résolution WHA56.20.

Il en est ainsi convenu.

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), rappelant qu'une résolution sur la prévention de la cécité a été adoptée en 2006 (résolution WHA59.25), demande si le Conseil pourrait obtenir un rapport de situation à ce sujet.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit que la résolution WHA59.25 ne prévoit aucune disposition particulière concernant les rapports. En réponse à une question de M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), il indique qu'aucun rapport de situation supplémentaire ne peut être inscrit à l'ordre du jour de la présente session du Conseil car il a déjà été adopté.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

Projets de résolutions dont l'examen a été renvoyé par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session : Point 4.12 de l'ordre du jour (suite)

- **Technologies sanitaires essentielles** (documents EB120/13 et EB120/13 Add.1) (suite de la douzième séance, section 3)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé concernant les « technologies sanitaires », qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport sur les technologies sanitaires ~~essentiels~~,¹
RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :²

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur les technologies sanitaires-essentiels ;
~~Considérant que les technologies sanitaires essentielles sont les dispositifs (physiques, biologiques ou chimiques), procédés ou services conçus pour résoudre des problèmes de santé et qu'elles sont dites essentielles quand elles sont basées sur les faits,~~

¹ Document EB120/13.

² Voir dans le document EB120/13 Add.1 les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

~~présentent un bon rapport coût/efficacité et répondent à des besoins de santé publique prioritaires ;~~

Reconnaissant que les technologies sanitaires fournissent aux dispensateurs de soins des outils indispensables pour assurer une prévention, un diagnostic, un traitement et une réadaptation efficaces et efficients et pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Considérant que les technologies sanitaires posent des difficultés d'ordre économique et technique au système de santé de nombreux Etats Membres et constatant avec préoccupation que des ressources sont gaspillées en investissements malavisés dans des technologies sanitaires qui ne répondent pas aux besoins prioritaires, sont incompatibles avec les infrastructures existantes, sont utilisées de façon impropre ou irrationnelle, ou sont peu performantes ;

Consciente que les Etats Membres et les donateurs doivent maîtriser l'augmentation rapide des coûts en sélectionnant les technologies sanitaires en fonction de leur impact sur la charge de la maladie, et qu'ils doivent, par une planification, une évaluation, une gestion et un approvisionnement judicieux, faire en sorte que les ressources soient utilisées à bon escient ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à rassembler, vérifier, actualiser et échanger des informations sur les technologies sanitaires ~~en vue de dresser sur la base de données probantes une liste des technologies sanitaires essentielles~~ qui les aidera**ont** à hiérarchiser les besoins et à allouer les ressources ;
 - 2) à élaborer, **s'il y a lieu**, des stratégies et des plans nationaux pour instaurer des systèmes d'évaluation, d'achat et de gestion des technologies sanitaires ;
 - 3) à rédiger des lignes directrices de portée nationale sur les bonnes pratiques de fabrication et de réglementation, à mettre en place des systèmes de surveillance et d'autres mesures garantissant la qualité, l'innocuité et l'efficacité des dispositifs médicaux achetés ou ayant fait l'objet d'un don, et à contribuer à la lutte contre les contrefaçons ;
 - 4) à créer, **le cas échéant**, des ~~centres d'excellence~~ **instituts** régionaux et nationaux ~~dans le domaine~~ de la technologie sanitaire, et à collaborer et former des partenariats avec les dispensateurs de soins de santé, l'industrie, les associations de patients et les organisations professionnelles, scientifiques et techniques ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) ~~de constituer un comité d'experts des technologies sanitaires qui aidera à établir et tenir à jour une liste OMS des~~ **d'entreprendre, avec les Etats Membres et les centres collaborateurs de l'OMS, l'élaboration de lignes directrices et d'outils applicables aux** technologies sanitaires ~~essentielles~~ ;
 - 2) de fournir, **le cas échéant**, un appui aux Etats Membres pour la mise en place de mécanismes visant à déterminer de quelles technologies sanitaires ~~essentielles~~ ils ont besoin au niveau national et à garantir leur disponibilité et leur utilisation ;
 - 3) d'apporter, **le cas échéant**, un soutien et des conseils techniques aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques ~~nationales~~ concernant les technologies sanitaires ~~essentielles~~ ;
 - 4) ~~de désigner des centres d'excellence centres collaborateurs de l'OMS pour qu'ils conseillent sur les normes, critères et principes directeurs applicables aux technologies sanitaires essentielles ;~~
 - 5) 4) de collaborer avec d'autres organisations du système des Nations Unies, organisations internationales, institutions universitaires et organes professionnels pour seconder les Etats Membres dans le classement par ordre d'importance, la sélection et l'utilisation des technologies sanitaires ~~essentielles~~ ;

