

## COMMISSION A

### PREMIERE SEANCE

Mardi 17 mai 2005, 9 h 20

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

#### 1. OUVERTURE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION : Point 10 de l'ordre du jour (document A58/1 Rev.1)

Le PRESIDENT souhaite la bienvenue aux participants et présente M. Gunnarsson et le Dr Yin Li, qui assisteront aux travaux de la Commission en leur qualité de représentants du Conseil exécutif.<sup>1</sup> Ils exprimeront donc les opinions du Conseil et non celles de leur gouvernement.

Election des vice-présidents et du rapporteur (document A58/48)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur le troisième rapport de la Commission des Désignations, dans lequel celle-ci propose le Dr H. Ntaba (Malawi) et Pehin Dato Abu Bakar Apong (Brunéi Darussalam) pour les fonctions de vice-présidents de la Commission A, et le Dr R. Busuttil (Malte) pour celles de rapporteur.<sup>2</sup>

**Décision :** La Commission A a élu le Dr H. Ntaba (Malawi) et Pehin Dato Abu Bakar Apong (Brunéi Darussalam) Vice-Présidents, et le Dr R. Busuttil (Malte) Rapporteur.<sup>3</sup>

#### 2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le PRESIDENT encourage les délégués à limiter la durée de leurs interventions à trois minutes. Il suggère que la Commission se réunisse chaque jour de 9 heures à 12 h 30 et de 15 heures à 18 heures, cet horaire pouvant être modifié ensuite si nécessaire en fonction de l'état d'avancement des travaux. Il propose de transférer à la Commission B les points de l'ordre du jour 13.12 (Prévention et lutte anticancéreuses), 13.13 (Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris), 13.14 (Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool), et 13.15 (Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre). Il suggère également que la Commission examine le point 13.7 (Poliomyélite) immédiatement après l'examen du point 13.3 (Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe) et le point 13.2 (Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé) à la fin du point 13 (Questions techniques et sanitaires).

**Il en est ainsi convenu.**

---

<sup>1</sup> En vertu des articles 44 et 45 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé.

<sup>2</sup> Voir p. 387.

<sup>3</sup> Décision WHA58(4).

### 3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour

**Révision du Règlement sanitaire international :** Point 13.1 de l'ordre du jour (documents A58/4, A58/41, A58/41 Add.1 et A58/41 Add.2)

Mme WHELAN (Irlande), prenant la parole en qualité de Président du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international, déclare que le groupe de travail, créé par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, a rempli son mandat et pu se mettre d'accord sur un projet de révision. Conformément à la résolution WHA48.7, en janvier 2004, le Secrétariat a préparé un projet initial de Règlement révisé. Des consultations ont ensuite eu lieu dans les six Régions de l'OMS, débouchant sur un texte qui a servi de base à la première session du groupe de travail en novembre 2004, à laquelle ont participé quelque 500 délégués représentant plus de 150 Etats Membres. Bien que l'on ait progressé vers un consensus sur les principaux problèmes, les travaux n'ont pu être achevés dans les deux semaines allouées à cette session. Une deuxième session s'est donc tenue du 21 au 26 février 2005 pour examiner un nouveau texte préparé par le Président sur la base des propositions des Etats Membres. Quelque 160 Etats Membres y ont participé. S'ils ont pu se mettre d'accord sur l'essentiel du texte, certaines questions n'avaient toujours pas été réglées. La session a donc été suspendue et a repris les 12 et 13 mai 2005, et un projet de texte révisé complet a été approuvé par les délégués présents le 14 mai 2005.

Toutes les sessions ont été marquées par une forte volonté politique de mener à bien les travaux, le respect des positions des délégations et un soin attentif porté aux conséquences pratiques. Les délégués ont coopéré au sein de groupes régionaux, et le texte définitif témoigne de la volonté de nombreuses délégations de parvenir à un compromis par souci de consensus. Pour des raisons qui seront indiquées dans les actes officiels de la réunion du groupe de travail, une délégation n'a pas été en mesure d'accepter intégralement le projet de révision, et en particulier les articles 7 et 44. Mme Whelan a apprécié les efforts déployés par l'ensemble des délégués participant au groupe de travail, et en particulier des membres du bureau, des coordonnateurs des groupes régionaux et des présidents des sous-groupes, groupes de rédaction et autres groupes de discussion. Elle a également tenu à transmettre les remerciements de tous les participants au Secrétariat, qui a fourni son appui à tous les aspects des travaux de mise au point du texte qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé pour examen.

Le Dr BÁEZ (République dominicaine) dit que son pays a attaché une grande importance aux efforts de révision du Règlement sanitaire international. Les gouvernements ne peuvent toutefois agir isolément et doivent donner la priorité à la coopération internationale, notamment pour prévenir la propagation internationale des maladies – comme l'ont montré les flambées de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire.

La République dominicaine a accueilli l'une des réunions sous-régionales et a été l'un des pays à représenter la Région des Amériques au groupe d'experts qui a préparé l'annexe 2. Elle constate donc avec satisfaction que l'un des principes de base du Règlement est son application universelle pour protéger l'ensemble des pays de la propagation internationale des maladies, conformément à l'objectif de l'OMS, à savoir amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Le Dr Báez est convaincu que la communauté internationale sera dotée d'un instrument pouvant être appliqué par tous, de bonne foi, à cette fin. Il faut espérer que le congrès de son pays pourra ratifier l'instrument dans un délai de 18 mois, conformément aux dispositions de l'article 59. L'appui de l'OMS et la coopération internationale sont nécessaires pour donner effet au Règlement révisé.

Le Dr SAMB (Sénégal), s'exprimant au nom des 46 Etats Membres de la Région africaine, estime que la décision de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé de créer un groupe de

travail intergouvernemental<sup>1</sup> reflète l'inadaptation des mécanismes juridiques existants pour faire face à de nouveaux problèmes, comme l'a amplement démontré la flambée épidémique de SRAS. L'élaboration d'un instrument juridique international adapté n'a pas été facile. Il se félicite des résultats et tient à rendre hommage au Président du groupe de travail. Si les motifs de découragement n'ont pas manqué, la détermination du Président à réussir a rendu possible l'achèvement, tard dans la nuit, d'un texte à soumettre à l'Assemblée de la Santé. Le Directeur général n'a pas non plus ménagé ses efforts pour faire progresser les négociations. Le Dr Samb remercie par ailleurs toutes les parties aux négociations de leur esprit d'ouverture et de dialogue, indispensable à la réussite d'une telle tâche.

Les Etats Membres de la Région soutiennent résolument l'adoption par l'Assemblée de la Santé du projet de révision du Règlement sanitaire international. Ce projet résulte d'un triple équilibre qui doit être maintenu. Premièrement, équilibre entre la nécessité de proposer un ensemble de règles qui couvrent la prévention des épidémies et l'action en cas d'épidémie dans le contexte des mouvements toujours plus importants de personnes et de marchandises et la nécessité de respecter les droits de l'homme et la souveraineté de chaque Etat. Deuxièmement, une pleine coopération avec les autres organes du système des Nations Unies en matière de promotion de la santé doit s'instaurer dans le respect du mandat de chacun. Troisièmement, le projet de Règlement révisé traduit un équilibre entre le but légitime de faire face aux épidémies et les capacités d'action effectives des diverses parties – ce qui signifie que les obligations et les mécanismes mis en place doivent être réalistes.

Même si le projet de Règlement révisé est un pas dans la bonne direction, il reste un certain nombre de problèmes à régler pour en assurer le plein succès. L'un a trait aux articles 21 et 29 concernant les postes-frontières ; à cet égard, les Etats Membres de la Région sont fiers de voir pour la première fois un document réglementant aussi bien les transports terrestres que les transports aériens et maritimes. Le fait que le projet de révision prenne note des capacités nécessaires pour donner effet à l'instrument est un autre point qui a été réglé à la satisfaction des Etats Membres de la Région. Un autre défi à relever était celui de l'architecture institutionnelle à mettre en place pour promouvoir la mise en oeuvre des dispositions relevant de la responsabilité exclusive du Directeur général. Il invite le Directeur général à prendre des mesures immédiates pour susciter un soutien universel en faveur du Règlement révisé. Il attend avec intérêt les négociations concernant le projet de résolution, notant avec satisfaction l'invitation faite au Directeur général d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour l'application de mesures sanitaires aux postes-frontières terrestres conformément à l'article 29.

Le Dr AGARWAL (Inde) se félicite de la mise au point définitive du projet de Règlement et remercie l'OMS des efforts qu'elle a déployés à cette fin. L'Inde a organisé trois consultations nationales et pris part aux consultations régionales organisées par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. La révision contribuera largement à améliorer la surveillance des maladies et l'action en cas d'épidémie et à garantir en définitive la sécurité sanitaire mondiale. Il convient d'améliorer les capacités nationales afin d'assurer une application effective du Règlement révisé.

Le Dr YUSHARMEN (Indonésie) précise que l'Indonésie a accepté tous les articles et toutes les annexes du projet révisé. Décrivant le Règlement sanitaire international comme un instrument mondial clé de protection contre la propagation internationale des maladies, il souligne l'importance du renforcement des capacités, et notamment du développement des ressources humaines, pour l'application du Règlement, et demande à l'OMS de soutenir son pays à cet égard.

M. LANGAT (Kenya) remercie le Secrétariat et le Président du groupe de travail de leur contribution à l'avènement du projet de Règlement révisé, qui jouera un rôle important dans les activités futures de lutte contre les maladies émergentes et réémergentes et dans l'amélioration de la santé dans le monde.

---

<sup>1</sup> Résolution WHA56.28.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, de la Bulgarie et de la Roumanie, pays en voie d'adhésion, et de la Croatie, pays candidat à l'adhésion, déclare que c'est grâce à l'engagement exemplaire du Président du groupe de travail que l'on a pu parvenir à un accord satisfaisant pour tous. Elle remercie le Directeur général et ses collaborateurs d'avoir soutenu sans relâche le processus. La flexibilité et l'esprit de compromis dont ont fait preuve les participants ont permis de prendre des décisions difficiles et témoignent de l'engagement commun en faveur de la santé publique dans le monde. Il faut espérer que l'Assemblée de la Santé adoptera le nouvel instrument rapidement et par consensus.

M. SEADAT (République islamique d'Iran), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite du projet de révision du Règlement, qui est l'aboutissement d'un processus multilatéral qui n'a pas toujours été facile mais qui a été marqué par un esprit de coopération, un sens du pragmatisme et une certaine souplesse. Il remercie le Président du groupe de travail et son équipe de leur ardeur à la tâche et de leur persévérance. Le résultat final est satisfaisant et bénéficie du plein appui des Etats Membres de la Région. Le principal objectif doit être d'assurer l'adoption rapide du Règlement révisé. Il met en garde contre toute tentative de rouvrir le débat sur des points de détail, ce qui compromettrait le délicat équilibre auquel on est parvenu avec le projet final provisoirement accepté. Il a pris note du projet de résolution et soutient fermement un texte de résolution court relatif à la procédure. Les Etats Membres de la Région prendront une part active à tout processus de consultation mis en place pour régler cette question. Le renforcement des capacités est essentiel pour la mise en oeuvre du Règlement, et requiert des moyens à la fois financiers, techniques et en personnel.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) observe que la Région africaine a parlé d'une seule voix tout au long des négociations. On ne saurait sous-estimer la solidarité dont témoigne cette volonté de faire en sorte que les questions africaines soient sérieusement prises en considération et traitées de manière adéquate. La révision du Règlement sanitaire international était une question d'urgence, notamment au vu des récentes flambées de SRAS et de grippe aviaire et des conséquences sanitaires d'une tragédie internationale comme le tsunami survenu récemment en Asie. Elle félicite le Directeur général et ses collaborateurs d'avoir organisé les sessions du groupe de travail intergouvernemental, y compris la fourniture en temps voulu des documents requis et félicite également le Président de l'énergie, de l'engagement et de la compétence avec lesquels elle a su guider ces négociations difficiles. L'Afrique du Sud est satisfaite du résultat. Le projet final représente un compromis notable et un délicat équilibre et il faut espérer que l'Assemblée de la Santé l'adoptera par consensus. L'efficacité du Règlement révisé dépendra de l'aptitude des pays à mettre sur pied et à maintenir les structures et systèmes nécessaires à sa mise en oeuvre. Il faut mettre en place les capacités nécessaires en matière de surveillance, de préparation et d'action pour faire face aux urgences de santé publique de portée internationale. Elle en appelle à l'OMS, aux Etats Membres et au Secrétariat pour fournir l'appui nécessaire afin de permettre aux pays africains de remplir leurs obligations au titre du nouveau Règlement.

Le Professeur HORVATH (Australie) soutient résolument l'adoption du Règlement révisé et se félicite du nouvel esprit de coopération mondiale qu'il représente. Il salue le groupe de travail pour l'excellent résultat obtenu et pour l'esprit de coopération dont il a fait preuve. Il remercie le Président du rôle directeur qu'elle a joué dans les négociations, et le Directeur général et ses collaborateurs de leur engagement dans le processus pratique, l'un comme l'autre ayant été des éléments décisifs pour son aboutissement. La mise en oeuvre du Règlement révisé sera extrêmement utile à l'Australie et à la Région du Pacifique occidental dans son ensemble et encouragera de nouveaux partenariats de santé publique ainsi que la coopération. Le fait que les maladies pandémiques ne connaissent pas les frontières, comme l'a montré clairement l'expérience du SRAS et de la grippe aviaire, allié à la propagation beaucoup plus rapide des maladies en raison des moyens de transport modernes, font qu'il est impératif que tous ceux qui le peuvent contribuent à la lutte contre la maladie. La sécurité sanitaire est un tout et seule une application universelle du Règlement révisé assurerait la protection de tous. Il

invite donc instamment les Etats Membres et toutes les autres parties concernées par les nouveaux mécanismes administratifs sur lesquels repose le Règlement à s'acquitter de leurs tâches rapidement et dans le même esprit de coopération que celui qui a marqué les négociations.

M. CHO Choong-Hyun (République de Corée), félicitant le groupe de travail d'être parvenu à un consensus, exprime son plein appui au Règlement révisé et au projet de résolution. Afin de faciliter la mise en oeuvre du nouveau Règlement, son pays commencera prochainement à passer en revue et à réviser la législation nationale pertinente.

Le Dr HETLAND (Norvège), accueillant avec satisfaction le projet de Règlement révisé, observe que le précédent Règlement aurait été totalement insuffisant si l'une quelconque des 16 flambées actuellement vérifiées de maladies infectieuses susceptibles d'avoir des répercussions internationales s'était transformée en urgence internationale. La transparence, la collaboration et l'équilibre décrivent le mieux la nouvelle formule. La transparence sera accrue puisque les Etats Membres notifieront au Secrétariat les urgences potentielles de santé publique de portée internationale, déclenchant ainsi un processus visant à vérifier l'évènement et à déterminer s'il s'agit d'une urgence de santé publique de portée internationale. Lorsque l'OMS unira ses forces à celles de la communauté internationale pour aider l'Etat touché à stopper une flambée, il en résultera une collaboration accrue ; et l'équilibre approprié sera trouvé entre les mesures nécessaires pour faire barrage aux épidémies et la nécessité de ne pas entraver le trafic international et les échanges, ainsi qu'entre la souveraineté nationale et l'impératif de protection de la communauté internationale. Le Dr Hetland félicite également le Président du groupe de travail du rôle qu'elle a joué pour mener à terme les négociations, le Secrétariat de son travail inlassable à l'appui du processus, et les pays participants de leur volonté de trouver des compromis. Il encourage les Membres à approuver le texte révisé.

Le Dr MADIES (Argentine), s'exprimant au nom de la Bolivie, du Brésil, du Chili, de la Colombie, de l'Equateur, du Paraguay, du Pérou, de l'Uruguay et de la République bolivarienne du Venezuela, remercie le Directeur général et ses collaborateurs de leur contribution à la production du projet de Règlement révisé et en particulier le Président du groupe de travail. L'instrument ainsi mis au point représente un délicat équilibre entre les réponses apportées par les Etats et par le Secrétariat face à des risques sanitaires majeurs et la nécessité d'éviter toute entrave majeure au commerce et de respecter les droits de la personne. Elle encourage l'adoption du projet de résolution par consensus.

Le Dr MATSUTANI (Japon) déclare que le Japon soutient pleinement le processus de révision du Règlement sanitaire international et y a toujours été fortement attaché. Il félicite de leurs efforts le Secrétariat et le Président du groupe de travail, qui ont permis d'aboutir à un résultat dont son pays est satisfait. Le Règlement révisé entrera en vigueur dès que possible et constituera un instrument clé d'alerte et d'action aux niveaux national et mondial. Le Japon attend du Secrétariat qu'il joue un rôle de chef de file en permettant l'application du Règlement révisé et en exploitant les possibilités qu'il présente, notamment si nécessaire en aidant les pays à développer les capacités essentielles requises dans les domaines techniques comme la surveillance et la vérification. L'OMS devrait également coopérer et coordonner ses activités avec d'autres organisations intergouvernementales dont les compétences pourraient être nécessaires compte tenu de la portée élargie du Règlement révisé. La collaboration internationale est importante pour apporter une réponse de santé publique qui permette d'éviter la propagation internationale des maladies, de s'en protéger et de la maîtriser. Le Japon est attaché à une pleine application du Règlement révisé à l'intérieur de ses propres frontières et à son soutien au niveau international comme contribution à la sécurité sanitaire mondiale. La mise en oeuvre du Règlement révisé créera des capacités plus efficaces de préparation et d'action face aux maladies infectieuses.

Le Dr GAMBOA PEÑARANDA (Costa Rica) dit que l'adoption du Règlement révisé est une priorité de santé publique pour son Gouvernement. Le Règlement de 1969 ne permet pas de faire face

aux nouvelles menaces et aux nouveaux risques pour la santé publique. Fondé sur le principe d'universalité, le nouvel instrument sera indispensable pour répondre de manière rationnelle, efficace et rapide aux besoins internationaux dans le domaine de la santé publique. Il remercie l'OPS de son assistance durant le processus de négociation et s'associe aux orateurs précédents pour saluer l'habileté avec laquelle le Président du groupe de travail a mené les négociations et pour remercier le Directeur général et ses collaborateurs de leur appui.

Mme GILDERS (Canada) rappelle que son pays a, dès le départ, souscrit et participé activement à la révision du Règlement sanitaire international. La nécessité d'actualiser le Règlement existant est apparue depuis longtemps, mais c'est la crise du SRAS qui a fait prendre conscience de l'importance de ce texte pour la sécurité sanitaire collective dans l'ensemble du monde. Le Règlement révisé prévoit, comme c'était nécessaire, un processus plus transparent et plus efficace pour cerner les urgences de santé publique de portée internationale. Le Canada est résolument en faveur de son adoption et le Gouvernement canadien collabore avec les autres Etats Membres pour l'appliquer. Mme Gilders remercie tout particulièrement le Président du groupe de travail car, sans sa détermination et le savoir-faire remarquable avec lequel elle a conduit les négociations, celles-ci n'auraient peut-être pas abouti et félicite également le Directeur général, ses collaborateurs et l'OPS du travail et de l'appui qu'ils ont fournis pendant tout le processus de consultation et de négociation. Elle souscrit au projet de résolution.

Le Dr PIRA (Guatemala) remercie lui aussi le Président du groupe de travail d'avoir tant contribué à faire aboutir la révision du Règlement sanitaire international, outil qui sera indispensable pour protéger les populations contre la propagation internationale des maladies infectieuses. Le Règlement révisé doit être universellement appliqué, sans disparités qui pourraient compromettre son efficacité, afin que chaque individu dans le monde jouisse du meilleur état de santé possible sans discrimination d'aucune sorte.

Le Dr MALEFOASI (Iles Salomon) remercie à son tour le Président du groupe de travail et le Secrétariat d'avoir contribué à faire aboutir les négociations à temps pour la présente session de l'Assemblée de la Santé. Il souligne l'importance de l'article 64, qui concerne les Etats qui ne sont pas Membres de l'OMS. La récente flambée de SRAS a montré à quel point le soutien international et la transparence étaient nécessaires. Il est partisan, dans l'optique d'une application universelle, d'inviter ces Etats à participer aux réunions et conférences en rapport avec le Règlement. Il engage instamment l'OMS à soutenir les points focaux nationaux des petits pays dont le potentiel et les ressources sont limités, par exemple ceux du Pacifique, afin que ces pays disposent localement des capacités de base et des moyens techniques requis. Il approuve le projet de Règlement révisé.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) explique que son pays, situé au carrefour de l'Afrique, du monde arabe et de l'Europe, se trouve sur le passage d'importants flux migratoires et est donc particulièrement exposé à la propagation de maladies transmissibles. Le Règlement sanitaire international est un outil de coordination crucial, mais il doit être appliqué avec sagesse, sérénité et souplesse, qualités qui ressortent du texte révisé de l'article 62, qui porte sur les réserves au Règlement. Les épidémies de SRAS et de grippe aviaire ainsi que la réapparition de la poliomyélite dans un certain nombre de pays montrent combien il importe d'appliquer rigoureusement le Règlement sans entraver la libre circulation des personnes et des biens. La coopération internationale, le renforcement des capacités et le transfert de compétences compteront beaucoup à cet égard. Il faut espérer que le Règlement révisé sera adopté par consensus et appliqué dans les meilleurs délais.

Le Dr TENNAKOON (Sri Lanka) dit qu'il était devenu urgent, depuis l'apparition de nouvelles maladies et la résurgence de maladies anciennes, de réviser le Règlement. Son pays a pris des mesures en prévision d'éventuelles épidémies, mais heureusement il n'y en a pas eu jusqu'à présent. Un point focal a été désigné pour l'application du Règlement révisé ; le responsable désigné a participé aux

négociations au niveau régional et dans le groupe de travail intergouvernemental. Il existe déjà un mécanisme de surveillance et d'action en cas d'épidémie. Le Gouvernement sri lankais approuve le Règlement révisé. Toutefois, les pays en développement auront besoin d'une assistance en ce qui concerne les ressources humaines, le matériel et la logistique pour répondre aux nouvelles exigences.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite), précisant que son pays a participé pleinement aux négociations régionales et intergouvernementales, appuie le projet de résolution. Son pays accueille de nombreux visiteurs étrangers et est parfaitement conscient qu'il faut éviter la propagation des maladies. Le Règlement révisé répond aux besoins des Etats sans entraver la libre circulation.

M. YANG Xiaokun (Chine) constate avec satisfaction que les négociations entamées il y a près de dix ans pour réviser le Règlement touchent à leur fin. Il loue l'expérience et la sagesse du Président du groupe de travail grâce auxquelles les négociations ont pu aboutir. Le texte révisé est le fruit des efforts concertés des Etats Membres. Son pays a pris une part active et constructive aux négociations. Le groupe de travail a approuvé le texte révisé malgré certaines réserves.

L'application universelle du Règlement est un principe crucial auquel son pays adhère pleinement. Le Règlement est un instrument juridique international important et il incombe aux Etats souverains de l'appliquer.

L'Assemblée de la Santé devrait adopter le Règlement révisé à sa présente session, franchissant ainsi la première étape vers son application pleine et entière. Le projet de résolution n'ayant été distribué qu'hier, sa délégation n'a pas fini de l'étudier et souhaiterait participer à un échange de vues à son sujet. M. Yang Xiaokun tient à souligner deux questions de principe. Premièrement, le projet de résolution devrait insister sur le fait que l'adoption du Règlement révisé est le dernier stade du processus de révision et la première étape de son application par les pays. Deuxièmement, les points encore controversés ne doivent pas être abordés dans le projet de résolution : il ne faut surtout pas rouvrir les négociations.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) appuie avec force le projet de Règlement révisé. Son Gouvernement est favorable à son adoption par l'Assemblée de la Santé ; M. Hohman indiquera toutefois les derniers points qui le préoccupent. En attendant, il participera à toute discussion informelle sur le projet de résolution.

Le Dr AL KHARABSEH (Jordanie) appuie lui aussi avec force le texte révisé. Un pourcentage fixe du budget ordinaire de l'OMS devrait être consacré à la formation et au renforcement des capacités dans le domaine de la surveillance épidémiologique et de la surveillance en laboratoire, puisque l'application du Règlement révisé nécessitera bien plus de personnel qualifié qu'il n'en existe actuellement dans la plupart des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) indique que, malgré son isolement géographique apparent, son pays a subi les conséquences socio-économiques de l'épidémie de SRAS et ses répercussions sur le système de santé. La Nouvelle-Zélande a participé pleinement aux négociations engagées pour réviser le Règlement et soutient sans réserve le texte révisé.