↪ 5) de faire rapport sur l'application de cette résolution à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

M. BAILÓN (Mexique) attire l'attention sur une discordance entre les versions anglaise et espagnole au début de l'alinéa 2.5).

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) demande si les « dispositifs médicaux ayant fait l'objet d'un don » mentionnés au paragraphe 1.3) comprendront, ou devraient comprendre, les nouveaux dispositifs devant faire l'objet d'une procédure réglementaire. Au paragraphe 2.1), il propose de préciser que l'élaboration de lignes directrices et d'outils applicables aux technologies sanitaires devrait se faire « dans la transparence et sur la base de données factuelles ».

Mme PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) accueille favorablement la fusion des paragraphes 2.1) et 2.4), mais propose d'insérer au paragraphe 2.1) le mot « intéressés » après « Etats Membres » et les mots « , y compris des normes et critères » avant « applicables aux technologies sanitaires ».

M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq) dit qu'il trouve que l'expression « et à contribuer à la lutte contre les contrefaçons » au paragraphe 1.3) reste ambiguë, et que le verbe « contribuer » manque de force. Un amendement ou une précision seraient donc nécessaires pour refléter l'idée que des normes et actions effectives doivent être mises en oeuvre à cet égard.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) lit les amendements proposés au paragraphe 2.1), qui se lirait ainsi : « d'entreprendre, avec les Etats Membres intéressés et les centres collaborateurs de l'OMS, l'élaboration, dans la transparence et sur la base de données factuelles, de lignes directrices et d'outils, y compris des normes et critères applicables aux technologies sanitaires ; ».

Le Dr ZUCKER (Sous-Directeur général) dit que les termes de « dispositifs médicaux achetés ou ayant fait l'objet d'un don » ne visent pas des dispositifs nouveaux fournis par une usine de production, mais tous les dispositifs qui se trouvent dans le domaine public.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) se demande s'il ne conviendrait pas de supprimer « achetés ou ayant fait l'objet d'un don ».

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant du Dr Allen-Young, Jamaïque) propose de conserver « ayant fait l'objet d'un don » et de remplacer « contrefaçons » par « dispositifs dépassés ».

Le Dr GWENIGALE (Libéria) dit que le terme de « contrefaçon » doit être renforcé par celui de « dispositif dépassé » ; il est fréquent que des matériels dépassés soient écoulés auprès de destinataires peu méfiants.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) se demande pourquoi la notion de « contrefaçon », qui se rapporte aux brevets et licences, a été initialement introduite dans cet alinéa. En outre, il ne voit pas pourquoi il devrait être interdit aux pays qui souhaitent le faire d'utiliser des dispositifs dépassés, à condition que ceux-ci soient reconditionnés.

M. BAILÓN (Mexique) propose que l'alinéa s'achève après « dispositifs médicaux », en supprimant ainsi « , et à contribuer à la lutte contre la contrefaçon ». L'esprit de la résolution n'en serait pas dénaturé, et les détails spécifiques pourront être abordés ultérieurement lors de réunions techniques.

La résolution, ainsi amendée, est adoptée.¹

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) rappelle que, traitant de la même question au cours de la séance précédente, le Directeur général a évoqué trois domaines controversés qui figuraient dans des versions antérieures du projet de résolution, sur lesquels le Secrétariat entend poursuivre la réflexion. Il demande confirmation qu'un rapport sur ces travaux sera présenté au Conseil à sa session de mai 2007.

Le DIRECTEUR GENERAL indique que les débats concernant le point 14.12 de l'ordre du jour ont fait apparaître trois domaines de controverse à l'égard du projet de résolution, dont un a été réglé par la suppression du terme « essentiels » dans le titre de la résolution. Des réflexions restent à mener pour résoudre les deux questions restantes, à savoir le champ des technologies sanitaires et la constitution d'une liste de celles-ci. Un groupe d'experts et d'Etats Membres intéressés sera créé à cette fin, dans le but d'établir un rapport qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé parallèlement à la résolution qui vient d'être adoptée.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Agwunobi, Etats-Unis d'Amérique) insiste sur le fait que les résultats de tous travaux ultérieurs devraient être examinés par le Conseil avant que le rapport ne soit soumis à l'Assemblée de la Santé.

Le DIRECTEUR GENERAL confirme que, conformément à la procédure, un rapport révisé devra être examiné par le Conseil avant d'être soumis à l'Assemblée de la Santé. Le Secrétariat tiendra des consultations avec les membres du Conseil par voie électronique afin que ces questions soient éclaircies en temps voulu pour être présentées en mai 2007 à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Faute de quoi, le sujet sera inscrit à l'ordre du jour de la cent vingt et unième session du Conseil. Toutefois, étant donné que le Conseil vient d'approuver l'ordre du jour provisoire de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, dont un point porte sur les technologies sanitaires, le rapport figurant dans le document EB120/13 pourrait éventuellement être modifié de façon appropriée, afin d'en retirer toute allusion aux questions controversées en suspens, et soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé parallèlement à la résolution qui vient d'être adoptée.

4. CLOTURE DE LA SESSION : Point 10 de l'ordre du jour

Le Dr SADASIVAN (Singapour), avec le soutien de M. HIWAL (suppléant du Dr Al-Eissawi, Iraq), invite le Conseil à envisager la possibilité d'accroître sa productivité en utilisant plus efficacement les technologies de l'information. L'installation d'écrans individuels dans la salle du Conseil permettrait d'afficher les modifications apportées au texte des résolutions dès qu'elles seraient proposées, ce qui supprimerait les délais de préparation sur papier des versions révisées. La mise en place de communications à haut débit permettrait de distribuer à tous les membres, sous forme numérique, les déclarations préparées.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que sa première session du Conseil en tant que Directeur général a été instructive et stimulante. Les membres ont parfois fait part de vues différentes, concernant les questions traitées, mais ils se sont montrés unis pour reconnaître leur responsabilité commune à l'égard de l'Organisation.

Un moment fort a été celui de l'offre de soutien faite par les trois Directeurs régionaux dont les Régions sont exemptes de poliomyélite en faveur des Régions où cette maladie reste endémique. Il

¹ Résolution EB120.R21.

s'agit là d'un exemple de l'unité d'action de l'OMS. La volonté sans faille affichée dans la lutte contre la poliomyélite devrait aussi s'appliquer à d'autres problèmes de santé publique non résolus. Le Directeur général a notamment relevé les préoccupations exprimées à propos de la lenteur des progrès dans l'amélioration de l'accès aux soins essentiels, et a adapté sa réflexion en conséquence.

La documentation de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sera révisée à la lumière des observations des membres, et notamment des recommandations concernant le contenu et la présentation du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, ainsi que la rationalisation de ses objectifs stratégiques. La documentation sera expédiée d'ici au 29 mars 2007. La discipline budgétaire prévaudra dans le projet de budget programme 2008-2009.

Les travaux sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle seront poursuivis, comme l'indique le document EB120/INF.DOC./5. Des mesures seront prises en vue d'assurer une représentation équilibrée en termes de répartition géographique et d'opinions des experts. Une consultation électronique sera entreprise sur la santé des travailleurs, et, dans les deux semaines à venir, une lettre circulaire sera adressée aux Etats Membres pour en présenter la procédure. Le rapport sur les technologies sanitaires sera révisé et soumis à l'examen de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, parallèlement à la résolution EB120.R21, dont l'adoption est recommandée à l'Assemblée de la Santé.

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare la session close.

La séance est levée à 17 h 15.