Mme HOMANOVSKA (Ukraine) fait savoir que son pays, qui a participé à tous les stades du processus de révision, approuve le projet définitif. Le Règlement est un important outil de coordination pour empêcher la propagation des maladies les plus dangereuses. On est parvenu à un consensus grâce à la volonté politique et à la souplesse dont ont fait preuve les Etats Membres et au travail remarquable du Président.

Le Dr PREECHA PREMPREE (Thaïlande) félicite le Directeur général et le groupe de travail d'avoir mené à bonne fin la révision du Règlement. Il reste encore beaucoup à faire cependant avant que le Règlement puisse entrer en vigueur. Il demande au Directeur général et aux Directeurs

régionaux de fournir des ressources pour renforcer les capacités de surveillance des maladies, d'enquête et d'intervention rapide, en particulier dans les Etats qui ont peu de moyens. Le renforcement des capacités est une priorité du Ministère de la Santé publique de son pays. Le Gouvernement thaïlandais collaborera avec l'OMS aux niveaux régional et national pour mettre en place l'infrastructure nécessaire à l'application du Règlement. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr KONTOROVSKY (Nicaragua) est d'avis de conserver le texte d'origine du paragraphe 3 de l'article 3 du projet de résolution. Le changement proposé laisserait trop de latitude à l'Assemblée de la Santé, qui ne se réunit qu'une fois par an : cela reviendrait à laisser chaque Etat Membre décider et il serait impossible alors de mettre en pratique le principe d'universalité.

Le Dr ACHARYA (Népal) fait savoir que son pays a organisé un atelier national et a participé aux négociations régionales et intergouvernementales. Le Népal est résolu à appliquer le Règlement révisé. Mais, pour ce faire, les pays, notamment ceux qui, comme le Népal, ont des frontières ouvertes avec leurs voisins, auront besoin d'un système de soins de santé solide et efficace et d'un mécanisme de surveillance systématique. Il appuie le projet de résolution.

Mme NADAKUITAVUKI (Fidji) salue les efforts faits par tous, individus, organisations et Etats Membres, pour établir le projet de Règlement révisé. Son pays a participé aux négociations aux niveaux régional et international. Le Règlement est le principal cadre au niveau mondial pour empêcher la propagation internationale des maladies. Les Etats Membres doivent coopérer et développer leur potentiel pour l'appliquer au plus vite ; l'assistance technique de l'OMS sera cruciale à cet égard. Elle soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Dr MOHAMMAD (Oman) pense que de nombreux pays, en particulier ceux de la Région de la Méditerranée orientale, auront besoin d'un appui technique pour appliquer le Règlement révisé. Des crédits devraient être prévus à cet effet dans le budget ordinaire de l'OMS.

L'OMS doit coopérer avec les organisations internationales qui, compte tenu de leur domaine de compétences, seront concernées par des maladies comme le SRAS. Une épidémie sera préjudiciable aux organes qui s'occupent du commerce, du tourisme ou des transports. Il serait utile de créer un fonds international, éventuellement financé par une taxe modique sur les voyages aériens, pour aider à appliquer le Règlement et financer la formation des ressources humaines. Il appuie le projet de résolution.

M. SHEIKH (Pakistan) considère que le texte révisé du Règlement sur lequel s'est entendu le groupe de travail est un savant équilibre qu'il ne faudra pas compromettre quand le projet sera soumis à l'Assemblée de la Santé pour adoption. Il engage tous les Etats Membres à faciliter le processus d'adoption.

La santé est un droit fondamental, mais la capacité à améliorer l'état de santé de la population varie d'un Etat à l'autre. L'OMS doit concourir dans toute la mesure possible au renforcement des capacités afin de faciliter la mise en oeuvre du Règlement.

Le Dr M'BENGUE (Côte d'Ivoire) dit que, au cours du processus de révision, son pays a fait part de ses préoccupations en ce qui concerne notamment les définitions, les mécanismes et l'applicabilité du Règlement. Certaines de ses suggestions ont été prises en compte, notamment celles de faire figurer les points d'entrée et de départ utilisés par les trains et les véhicules routiers et d'insister sur la mobilisation de ressources pour les pays en développement. Son Gouvernement avait aussi demandé qu'il soit question du respect des droits de l'homme au début du texte révisé, demande qui a été partiellement entendue. Les pays africains avaient toutefois soulevé un point qui n'est pas encore réglé, à savoir l'équilibre à respecter entre le mandat de l'OMS et la souveraineté nationale. Certains Etats avaient des réticences à l'égard des procédures prévues à l'article 62 du Règlement



révisé pour émettre une objection ou une réserve, y compris les délais prévus pour formuler une réserve et le nombre d'Etats qui doivent donner leur accord pour que la réserve soit acceptée.

M. WANGCHUK (Bhoutan) approuve le texte révisé du Règlement et félicite le Secrétariat et le groupe de travail de la tâche qu'ils ont accomplie. Le Règlement révisé aura une incidence considérable sur la surveillance des maladies mais son application exigera des ressources suffisantes. Il sera important que l'OMS veille au bon déroulement du processus.

M. RECINOS TREJO (El Salvador) considère le texte révisé comme un délicat compromis que son Gouvernement approuve. Le Règlement est crucial pour réagir immédiatement aux urgences internationales de santé publique, mais, pour être pleinement appliqué, il doit être universellement applicable et tous les Etats doivent être partie prenante. Il salue le dévouement et l'excellent travail du Président du groupe de travail, du Directeur général et de ses collaborateurs.

M. ABID (Iraq) dit que le Règlement sanitaire international est crucial pour contribuer à préserver la santé de la population. Son Gouvernement approuve donc sans réserve le texte révisé. L'Iraq a pour particularité d'abriter des lieux saints dans plusieurs villes, où se rendent chaque année des milliers d'Iraqiens et d'étrangers. Ces deux dernières années, les autorités iraqiennes compétentes ont découvert que des pèlerins avaient importé de nombreuses marchandises, parmi lesquelles des aliments impropres à la consommation. Un groupe de travail a été chargé d'élaborer les mécanismes requis par le Règlement sanitaire international, mais l'Iraq aura besoin d'un appui technique pour qu'ils soient correctement mis en oeuvre. Il appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Dr BETHEL (Bahamas), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, approuve lui aussi le Règlement sanitaire international révisé. En tant que petits Etats insulaires en développement dont l'économie dépend en grande partie du tourisme, les Etats de la Communauté des Caraïbes se félicitent que le renforcement du Règlement permette de mieux maîtriser et endiguer les maladies transmissibles. Ils s'appliqueront à observer toutes les dispositions du Règlement, mais plusieurs Etats insulaires en développement auront besoin de l'appui technique de l'OMS. Il est favorable à l'adoption du projet de résolution et espère que le Règlement révisé sera appliqué au plus vite.

M. STARODUBOV (Fédération de Russie) loue le travail accompli par l'OMS pour réviser le Règlement sanitaire international. Beaucoup d'efforts ont été faits pour s'entendre sur les principes devant guider la révision et on est parvenu à un consensus sur les questions difficiles. Cette base solide augure bien de l'application du Règlement révisé, qui offre une meilleure protection sanitaire sans toutefois trop entraver la libre circulation des personnes et des biens. Il faut cependant accélérer la cadence dans les pays pour renforcer les systèmes de surveillance nationaux et les mettre en conformité avec le Règlement révisé. Si les différents systèmes de surveillance et sources d'informations ne sont pas coordonnés, aucune action sûre, harmonieuse et efficace ne pourra être entreprise en application du nouveau Règlement. Il approuve le Règlement révisé et le projet de résolution.

Le Dr MBAIONG MALLOUM (Tchad) est très satisfait de l'issue des négociations sur le Règlement sanitaire international et rend hommage au Président du groupe de travail intergouvernemental. Le Règlement révisé est une arme précieuse contre la propagation des maladies ; il est complet, bien conçu et a recueilli les suffrages de la plupart des membres du groupe de travail. Par conséquent, le Tchad espère vivement qu'il sera adopté à la présente session de l'Assemblée de la Santé.

Mme VALLE (Mexique) se félicite de l'excellent travail fait par le Président du groupe de travail intergouvernemental, le Secrétariat et tous les participants qui ont fait preuve d'une grande

souplesse au cours des négociations. Fondamentalement, le Mexique approuve le libellé du projet de résolution, mais il considère qu'il pourrait être nécessaire de créer un groupe de rédaction auquel elle serait heureuse de participer dans un esprit constructif, sachant à quel point il serait souhaitable de parvenir à s'entendre le plus rapidement possible sur un texte final pour que le Règlement révisé puisse être adopté au cours de la présente session de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr ESTÉVEZ TORRES (Cuba), saluant la patience et le travail acharné du Président du groupe de travail, note que les problèmes de santé constituent une priorité absolue à Cuba, dont les réalisations dans le domaine de la santé sont préservées jalousement et ont été saluées par la communauté internationale. Ces réalisations se heurtent cependant à de sérieux obstacles liés à la pénurie de médicaments et de matériels médicaux et diagnostiques consécutive au blocus économique et financier que les Etats-Unis d'Amérique imposent unilatéralement à Cuba en violation du droit international. Cuba a pris une part active aux négociations sur le Règlement sanitaire international et a tenté de faire en sorte que le texte finalement élaboré reflète son expérience dans le domaine de la santé publique. Malheureusement, il n'a pas été suffisamment tenu compte des problèmes que lui pose le manque d'accès aux médicaments et aux matériels médicaux et diagnostiques, source de préoccupation pour tous les pays en développement. Il a noté que la version révisée du Règlement sanitaire international recueillait un très large soutien mais espère que les délégations auront la possibilité d'examiner le projet de résolution devant aboutir à l'adoption du Règlement révisé pour parvenir au consensus nécessaire. Il est prêt à continuer de travailler dans le cadre que le Président jugera bon de fixer.

Le Dr LEVENTHAL (Israël) fait observer que les professionnels de la santé se sont demandé pendant des années pourquoi le Règlement sanitaire international de 1969 était encore appliqué. Ceux qui ont pris part aux travaux du groupe de travail intergouvernemental savent pourquoi. Israël est convaincu que la nouvelle version du Règlement restera elle aussi en vigueur pendant des décennies. L'aboutissement du processus de négociations est un succès remarquable à mettre au crédit du Président du groupe de travail et de son équipe, du Directeur général et de ses collaborateurs et de l'ensemble des Etats Membres. Insistant pour que l'enthousiasme et un esprit de coopération président à la mise en oeuvre du Règlement, il demande que le projet de résolution soit adopté.

Le Dr AZMI bin ABDUL RAHIM (Malaisie) fait observer que les événements catastrophiques récents ont montré à quel point il était nécessaire de réviser le Règlement sanitaire international pour l'adapter aux conditions actuelles. La version révisée qu'il est proposé d'adopter répondra aux besoins de tous les Etats Membres. L'instrument de décision reproduit à l'annexe 2 du Règlement offrira un excellent moyen d'atteindre l'objectif de la sécurité sanitaire mondiale. Même si le Règlement révisé va aider les Etats Membres à détecter, confirmer et combattre les urgences de santé publique de portée internationale, certains pays, dont la Malaisie, ont besoin d'améliorer leurs dispositifs de surveillance et de riposte à tous les échelons du système de santé. Son Gouvernement, qui a entrepris de revoir sa législation nationale et en particulier les textes qui régissent l'importation et l'exportation de tissus humains, de restes humains et d'organismes pathogènes, constate avec satisfaction que le Règlement révisé traite de ces questions. La Malaisie attend les principes directeurs qu'adoptera peut-être l'OMS pour aider les pays à appliquer le Règlement révisé.

Le Dr YOOSUF (Maldives) se félicite des efforts faits par l'OMS pour réviser le Règlement sanitaire actuel, devenu notoirement inadapté face aux nouvelles menaces pour la santé mondiale et se dit satisfait des résultats obtenus. Comme il serait souhaitable que le Règlement révisé soit adopté avant que ne se déclare une nouvelle pandémie, il faudrait éviter de reprendre l'examen de questions auquel a déjà été apportée une solution après de multiples débats.

M. NASSER (Egypte) fait remarquer que son pays a apporté une contribution positive au processus de révision et de négociations à toutes les étapes des travaux du groupe de travail

intergouvernemental, convaincu de l'importance que revêt le Règlement sanitaire international pour la protection du monde entier contre les épidémies. Il appuie le projet de résolution et invite le Secrétariat à apporter aux pays le soutien dont ils auront besoin pour assurer la mise en oeuvre du Règlement révisé, notamment en matière de formation du personnel et de soutien aux services de laboratoire.

Le Dr BRIEM (Islande) rappelant que l'Islande a participé aux travaux du groupe de travail intergouvernemental, exprime l'espoir que le Règlement sanitaire international révisé sera adopté à la présente session de l'Assemblée de la Santé. Il rend hommage au Président du groupe de travail ainsi qu'au Directeur général et à ses collaborateurs qui ont mené à bonne fin le travail de révision du Règlement.

Le Dr OTTO (Palaos) tient lui aussi à saluer le travail difficile qu'ont fourni le Président du groupe de travail intergouvernemental et tous ceux qui ont pris part aux négociations. Le Règlement sanitaire international revêt une importance extrême pour son pays du fait, notamment de son expérience du SRAS et de la menace d'une épidémie de grippe aviaire. Il est aussi capital que les Palaos renforcent leurs capacités de surveillance et de riposte rapide. Appelant en particulier l'attention sur le paragraphe 4.6) du projet de résolution, qui concerne l'application universelle du Règlement, le Dr Otto exprime l'espoir que les 23 millions d'habitants de Taïwan ne seront pas laissés de côté.

M. YANG Xiaokun (Chine), présentant une motion d'ordre, s'oppose à ce que l'on soulève une question qui ne concerne en rien le point débattu.

M. ZAPATA (Honduras) félicite le groupe de travail intergouvernemental et exprime son soutien plein et entier au Règlement sanitaire international révisé. Il souhaite ardemment que ce Règlement soit appliqué efficacement, complètement et universellement, car c'est seulement ainsi qu'il bénéficiera à la santé et au bien-être de tous les peuples du monde, et il se prononce pour l'adoption du projet de résolution tel qu'il est présenté.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), prenant la parole, en sa qualité de coordonnateur régional pour la Région européenne, au nom des Etats Membres européens qui ne sont pas encore intervenus, salue la contribution que le Président du groupe de travail intergouvernemental et le Secrétariat, à Genève mais en particulier au Bureau régional à Copenhague, ont apportée au processus de révision.

Dès le début, les Etats Membres de la Région européenne ont pleinement souscrit au processus de révision et à la nécessité d'adopter un nouveau Règlement sanitaire international pour tenir compte des changements intervenus depuis 1969 et renforcer la protection de la santé publique dans le monde. Il ressort de la discussion que le texte dont la version définitive a été mise au point le week-end dernier rallie de nombreux suffrages. En ce qui concerne le projet de résolution, M. Kingham confirme que les Etats Membres de la Région européenne se sont engagés à rédiger, avec leurs collègues, une résolution demandant l'adoption du Règlement sanitaire international révisé tel qu'il est présenté dans le document A58/4.

Le Dr CHITUWO (Zambie) indique que son pays a été associé dès 2001 aux consultations menées en vue du processus de révision et qu'il a notamment été représenté aux réunions que le Bureau régional OMS de l'Afrique et les services du Siège ont organisées à Johannesburg en avril 2004. Avant que le groupe de travail intergouvernemental ne tienne sa première session, en novembre 2004, la Zambie avait recueilli les points de vue faisant plus ou moins l'unanimité dans la Région. Elle a pris part aux travaux du groupe consultatif d'experts qui a présenté un rapport à la deuxième session du groupe de travail, en février 2005. Il est persuadé que, grâce à l'adoption de ce

Règlement révisé et sous la conduite de l'OMS, il sera possible de répondre aux besoins de tous les pays dans le domaine de la santé.

Mme THOMPSON (Commission européenne), s'exprimant au nom de la Communauté européenne et appuyant la déclaration faite par le délégué du Luxembourg, rappelle que la Communauté européenne a négocié afin de parvenir rapidement à l'établissement d'un recueil solide de règles internationales aptes à mieux protéger le monde contre les risques de maladies et la version révisée répond à cette attente. L'enjeu sera maintenant d'en assurer la mise en oeuvre. Plusieurs des dispositions du Règlement révisé relèvent de la compétence de la Communauté européenne et ne pourront être correctement mises en pratique sans que soient appliquées les règles et les pratiques décisionnelles de la Communauté. Il faudra pour cela passer au crible la législation de l'Union afin de déterminer les moyens de l'améliorer pour assurer la protection la plus efficace possible, conformément aux dispositions du nouveau Règlement. L'Union européenne a clairement démontré sa volonté commune d'assurer des activités de prévention et de protection contre la propagation des maladies en créant à Stockholm le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, qui agira en liaison avec le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et jouera un rôle important dans l'application et la mise en oeuvre effective du Règlement sanitaire international révisé.

Le Dr AL-KHAYAT (Emirats arabes unis), après avoir remercié le Directeur général et ses collaborateurs ainsi que tous ceux qui ont participé sans ménager leur peine aux travaux du groupe de travail intergouvernemental, dit que le débat est clos et que le moment est venu d'agir sans plus attendre. Les Emirats arabes unis appuient donc la version révisée du Règlement sanitaire international.

Le PRESIDENT annonce qu'un groupe de rédaction à composition non limitée étudiera le libellé du projet de résolution contenue dans le document A58/4 ; il propose que ce groupe soit placé sous la présidence de M. Silberschmidt, de Suisse.

### **Il en ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la septième séance, section 2.)

**Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe :** Point 13.3 de l'ordre du jour (résolution EB115.R11 ; documents A58/6 et A58/6 Add.1)

Le Dr YIN Li (Chine, représentant du Conseil exécutif), présentant ce point de l'ordre du jour, fait observer qu'alors qu'un Etat Membre sur cinq est victime de crises humanitaires et de catastrophes, ce sujet revêt une importance particulière, non seulement pour les individus directement touchés mais aussi pour la population du monde entier. A sa cent quinzième session, en janvier 2005, le Conseil exécutif a souligné combien il était important que les systèmes de santé publique et les services sanitaires essentiels soient rapidement remis en état après une catastrophe, que les Etats Membres investissent davantage dans la gestion des risques, la réduction de la vulnérabilité et la préparation aux situations d'urgence et que la communauté participe à ces efforts. Les membres du Conseil ont fait valoir qu'il était essentiel que les interventions assurées en temps de crise soient axées sur les besoins de tous les individus, en particulier les femmes et les enfants, les personnes âgées, les personnes souffrant de traumatismes psychologiques et physiques et les personnes atteintes de maladies ou exposées à des maladies. Les Etats Membres ont été invités à fournir des efforts accrus pour protéger l'ensemble des personnels de santé participant à des actions de secours humanitaire.

Le Conseil a prié le Directeur général d'intensifier l'appui de l'OMS aux communautés touchées par des catastrophes, en particulier dans les domaines de la surveillance des maladies transmissibles, de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, de la santé mentale, de la prise en charge

des corps et de la médecine légale, et de renforcer son action auprès des médias pour mettre fin aux rumeurs, de mieux coordonner ses interventions avec celles des organes nationaux et internationaux et de fournir une aide pour la remise en état des services de santé dans les communautés touchées. Il a également prié le Directeur général de revoir, le cas échéant, le domaine d'activité relatif à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours, d'assurer les ressources nécessaires et d'établir des voies hiérarchiques claires pour faciliter des interventions rapides et efficaces aux premiers stades d'une situation d'urgence. Il a été demandé à l'OMS de veiller à ce que des évaluations fiables soient faites pendant et après les catastrophes et les crises, à ce que l'action de santé soit coordonnée en fonction de ces évaluations, à ce que soient recensées et corrigées les lacunes des opérations de secours, à ce que soient renforcées les capacités locales et nationales et à ce que soient améliorés les services de logistique existant au sein de l'Organisation. L'OMS a également été priée de poursuivre sa coopération active avec la stratégie internationale de prévention des catastrophes, garantissant ainsi que les préoccupations liées à la santé retiennent l'attention voulue lors de la mise en oeuvre des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes tenue à Kobe, Hyogo (Japon), du 18 au 22 janvier 2005.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) fait observer que les actions sanitaires de l'OMS en cas de crise mobilisent un large éventail de compétences dans toute l'Organisation. Les débats qui ont eu lieu à la Conférence sur les aspects sanitaires de la catastrophe du tsunami en Asie (Phuket, Thaïlande, 4 au 6 mai 2005) ont donc porté sur tout un éventail de questions relatives aux interventions sanitaires. Les participants sont en particulier parvenus à la conclusion que les gouvernements devaient mieux se préparer à d'éventuelles catastrophes majeures en se dotant de moyens plus efficaces d'intégrer les questions de santé à la gestion des risques et en réduisant la vulnérabilité des populations. Cela suppose que les politiques et la législation soient actualisées, que les autorités responsables de la gestion des catastrophes soient restructurées et que le financement nécessaire soit assuré. Par ailleurs, immédiatement après une catastrophe, il est absolument nécessaire de pouvoir évaluer rapidement les besoins sanitaires et gérer efficacement un programme de santé.

Il faut que de telles évaluations des besoins donnent des informations sur la population exprimées en taux et non en chiffres absolus. L'OMS a été priée d'encourager l'harmonisation des données relatives aux besoins et aux mesures prises pour y répondre afin de pouvoir suivre les populations vulnérables et faciliter la planification et la gestion des interventions. Elle a également été priée de participer à l'établissement de recommandations à jour et factuelles et de soutenir les réseaux professionnels dans les domaines liés aux traumatismes psychologiques et aux pathologies mentales, aux menaces pour la nutrition, à la santé des femmes, à la santé et à la nutrition des enfants et à la prise en charge des corps, recours à la médecine légale compris. La gestion et la coordination des opérations de secours faisant intervenir de nombreux groupes extérieurs demandent aussi à être améliorées par des mesures plus concrètes consistant notamment à aider les autorités nationales au sujet des aspects sanitaires de cette coordination et allant même jusqu'à diriger et contrôler les apports extérieurs de ressources humaines, d'équipements et de fournitures. Des systèmes efficaces d'approvisionnement et de logistique sont également essentiels, l'existence de moyens logistiques permettant d'éviter que l'aide extérieure ne représente un fardeau supplémentaire pour les communautés touchées. L'OMS a été invitée à collaborer avec d'autres organismes pour fournir un soutien logistique supplémentaire ; il a été suggéré de coopérer avec les organisations non gouvernementales de manière à optimiser la contribution de ces organisations aux prestations sanitaires assurées dans le cadre des secours d'urgence par une meilleure coordination et des actions plus efficaces.

Les participants à la Conférence se sont également déclarés favorables à un soutien financier public et privé pour la préparation aux situations d'urgence et les opérations de secours, précisant que les fonds ainsi mobilisés devaient être fournis en temps utile, de façon soutenue et suffisamment adaptée et souple pour répondre à des besoins nouveaux. La participation de groupes du secteur privé et de l'armée aux opérations de secours organisées après le tsunami de décembre 2004 a dans l'ensemble été jugée positive, mais certains ont cependant émis des doutes quant à la capacité de ces groupes d'agir dans le respect des principes de l'aide humanitaire. Des études approfondies devraient

par conséquent être faites pour démêler les motivations et les craintes des parties en cause et veiller à ce que les agents des organismes de secours, les forces militaires et les groupes du secteur privé coopèrent efficacement. Dans la mesure où les journalistes exercent une influence décisive sur la forme donnée aux activités de préparation aux catastrophes et de secours, les participants à la Conférence ont demandé à l'OMS d'établir des relations plus approfondies avec les grands médias pour mieux faire connaître les questions de santé et faire taire les rumeurs qui gênent les opérations de secours. Ils ont demandé une transparence absolue à tous les organismes d'aide humanitaire au sujet des normes d'exécution, des rapports sur les actions menées et de l'étendue de la participation demandée aux communautés touchées, et ils sont convenus de la nécessité de développer les capacités de réduction de la vulnérabilité et de préparation aux situations d'urgence. L'OMS s'est engagée pour sa part à donner suite à ces demandes et à faire rapport aux participants, dans les six mois, sur les progrès des mesures prises pour que les leçons de l'expérience passée soient mises à profit pour la préparation aux urgences du futur.

**La séance est levée à 12 h 20.**

## DEUXIEME SEANCE

Mardi 17 mai 2005, 15 h 10

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES :** Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe :** Point 13.3 de l'ordre du jour (résolution EB115.R11 ; documents A58/6 et A58/6 Add.1) (suite)

Le Dr AGARWAL (Inde), accueillant avec satisfaction ce projet de résolution très complet, déclare qu'en Inde, plusieurs institutions ont les moyens et les compétences pour apporter une aide rapide en cas de crise ou de catastrophe. Le tsunami de décembre 2004 a balayé les côtes de cinq Etats indiens et des territoires insulaires, faisant un grand nombre de victimes et énormément de dégâts. Forte de son expérience de la mise en place de mécanismes pour faire face aux aspects sanitaires de telles crises, l'Inde a pu dispenser rapidement des soins de santé à ses voisins frappés par la catastrophe et à sa propre population.

De telles catastrophes provoquent toute une série de problèmes psychiatriques ; le fait d'en connaître les conséquences faciliterait l'intervention précoce et favoriserait ainsi une récupération rapide. Il suggère donc que les paragraphes 2 et 3 du projet de résolution contiennent une référence distincte aux « besoins en santé mentale et à l'établissement de modèles de prestation de services dans les populations touchées par les catastrophes ».

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine) dit que son pays sait bien quelles peuvent être les conséquences des catastrophes naturelles. Elle soutient donc le projet de résolution. Elle approuve les conclusions de la Conférence de l'OMS sur les aspects sanitaires de la catastrophe provoquée par le tsunami en Asie (Phuket, Thaïlande, 4 au 6 mai 2005), qui a mis l'accent sur le développement et la coordination des capacités nationales, éducation comprise. Les catastrophes naturelles échappant en grande partie, par définition, au contrôle de l'homme, la préparation internationale est importante pour permettre aux autorités nationales de prévenir les flambées de maladies et de rétablir les services de santé dans les zones touchées – en 2004, les catastrophes naturelles qui ont frappé son pays ont gravement endommagé plusieurs dispensaires ruraux. Elle se félicite du renforcement de l'engagement de l'OMS à aider les pays et les professionnels de la santé à tirer parti de l'expérience acquise face à de telles catastrophes et remercie l'OMS des efforts qu'elle a déployés pendant la crise en Asie.

Le Professeur BELATECHE (Algérie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, estime que la riposte du secteur de la santé en cas de catastrophe est un aspect nouveau et important de la santé publique. La Région africaine s'efforce d'améliorer la santé et le bien-être socio-économique de ses populations, mais elle doit chaque jour faire face à la catastrophe avec la mortalité infantile (y compris les décès par paludisme), le VIH/SIDA (dont 2,3 millions de personnes meurent chaque année) et les épidémies telles que celle de fièvre hémorragique de Marburg en Angola. Les maladies les plus courantes font davantage de victimes au cours d'une catastrophe et les membres des groupes les plus vulnérables souffrent plus et risquent davantage la mort. Chaque année, l'une des Régions de l'OMS est confrontée à une catastrophe humanitaire qui désorganise les systèmes de santé locaux. Des centaines de millions de personnes sont exposées et plus de 40 millions vivent dans des situations de crise. Une réponse rapide, efficace et bien planifiée, prévoyant des mécanismes

de remise en état pour les services de santé, est donc essentielle pour réduire les pertes de vie évitables et maîtriser les épidémies et les incapacités.

Elle se félicite de la création du Département Interventions sanitaires en cas de crise et remercie l'OMS de sa réaction rapide lors des crises récentes ainsi que de la création en 2003 d'un programme triennal destiné à renforcer son action en cas de catastrophe. Elle remercie la communauté internationale de son soutien remarquable. Les Etats Membres de la Région africaine constatent avec préoccupation la diminution des crédits du budget ordinaire alloués à ce domaine d'activité, et prie le Directeur général d'intensifier l'appui aux Etats touchés par le tsunami, de continuer à fournir un appui technique et des conseils, d'encourager la coopération entre l'OMS et d'autres organisations internationales, organismes donateurs et gouvernements nationaux, de mobiliser un financement international afin de développer les capacités opérationnelles, d'accroître l'appui matériel de l'OMS afin de traiter les aspects sanitaires de la préparation aux catastrophes et la situation de catastrophe permanente en Afrique, et d'allouer davantage de ressources du budget ordinaire aux interventions sanitaires pour permettre à l'OMS de contribuer efficacement à la préparation aux situations de crise et à l'action.

Elle insiste sur le fait qu'il est urgent de mettre en place des partenariats afin de fournir un appui financier soutenu aux systèmes de santé en général et aux pays africains en particulier pour les aider à améliorer leurs plans de préparation aux catastrophes.

M. JAYATHILAKE (Sri Lanka), rappelant que Sri Lanka a été l'un des pays les plus touchés par le tsunami, remercie l'OMS de son aide rapide et tous les pays qui ont prêté leur concours. La catastrophe a fait près de 38 000 morts et déplacé un million de personnes ; 89 centres de santé, y compris des hôpitaux importants, ont été sérieusement endommagés. Malgré ses ressources limitées, Sri Lanka a fait face à la situation en déployant des milliers d'agents de santé venus d'autres régions et, avec l'aide de l'OMS et d'autres organismes, en mettant en place des services de santé temporaires et un programme de soins de santé préventifs. Des équipes d'épidémiologistes ont été envoyées dans les zones touchées dès le lendemain de la catastrophe. Actuellement, des programmes de soins de santé et de relèvement à long terme sont dispensés avec l'aide de plusieurs pays, des organismes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales. Il soutient avec vigueur le projet de résolution.

Le Dr RAHMAN KHAN (Bangladesh) accueille avec satisfaction le rapport important et opportun. De nombreux pays, dont le Bangladesh, ont été confrontés à de tels événements, et il convient de mettre davantage l'accent sur les moyens d'en réduire les coûts humains, économiques et environnementaux. Il souligne l'importance qu'il y a à renforcer la préparation aux catastrophes au niveau national ainsi que la gestion des risques, y compris en établissant des plans d'action nationaux ; l'importance de la surveillance des maladies et d'un réseau mondial d'alerte et d'action pour les maladies émergentes ; l'importance d'un système d'alerte précoce et d'une communication rapide à travers les médias ; l'importance de la coopération et de l'aide internationales, en particulier pour les pays en développement ; et l'importance enfin de la coopération nationale et interinstitutions en matière de gestion des catastrophes.

Le Dr MATSUTANI (Japon) estime que l'intervention d'urgence en cas de catastrophe est essentielle pour prévenir l'aggravation des dégâts, et notamment des épidémies. Le Japon se félicite des efforts et de la coopération des pays touchés, des organisations internationales et des organisations non gouvernementales après le séisme et le tsunami. La coordination est importante pour éviter les doubles emplois et il remercie l'OMS de ses efforts dans ce domaine. Le Japon a envoyé des équipes de secours aux pays touchés et soutient également les efforts de relèvement et de reconstruction. Il a offert US \$6 millions aux activités de secours d'urgence de l'OMS. Les participants à la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18 au 22 janvier 2005) ont adopté la Déclaration et le cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 définissant les priorités pour la prochaine décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles. Le Japon renforcera ses efforts en



matière de prévention des catastrophes et continuera à coopérer aux interventions d'urgence, par exemple par la mise en place d'un système mondial d'alerte au tsunami dans l'océan Indien.

Le Dr PECORARO (Italie) indique que son Gouvernement a réagi immédiatement et efficacement après le tsunami en Asie du Sud-Est, collaborant avec des organisations humanitaires présentes dans le pays, des autorités nationales et locales et des organisations non gouvernementales. Elle salue l'esprit de collaboration qui a animé toutes les parties prenantes, notamment au sein de l'Union européenne. Au cours de la première phase, son Gouvernement a créé un centre de situation chargé d'appuyer la cellule de crise qui avait été mise en place 12 heures après l'alerte, travaillant en étroite collaboration avec les autorités nationales pour répondre aux besoins immédiats de la population locale et des touristes étrangers. L'Italie a rapatrié rapidement plus de 4000 personnes. Des personnels de santé spécialisés, dotés de kits de traitement médical et de matériel de soutien technique, ont été mobilisés le 27 décembre dans toutes les régions d'Italie. Ce personnel a travaillé dans les hôpitaux sur place, collaborant étroitement avec le personnel local. Des postes médicaux avancés et des hôpitaux de campagne ont été installés dans diverses régions, dont certains continueront de fonctionner jusqu'à la reconstruction des hôpitaux. Dans la phase d'urgence, les hôpitaux de campagne ont assuré les services essentiels, notamment aux segments les plus vulnérables de la population. La priorité a également été donnée à l'approvisionnement en eau saine, à l'assainissement, à l'alimentation et au logement. Au cours de la seconde phase, le Gouvernement italien a travaillé avec plusieurs organisations afin de rétablir les systèmes de santé et d'aider la population à retrouver une vie normale. Des projets axés sur le logement, les écoles, les hôpitaux, la pêche, l'eau et l'assainissement ont été mis en oeuvre.

Le Dr Pecoraro réaffirme l'intérêt de l'Italie pour l'action en situation d'urgence. Tous les Etats Membres ont besoin d'aide pour améliorer leur état de préparation, leurs interventions en cas de situation d'urgence ainsi que leur capacité de relèvement après une catastrophe, et pour réagir comme l'a fait l'Italie après cet événement.

M. ABID (Iraq) remercie l'OMS de sa documentation très complète et du soutien sans faille qu'elle apporte aux activités sanitaires en Iraq depuis les premiers jours de l'action militaire récente. Elle a aidé l'Iraq à faire face aux situations d'urgence et à reconstruire. Les rapports font certes référence aux catastrophes naturelles, mais l'Iraq doit faire face à la violence et au terrorisme qui sont dus à l'homme et qui non seulement entraînent de nombreux décès, mais se traduisent aussi par la perte de moyens humains et financiers. Un centre d'opérations a été créé pour répondre rapidement aux situations d'urgence, mais le plus grand défi est l'absence d'un système d'alerte rapide. Il est difficile de protéger les écoles et les marchés. L'Iraq s'est efforcé de remettre en état son système de santé et a élaboré des stratégies et des priorités à long terme afin d'améliorer les services de santé ; il manque cependant de moyens pour mettre sur pied un système efficace et a donc besoin de l'aide de l'OMS. En raison de la situation actuelle, l'Organisation des Nations Unies n'envoie plus d'experts dans son pays. Il faut espérer que des exceptions seront faites, en particulier dans les situations d'urgence. L'orateur soutient le projet de résolution.

Le Dr MUHARSO (Indonésie) rappelle que la violence sans précédent de la catastrophe due au séisme et au tsunami a entraîné des souffrances indicibles dans au moins 12 pays, mais que la zone la plus touchée a été la province d'Aceh, dans son pays, où plus de 128 000 personnes ont perdu la vie, plus de 93 000 sont encore portées disparues et jusqu'à 600 000 ont été déplacées sur le territoire. Le Gouvernement et le peuple indonésiens sont sincèrement reconnaissants à l'OMS, à l'UNICEF et aux autres organismes des Nations Unies, aux organisations non gouvernementales et aux gouvernements de quelque 37 pays, dont l'aide a contribué à soulager la souffrance de la population d'Aceh. Malgré les difficultés rencontrées sur le terrain, l'action de secours concertée est parvenue à limiter les épidémies de choléra, de paludisme et de dengue. Son Gouvernement espère qu'il sera possible très bientôt d'améliorer la préparation nationale aux catastrophes et de publier des manuels sur la gestion des catastrophes qui seront utilisés largement aux niveaux national, des provinces et des districts.

Le PRESIDENT exprime à la population indonésienne et à celle des autres régions touchées par le raz-de-marée la sympathie de toutes les personnes présentes.

Le Dr THAKSAPHON THAMARANGSI (Thaïlande) exprime la profonde gratitude de son Gouvernement à la communauté internationale qui a contribué au relèvement de son pays après le tsunami. Son Gouvernement a également apprécié l'aide de l'OMS, en particulier un soutien technique essentiel. Le principal enseignement à tirer est que la coopération et la préparation au niveau international sont essentielles pour faire face à une situation, un pays frappé par une telle catastrophe ayant peu de chances de pouvoir le faire seul.

Les programmes de préparation aux catastrophes devraient se voir accorder le même rang de priorité que les interventions elles-mêmes et la remise en état. Bien qu'il soit extrêmement difficile de se préparer à une catastrophe, la mise en place d'un système efficace d'alerte rapide devrait aider à réduire au maximum les pertes en vies humaines. Les mesures prises pour atténuer les effets sanitaires des catastrophes doivent être prises indépendamment de considérations d'appartenance ethnique, religieuse, sexuelle ou politique.

Les catastrophes naturelles ne sont qu'un type de crise ; tout programme de préparation, d'intervention et de remise en état doit couvrir toute la gamme des éventualités. Il propose donc d'ajouter au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R11 un nouvel alinéa au paragraphe 2, qui se lirait comme suit : « à renforcer les systèmes d'information et à améliorer la collaboration avec les médias, nationaux et internationaux, afin d'assurer la disponibilité d'informations exactes et actualisées ». Il faudrait insérer un membre de phrase au paragraphe 3.8) qui se lirait alors « de mobiliser les compétences sanitaires de l'OMS, d'accroître son aptitude à trouver les compétences extérieures, de faciliter une collaboration efficace entre les compétences locales et internationales, d'assurer la mise à jour et la pertinence des connaissances et du savoir-faire, et de faire en sorte que ... ». Toujours au paragraphe 3, un nouvel alinéa devrait être ajouté pour prier le Directeur général « d'élaborer des modèles et des lignes directrices pour l'évaluation rapide des incidences sanitaires après les crises, afin d'assurer des interventions appropriées, rapides et efficaces pour les communautés affectées ».

M. McKERNAN (Nouvelle-Zélande) dit que son Gouvernement soutient le projet de résolution et encourage les autres Etats Membres à s'engager dans des efforts concertés pour établir des plans de préparation régionaux et mondiaux couvrant tous les types de risque. L'OMS devrait relier ses propres plans d'intervention en cas de catastrophe naturelle avec les plans concernant la lutte contre les pandémies et autres urgences majeures de santé publique, car une grande partie de l'infrastructure de base requise est la même, quelle que soit la catastrophe.

Le Dr YAN Jun (Chine) soutient le projet de résolution, car l'expérience a montré qu'une préparation efficace aux situations d'urgence et l'intervention des autorités sanitaires, alliées à une étroite coopération internationale, permettraient de réduire considérablement non seulement les effets immédiats des catastrophes, mais également le nombre de victimes et les risques pour la santé. A la suite du séisme et du raz-de-marée du 26 décembre 2004, le Gouvernement chinois a également fourni une aide matérielle et envoyé des équipes de secours médical aux pays touchés.

Afin de prévenir les problèmes de santé découlant d'une catastrophe ou d'une crise et de rationaliser la prévention et les secours, il serait bon de mettre sur pied un réseau chargé de recueillir les informations et de rendre compte du nombre des victimes et de toute flambée de maladie. Selon la nature de la catastrophe, il faudrait déterminer les maladies à surveiller et mettre sur pied des points de surveillance. Divers plans d'urgence devraient être formulés, et des stocks de biens et de matériel devraient être tenus en réserve pour les situations d'urgence. Des équipes de secours doivent être constituées et une formation technique assurée. La communication entre les différents secteurs doit être renforcée. Il serait également souhaitable d'éduquer le public sur les risques sanitaires possibles à la suite d'une catastrophe.

Les effets du tsunami ont montré que la préparation nationale et la coopération internationale devaient être renforcées afin de prévenir et de mieux gérer les catastrophes. Il est essentiel par ailleurs

de prévenir la survenue d'urgences internationales de santé publique. L'OMS devrait donc continuer à mobiliser des ressources, à promouvoir la surveillance des épidémies, à mettre en commun l'information et à coordonner les activités pour renforcer son aptitude à faire face à de telles situations d'urgence.

M. DI BARTOLOMEO (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, de la Bulgarie et de la Roumanie, pays en voie d'adhésion, et de la Croatie et de la Turquie, pays candidats à l'adhésion, annonce que la Turquie approuve également la position de l'Union européenne concernant le Règlement sanitaire international. Malgré le nombre élevé de décès et de menaces pour la santé provoqués par le raz-de-marée en Asie du Sud-Est et en Afrique il y a cinq mois, les efforts inlassables des gouvernements des pays concernés, des communautés locales et de la communauté internationale ont évité le déclenchement d'épidémies importantes. Bien que des systèmes d'alerte rapide et d'autres mesures de prévention des maladies aient été mis en place, les communautés touchées sont encore vulnérables en cas de nouveau tsunami. Par ailleurs, l'aide de la communauté internationale est encore nécessaire pour prévenir les maladies dans ces pays, où les systèmes de santé ont été gravement affaiblis.

Les Etats Membres de l'Union européenne ont constaté avec satisfaction l'aptitude de l'OMS à mobiliser des ressources et à prendre des mesures en cas de crise. C'est pourquoi, début janvier 2005, l'Union européenne a confié à l'OMS la coordination de l'aide sanitaire aux pays touchés. En juin, leurs ministres de la santé rencontreront le Directeur général de l'OMS pour faire le point de l'assistance fournie et des besoins restant à couvrir pour la reconstruction des systèmes de santé. L'Union européenne est satisfaite de la qualité de la coopération institutionnelle avec l'OMS. Le moment est venu d'assurer une transition harmonieuse entre l'aide d'urgence et les besoins du relèvement et de la reconstruction dans les zones dévastées. Comme l'OMS, l'Union européenne donne la priorité à la remise en état des systèmes de santé, afin de permettre aux pays concernés de mieux résister à des catastrophes. Il est essentiel par ailleurs d'envisager des moyens de prévenir les catastrophes.

Le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme accroissent la vulnérabilité des personnes aux menaces naturelles dans les pays les plus pauvres. L'effort consenti par les donateurs à la suite du tsunami ne devrait pas conduire à négliger d'autres besoins humanitaires ailleurs dans le monde. C'est pourquoi l'Union européenne continuera à soutenir les activités de l'OMS en matière d'évaluation, de coordination et de prévention.

Le Dr CHITUWO (Zambie) soutient le projet de résolution. L'importance des secours d'urgence offerts aux survivants après la catastrophe provoquée par le tsunami a constitué un exemple touchant de bonne volonté. Une aide rapide et massive est entièrement justifiée dans de telles situations. Il existe néanmoins un risque que la solidarité internationale ne soit épuisée si des catastrophes de cette ampleur frappaient des milliers d'habitants des pays industrialisés, laissant les effets insidieux durables de telles catastrophes sous-estimés.

Les pays pauvres, grâce à une gouvernance rationnelle, doivent utiliser les ressources dont ils disposent pour dispenser des services de façon durable dans les secteurs essentiels pour la protection de la vie humaine, mais leurs ressources intérieures sont insuffisantes pour faire face à des catastrophes majeures. Tout en félicitant l'OMS et la communauté internationale de leur action après la catastrophe provoquée par le tsunami, il lance un appel mondial en faveur d'un accroissement de l'aide afin de répondre aux besoins à long terme créés par les catastrophes moins spectaculaires que constituent le VIH/SIDA ou le paludisme, qui déciment les populations d'Afrique subsaharienne. Rien qu'en Zambie, 50 000 enfants meurent chaque année du paludisme.

Mme NKONYENI (Afrique du Sud) fait observer qu'en plus de déterminer les aides prioritaires pour répondre aux besoins de reconstruction immédiats et à long terme des populations touchées par le tsunami, il est essentiel de faire fond sur les initiatives existantes pour améliorer tous les aspects de la gestion des catastrophes. Les enseignements tirés de l'expérience devraient encourager les pays du globe à s'unir pour veiller à mettre en place de meilleurs systèmes d'alerte rapide, des mesures de

prévention et de réduction des risques et des actions humanitaires. Le Gouvernement et le peuple sud-africains ont donné 40 millions de rands pour aider les pays touchés par le tsunami, dont 50 % étaient réservés aux zones de la côte nord-est de l'Afrique, en particulier en Somalie. L'assistance prévoyait notamment la fourniture de matériels de secours et les services d'une équipe technique sanitaire. L'Afrique du Sud unit ses forces à celles de l'OMS et du Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires humanitaires afin de déterminer les meilleurs moyens d'aider à la reconstruction. De plus, des équipes de médecins légistes ont été envoyées aux Maldives et en Thaïlande pour participer à l'identification des victimes. L'Afrique du Sud a répondu présent à la demande d'assistance bien qu'au moment de la catastrophe, elle ait elle-même connu de graves inondations dans trois provinces.

L'Afrique du Sud reste très attachée à soutenir les initiatives mondiales visant à élaborer des plans assortis de ressources suffisantes pour la préparation aux catastrophes, la réduction des risques et l'action humanitaire aux niveaux national et international. Il faudra mettre en place une approche communautaire de la gestion des risques prévoyant une formation et une autonomisation et donnant la priorité aux communautés à haut risque. Il est important de faire en sorte que toutes les populations touchées aient également accès aux soins de santé essentiels en temps de crise. Avec la mise en oeuvre des interventions proposées, l'Afrique du Sud sera en mesure de réagir de façon rapide et appropriée à n'importe quelle catastrophe.

Elle soutient le projet de résolution.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) précise que des Zimbabwéens ont contribué aux secours aussi bien en espèces qu'en nature. Le monde reste menacé par des catastrophes naturelles ou dues à l'homme, y compris des flambées de maladies transmissibles émergentes et réémergentes, et des mesures s'imposent d'urgence pour lutter contre la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les décès résultant de la sécheresse. Il se félicite de l'appui technique que l'OMS a continué de fournir pour développer les capacités nationales de préparation et de réaction aux situations d'urgence et élaborer des plans appropriés et des interventions intégrées de surveillance des maladies. Le Zimbabwe est en train de passer en revue ses centres de protection civile aux niveaux national, des provinces et des districts et de mettre en place des compétences communautaires pour faire face aux situations d'urgence compte tenu du taux élevé d'attrition du personnel de santé. Il faut continuer à investir dans la formation et le recyclage en matière de gestion des catastrophes et à améliorer la surveillance des maladies. Il propose que le projet de résolution soit amendé pour insister sur l'importance des ressources humaines en santé. A tous les niveaux, les plans de préparation aux situations d'urgence doivent bénéficier de crédits suffisants. Au Zimbabwe, comme dans beaucoup d'autres pays en développement, les établissements de santé chargés de prendre en charge les problèmes de santé provoqués par des agents pathogènes dangereux et hautement infectieux sont insuffisants et des mesures sont prises pour développer les moyens des hôpitaux afin de répondre à ces nouvelles exigences. Ces mesures sont coûteuses et il invite instamment l'OMS à faire appel à ses partenaires pour mobiliser des ressources afin d'aider les pays à développer leurs capacités nationales dans ces domaines.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) demande instamment à l'OMS d'assumer un rôle directeur en aidant les Etats Membres à mieux se préparer à faire face aux crises et à soutenir la remise en état des systèmes de santé qui en sortent affaiblis. Conformément à l'engagement pris par le Directeur général de renforcer l'ensemble des systèmes de santé, élément central d'une bonne gouvernance, d'une économie forte et d'une population en bonne santé, le Secrétariat a fourni une coopération technique dans ce but. L'action des organismes des Nations Unies face aux crises manque parfois d'une coordination efficace en raison d'une délimitation peu claire des responsabilités. L'OMS doit définir clairement son rôle par rapport aux autres organismes du système des Nations Unies, comme l'a montré par exemple son action lors de la catastrophe provoquée par le tsunami, et se concentrer sur les domaines qui tirent le meilleur parti de ses compétences et de ses ressources techniques.

Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr YOOSUF (Maldives) fait observer que la catastrophe liée au tsunami a ouvert les yeux de beaucoup sur la nécessité d'une préparation aux situations d'urgence et d'une intervention pour faire en sorte que les populations touchées, le personnel de secours et la communauté des donateurs soient mieux préparés à l'avenir. La récente conférence de Phuket a mis en lumière de nombreuses insuffisances et suggéré des mesures appropriées, comme indiqué dans le document A58/6 Add.1.

La plupart des îles des Maldives ont été gravement touchées par le tsunami et les pertes économiques ont été importantes pour un pays qui vit essentiellement du tourisme et de la pêche. L'augmentation de la salinité des nappes phréatiques a compromis la sécurité des approvisionnements en eau, et de nombreux établissements de santé ont été endommagés. Les dégâts psychologiques pour les survivants, en particulier les orphelins, sont considérables. Le Gouvernement des Maldives a été touché par l'ampleur de l'aide internationale mais l'afflux soudain de personnel de secours et de matériel a représenté une charge substantielle en elle-même. Un système de santé et une infrastructure solide qui fonctionnent bien ainsi que des capacités locales elles aussi solides et une certaine adaptation sont les éléments clés d'une bonne gestion des catastrophes. Si une catastrophe du même type survenait dans un avenir proche, elle provoquerait des dégâts comparables dans les pays en développement où des plans de préparation et de réaction aux situations d'urgence laissent à désirer ; aussi tout doit être fait pour accélérer les efforts de renforcement des capacités.

Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés par la Thaïlande.

M. GARCIA GONZÁLEZ (Espagne) soutient le projet de résolution, mais souligne la nécessité de maintenir les activités recommandées et propose de prier le Directeur général de rendre compte à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis dans les Etats Membres et par l'OMS. L'OMS doit collaborer avec les autres organisations des Nations Unies et les parties intéressées afin de développer les mesures de prévention et d'atténuation des crises. La mondialisation exige de nouvelles règles pour remédier au déséquilibre actuel, qui accentue la vulnérabilité de certains pays face aux situations d'urgence. Il propose donc d'insérer dans le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R11 un nouvel alinéa au préambule qui se lirait comme suit : « Reconnaissant que l'amélioration de la situation sociale et économique des pays les plus défavorisés est une action préventive qui réduit le risque de crises et de catastrophes et leurs conséquences », et un nouvel alinéa 12 au paragraphe 3 ainsi libellé : « de rendre compte à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ».

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) se félicite de l'augmentation de l'allocation budgétaire aux activités de l'OMS pour la préparation aux situations d'urgence et d'action dans le projet de budget programme 2006-2007. Elle sollicite un appui supplémentaire des Etats Membres et des organisations internationales afin de mobiliser des ressources pour renforcer la gestion des situations d'urgence et mettre en place un système d'alerte rapide efficace. Elle demande par ailleurs à l'OMS de continuer de maintenir son appui pour renforcer les capacités dans les Etats Membres en ce qui concerne la surveillance intégrée des maladies et pour améliorer l'information sanitaire et l'action face aux situations d'urgence. Elle soutient le projet de résolution.

Le Dr AL-MUTAWA (Emirats arabes unis) dit que les catastrophes et les situations d'urgence de tous types ont de vastes répercussions et endommagent sérieusement les infrastructures nationales et locales, empêchant une riposte adéquate aux flambées de maladie, par exemple. Ces effets ralentissent les progrès en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La mise en place des systèmes d'alerte précoce est essentielle et devrait comporter une délimitation claire des responsabilités à l'intérieur des pays en cas de situation d'urgence. Le renforcement des capacités par des programmes de formation et d'action et l'amélioration des systèmes de santé sont également déterminants.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) soutient le projet de résolution. Le Maroc a connu plusieurs catastrophes naturelles ou dues à l'homme depuis dix ans, ce qui a entraîné des pertes en vies humaines et d'importantes pertes matérielles et économiques. L'amélioration de la coopération internationale est indispensable pour assurer le succès de la coordination de l'aide. L'OMS devrait jouer un rôle directeur dans ce domaine ainsi que dans le renforcement de l'aide à l'élaboration de plans intégrés de préparation et d'action en cas de situation d'urgence aux niveaux national, régional et local.

Le Dr KYAW NYUNT SEIN (Myanmar) dit que son pays n'a pas souffert autant que d'autres des suites du tsunami mais que l'expérience a néanmoins mis en lumière la nécessité de renforcer les plans de préparation et d'action en cas de situation d'urgence ainsi que la surveillance. Il exprime ses remerciements pour l'aide rapide fournie par le bureau de l'OMS dans le pays et par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est en vue de l'évaluation de la situation et de la coordination du secteur de la santé et de la fourniture de services essentiels. Le monde est menacé par diverses catastrophes, y compris l'éventualité d'une pandémie de grippe aviaire, et tous les pays doivent donc mettre en place des plans de préparation et d'action pour faire face à des situations d'urgence nationales et fournir une aide aux autres pays qui seraient touchés. Ces plans exigent des réseaux interpays et devraient reposer sur le Règlement sanitaire international. Il soutient les appels lancés à la communauté internationale pour qu'elle maintienne son aide à long terme aux pays touchés par le tsunami et fournisse une aide comparable aux pays touchés par d'autres crises humanitaires.

M. PALU (Australie) fait observer que l'OMS est un partenaire important et une source de conseils techniques pour faire face aux crises sanitaires et aux effets des catastrophes naturelles sur la santé, et la félicite du rôle directeur qu'elle a joué lors des flambées de syndrome respiratoire aigu sévère et de grippe aviaire survenues en 2003-2004. Compte tenu de l'importance des épidémies mondiales de maladies transmissibles et de la fréquence des catastrophes naturelles, l'OMS devrait accorder une importance accrue à l'amélioration de la riposte du secteur de la santé en cas de situation d'urgence et à la remise en état de ce secteur grâce à des activités de préparation et d'atténuation des effets. Il félicite également l'OMS de sa coopération avec la communauté internationale, ce qui a permis de tirer les leçons de la catastrophe provoquée par le tsunami lors de la récente conférence de Phuket. Il demande instamment que la position vulnérable des petits pays insulaires du Pacifique, en particulier lors de cyclones, ne soit pas oubliée ; ces pays ont besoin d'un soutien constant pour développer leurs capacités nationales de préparation aux situations d'urgence, d'atténuation des effets et d'action.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) rappelle l'intervention du membre désigné par la Fédération de Russie à la cent quinzième session du Conseil exécutif pendant le débat sur les aspects sanitaires des situations de crise,<sup>1</sup> qui a fourni des informations sur l'aide humanitaire apportée par la Fédération de Russie aux pays touchés par le tsunami. Il soutient le projet de résolution, qui énonce des dispositions complètes pour faire face aux situations d'urgence.

Le Dr AKBARI (République islamique d'Iran) dit que l'expérience iranienne des catastrophes naturelles a montré qu'il fallait davantage de collaboration entre l'OMS et les autres organisations des Nations Unies s'occupant des secours en cas de catastrophe, en particulier lors de séisme et d'inondation. Les effets d'une catastrophe perdurant longtemps après la phase aiguë, la surveillance des maladies par l'OMS est essentielle. L'action des Etats Membres doit également être renforcée conformément à leurs priorités respectives, par exemple par le renforcement des capacités, l'éducation et la formation. En outre, la gestion de l'aide fournie à la suite d'une catastrophe devrait être régie par un règlement international.

---

<sup>1</sup> Document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 2.

M. PERDOMO (République bolivarienne du Venezuela) remercie l'OMS du rôle important qu'elle a joué pour préserver la santé des populations touchées par le tsunami. Un nombre croissant de pays des Caraïbes sont confrontés aux dangers des changements climatiques, des ouragans et des tempêtes, qui sont responsables de pertes en vies humaines et de pertes économiques importantes ; il faut donc développer les capacités et mettre en place un mécanisme d'alerte central. En ce qui concerne le projet de résolution, il propose d'insérer, au paragraphe 3.1), le membre de phrase « à des denrées alimentaires sûres et à des médicaments essentiels de qualité » après les mots « à des moyens d'assainissement ».

Le Dr DUALE (Somalie) déclare que, bien que son pays ait été touché dans une moindre mesure par le tsunami, il a été frappé par des catastrophes dues à l'homme. La guerre civile en particulier a dévasté les infrastructures du pays, notamment les hôpitaux et les écoles, laissant la population vulnérable aux maladies infectieuses. Son pays est reconnaissant de l'aide qu'il a déjà reçue et espère que celle-ci sera maintenue.

Mme BELLA ASSUMPTA (Cameroun) déclare que, si la situation politique de son pays est stable, il a été souvent confronté à des catastrophes naturelles, notamment des tremblements de terre et des émissions de gaz naturel toxique ; il accueille également de nombreuses personnes déplacées. Dans ces conditions, le secteur de la santé a un rôle de coordination essentiel à jouer. Elle soutient le projet de résolution, mais propose d'amender comme suit le paragraphe 2.3) : « à formuler, sur la base d'une cartographie des risques, des plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui tiennent dûment compte du rôle primordial du secteur de la santé dans la gestion des situations de crise, afin d'améliorer l'efficacité des interventions en cas de crise et des contributions au relèvement des systèmes de santé ».

M. WIERINGA (Canada) dit que son Gouvernement attache une importance particulière à l'évaluation des besoins, aux capacités des partenaires et à l'accès, et se félicite donc que l'accent soit mis non seulement sur le renforcement des capacités d'intervention, mais également sur les efforts de préparation et de relèvement. Il faudrait cependant accorder davantage d'importance à l'atténuation des effets, et une collaboration accrue entre l'OMS et l'OPS est nécessaire à cet égard.

Il soutient d'une manière générale le projet de résolution, mais propose de mettre à jour les chiffres cités au premier alinéa du préambule ; au paragraphe 1, il propose de supprimer le membre de phrase « l'action humanitaire qui vise avant tout à sauver des vies et à maintenir les survivants en vie » et d'ajouter une mention indiquant qu'il s'agit d'agir à la demande des pays ; au paragraphe 2.2), d'insérer le membre de phrase « qui intègrent la planification de la réduction des risques dans le secteur de la santé » après « plans de préparation mondiaux et régionaux » ; au paragraphe 2.3), d'insérer les mots « y compris de l'infrastructure sanitaire » après « qui tiennent dûment compte de la santé publique » ; et d'ajouter à la fin du paragraphe 3.7) les mots « et aux autres partenaires du système des Nations Unies ».

Le Dr OVIEDO (Costa Rica) dit que son pays est situé dans une région exposée aux catastrophes naturelles et que son Gouvernement attache de ce fait un rang de priorité élevé aux mesures et initiatives destinées à garantir une riposte institutionnelle et sociale adéquate en cas de situation d'urgence afin de diminuer les pertes en vies humaines et de réduire la vulnérabilité. Les responsables des organisations internationales s'occupant de secours d'urgence se sont récemment réunis à Panama pour promouvoir la mise en place d'un réseau d'information sur les catastrophes en Amérique centrale, qui fonctionne déjà pour d'autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Le Costa Rica est déjà doté d'un plan d'évacuation, financé par la Fondation panaméricaine pour le développement, pour la région du Pacifique central, une des destinations touristiques les plus populaires ; ce plan prévoit une formation à la reconnaissance rapide d'un tsunami et des mesures appropriées. Des panneaux rédigés en espagnol et en anglais avertissant des dangers et indiquant les voies d'évacuation seront placés dans des endroits stratégiques.

M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) déclare qu'immédiatement après le tsunami, Cuba a envoyé des médecins, des denrées alimentaires, du matériel, des médicaments et des produits de consommation en Indonésie et à Sri Lanka. En 1998, après l'ouragan Mitch, le Gouvernement a créé un programme de santé intégré pour aider les pays les plus touchés ; ce programme a par la suite été étendu à 64 pays, principalement d'Afrique et d'Amérique latine, frappés non seulement par des catastrophes naturelles, mais également par les catastrophes silencieuses provoquées par des règles commerciales injustes et inéquitables et par les milieux financiers internationaux, par la pauvreté, le sous-développement ainsi que les pandémies de SIDA et de paludisme. Près de 25 000 professionnels de la santé cubains, dont plus de 20 000 médecins, travaillent actuellement dans ces 64 pays. Dans le cadre du même programme, l'École de Sciences médicales d'Amérique latine a été créée pour dispenser gratuitement une formation médicale à des milliers d'étudiants d'Amérique latine et des Caraïbes. Un millier environ de nouveaux médecins seront diplômés en 2005, et 10 000 nouveaux étudiants en médecine venus du Venezuela rejoindront l'école.

Le rapport figurant dans le document A58/6 contient certains éléments qui tendent à sous-estimer le rôle important de l'Etat et des autorités nationales et à s'écarter du consensus intergouvernemental auquel on est parvenu au sein du système des Nations Unies et à l'OMS. Il est important de bien garder présent à l'esprit qu'en vertu des principes directeurs des Nations Unies concernant l'aide humanitaire d'urgence, tout Etat a au premier chef la responsabilité de porter assistance aux victimes et d'organiser, de coordonner et de mettre en oeuvre l'aide humanitaire sur son territoire. Cuba soutient le projet de résolution et certains des amendements proposés, en particulier ceux proposés par l'Inde, la Thaïlande et d'autres pays d'Asie directement touchés par le tsunami. Le projet de résolution devrait par ailleurs refléter la nécessité de garantir une utilisation appropriée des nouveaux investissements de même que la nécessité d'un engagement politique plus fort, de politiques financières nationales et internationales plus efficaces et d'une solidarité internationale pour atténuer les effets des catastrophes.

Le Dr DA COSTA SEMEDO (Guinée-Bissau) soutient le projet de résolution et souligne l'importance qu'il y a à renforcer les capacités des bureaux de l'OMS dans les pays afin d'assurer une riposte rapide en cas d'urgence. En ce qui concerne l'initiative pour la surveillance intégrée des maladies lancée par l'OMS, le manque de ressources des systèmes de santé de nombreux pays rend plus difficile la lutte contre les épidémies.

Le Dr ST JOHN (Barbade) soutient le projet de résolution. Son pays est particulièrement préoccupé par le degré de préparation dans la Communauté des Caraïbes et voudrait être assuré que l'assistance technique nécessaire sera disponible pour permettre aux établissements de santé de résister à une catastrophe et pour renforcer l'infrastructure sanitaire.

La Barbade a, pour sa part, accompli un effort concerté pour mieux se préparer aux situations d'urgence, en veillant à assurer une meilleure interaction non seulement entre les institutions sanitaires, mais aussi avec les forces armées, la police et les services du feu. Des exercices ont été mis au point et réalisés pour améliorer les capacités de réaction, et l'OMS a été priée de soutenir les efforts visant à accroître la rapidité d'action. En ce qui concerne la remise en état, un système régional d'intervention a été mis en place pour aider tout pays de la Région touché par une catastrophe naturelle.

L'OMS devrait signaler les plans nationaux concernant les situations d'urgence donnant la priorité au secteur de la santé. L'orateur demande qu'une partie de l'augmentation des contributions proposée soit affectée à cette tâche.

M. GEORGE (Portugal) explique qu'à la suite des problèmes rencontrés par son pays l'année dernière à propos de ses îles occidentales et compte tenu de l'appui qu'il a lui-même fourni à d'autres pays en situation de crise, le Ministère de la Santé a récemment mis en place un centre d'opérations pour les urgences de santé publique à Lisbonne avec la collaboration de l'OMS.



Le Dr MARSCHANG (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que, pour la Fédération, l'organisation des secours signifie qu'elle doit être la première sur place, en sauvant des vies grâce aux opérations de recherche et sauvetage, en prodiguant les premiers soins et en orientant rapidement les blessés, en évitant les souffrances, en rétablissant et en préservant la santé et en étant prête au niveau international à soutenir ou à compléter les efforts des sociétés nationales pour prendre en charge les populations les plus vulnérables et les plus gravement touchées grâce à des systèmes et à des outils d'intervention bien établis. La Fédération applique une approche de « la santé publique en situation d'urgence » consistant à répondre aux besoins immédiats en comblant toute lacune temporaire ou en allégeant les surcharges, venant compléter ainsi l'action du Gouvernement ou d'autres organismes. La Fédération dispense des services de base, normalisés et ciblés de haute qualité à travers des unités spécialisées pour les soins de santé élémentaires, les services hospitaliers de district et les réseaux d'eau et d'assainissement. Elle exécute également des activités de promotion de la santé afin de prévenir les maladies et de lutter contre les épidémies, se concentrant plus particulièrement sur cinq principales maladies mortelles dans les situations d'urgence et sur les besoins de soins de santé aux mères et aux enfants, souvent négligés en cas de catastrophe. En outre, depuis la crise du Kosovo, la Fédération n'a cessé de développer ses efforts pour répondre aux besoins psychosociaux des victimes, des bénévoles et du personnel.

Depuis 1994, la Fédération est un partenaire fiable de l'OMS et d'autres organisations des Nations Unies, collaborant avec elles dans le domaine de la santé génésique en situation d'urgence. Elle a contribué à l'élaboration du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situation de réfugiés, publié en 1999, et à l'évaluation mondiale interorganisations des services de santé génésique pour les réfugiés et les personnes déplacées menée en 2004. Avec ses partenaires du groupe d'étude du Comité permanent interorganisations sur le VIH/SIDA dans les situations d'urgence, la Fédération s'est employée à intensifier ses efforts contre le VIH/SIDA dans les situations de crise et de catastrophe. Elle a signé récemment une lettre conjointe de coopération avec l'OMS en vue de développer encore la coopération en matière de santé publique dans les situations d'urgence ; elle tient à rester un partenaire sanitaire solide pour les gouvernements et les organismes dans l'action de secours et l'action de relèvement après une catastrophe.

Le Dr CHAN (Association internationale de Pédiatrie), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, fait observer que les enfants sont particulièrement vulnérables en cas de catastrophe et qu'ils présentent des besoins physiques et psychosociaux différents de ceux des adultes tout en étant étroitement liés à ceux de la mère et de la famille. La prise en charge adéquate des enfants victimes de catastrophes exige donc des connaissances en santé et développement de l'enfant de même que la participation d'un personnel spécialement formé et sensibilisé à ces domaines. Les considérations particulières à prendre en compte pour répondre aux besoins des enfants en temps de catastrophe devraient comprendre une définition claire des besoins de l'enfant et de la famille par le personnel de secours d'urgence, l'autonomisation du personnel de santé de l'enfant en matière d'évaluation des catastrophes et de planification des secours, et une prise en compte des concepts plus larges de santé de l'enfant qui recouvrent non seulement les aspects physiques et psychosociaux, mais également la santé maternelle et familiale. Les premiers bilans effectués dans les zones affectées par une catastrophe devraient prendre en compte le nombre d'enfants touchés et leurs besoins et établir des priorités immédiates et à plus long terme. Les pédiatres et le personnel chargé de la santé de l'enfant aux niveaux régional et local devraient être également formés à la préparation et à l'action en cas de catastrophe, et des ressources suffisantes devraient être allouées pour couvrir les besoins des enfants.

L'Association qu'il représente organise des cours de formation, élabore des matériels pédagogiques sur les besoins des enfants dans le cadre des secours d'urgence et dispense des cours et anime des ateliers sur la préparation aux catastrophes pour le personnel national et régional chargé de la santé de l'enfant. Un cours a aussi été organisé récemment en Thaïlande à la suite du tsunami. L'Association a également proposé de créer un registre du personnel spécialisé en santé de l'enfant auquel les gouvernements et les organismes de secours pourraient faire appel en cas de besoin ; la mobilisation de ce type de personnel après le tsunami atteste la valeur de cette approche.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) rappelle que l'action de l'OMS à la suite du tsunami a été soutenue grâce aux dons de 25 pays. Si les délégués se sont concentrés sur le tsunami, ils ont également mentionné d'autres types de crises et de catastrophes telles que la difficulté que rencontrent les communautés confrontées à une crise ou à une catastrophe pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement ou encore la nécessité d'une riposte complète. Parmi les composantes de l'action attendue de l'OMS, on a cité la coordination, l'évaluation, la préparation, l'atténuation des effets et la prévention ; les principaux thèmes qui se sont dégagés en ce qui concerne la préparation ont été la nécessité de disposer d'un budget suffisant, de pouvoir planifier à tous les niveaux, organiser des exercices, associer la communauté et partager l'information entre les différents groupes concernés. Il a pris note de l'importance accordée à l'atténuation des effets, l'alerte précoce, la réduction de la vulnérabilité et la gestion des risques, en particulier dans les petits pays insulaires, ainsi que de la demande spécifique du Canada, qui réclame une coopération plus étroite entre le Siège de l'OMS et l'OPS en vue d'améliorer la capacité d'adaptation des hôpitaux et d'autres structures.

Il sera tenu compte de la nécessité d'évaluer les interventions et de déterminer et d'appliquer les enseignements tirés de l'expérience. D'autres observations ont également été formulées sur la nécessité pour l'OMS d'aider à mobiliser des fonds pour la préparation et la réaction aux situations d'urgence dans les pays, sur son rôle dans la coordination du financement, sur le besoin de préciser la place de l'OMS vis-à-vis des autres organisations et sur l'importance de la santé mentale dans les interventions en cas de catastrophe. L'intéressante proposition formulée par le délégué de l'Iran à propos d'un règlement international sur les aspects sanitaires de la gestion des catastrophes a également été présentée au cours de la Conférence sur les aspects sanitaires de la catastrophe provoquée par le tsunami en Asie (Phuket, Thaïlande, 4 au 6 mai 2005).

Les Etats Membres souhaitent voir l'OMS développer son action dans des domaines tels que les fonds d'urgence pour l'action en cas de catastrophe, la constitution de listes d'experts prêts à intervenir et le prépositionnement de fournitures, le placement des autorités nationales au centre de toute intervention, le respect des avis des gouvernements nationaux, la garantie d'une allocation suffisante au budget ordinaire pour les activités de l'Organisation concernant les crises et les catastrophes, une attention constante accordée au renforcement des capacités et la mise en adéquation des interventions en cas de catastrophe et d'épidémie. Le Secrétariat tiendra compte de cette suggestion dans ses activités.

Le PRESIDENT propose que le Secrétariat rédige une version révisée du projet de résolution intégrant les amendements proposés afin qu'il soit examiné lors d'une séance ultérieure.

## **Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la troisième séance, p. 63.)

### **Poliomyélite : Point 13.7 de l'ordre du jour (document A58/11)**

Le Dr HEYMANN (représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) dit que les grands titres des journaux de ces deux dernières semaines sont venus nous rappeler avec force que tant que la poliomyélite sera présente dans un pays quel qu'il soit, le risque subsistera pour tous les autres. En 1988, l'Assemblée de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite avant la fin de l'an 2000. Un partenariat solide et durable a rapidement été établi entre les pays et les principaux partenaires, Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique), l'UNICEF et l'OMS. Mais parce que les programmes de vaccination systématique n'avaient pas atteint dans bien des cas la couverture nécessaire pour obtenir l'immunité générale requise pour interrompre la transmission, on a mis davantage l'accent sur les activités de vaccination supplémentaires. Une surveillance active de la paralysie flasque aiguë a également été

établie, soutenue par un réseau mondial de 145 laboratoires nationaux et 22 laboratoires de référence dont la qualité est contrôlée et qui assurent le séquençage génétique de chaque poliovirus isolé.

Fin 2000, la poliomyélite restait endémique dans 20 pays. En 2003, la date cible pour l'éradication a été repoussée à 2005 et 6 pays ont été déclarés zones d'endémie. Les activités en vue de l'éradication ont été intensifiées en 2003 et un peu plus de 1000 enfants ont été atteints de poliomyélite paralytique en 2004, contre 1000 enfants chaque jour, selon les estimations, en 1988. Actuellement, la poliomyélite continue de sévir à l'état endémique dans 6 pays et le poliovirus s'est récemment propagé à 16 pays précédemment exempts de la maladie. Dans 6 de ces derniers, la transmission endémique a été rétablie, tandis que les 10 autres sont parvenus à empêcher le virus importé de rétablir la transmission ou s'y emploient.

La transmission du poliovirus pourrait être interrompue dans tous les pays. La Région des Amériques, la Région européenne et la Région du Pacifique occidental ont déjà été certifiées exemptes de poliomyélite et une souche de poliovirus, le type 2, est éliminée de la surface du globe depuis 1999. Les stratégies d'éradication actuelles restent efficaces, mais il existe plusieurs risques pour l'éradication mondiale, à savoir la poursuite de la transmission dans les 6 pays qui n'avaient pas encore interrompu la transmission ; la transmission dans les 6 pays où la transmission a été rétablie ; la vulnérabilité des pays qui n'avaient pas maintenu des niveaux élevés d'immunité antipoliomyélique grâce à la vaccination systématique, en particulier dans la Corne de l'Afrique ; et les lacunes de la surveillance, en particulier en Afrique subsaharienne, là où l'on a récemment identifié des virus qui circulaient et étaient passés inaperçus depuis 1999.

L'engagement politique en faveur de l'éradication de la poliomyélite n'a jamais été aussi fort. En Asie et en Afrique septentrionale, il s'est traduit par une réduction de moitié du nombre de cas notifiés en 2004 par rapport à l'année précédente et par une sensibilité de la surveillance multipliée par trois. En Afrique subsaharienne, il s'est traduit par des campagnes synchronisées dans 23 pays, à dater d'octobre 2004. En 2000 et 2001, des campagnes du même type étaient parvenues à éradiquer la poliomyélite en un an dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre sauf deux.

Un nouvel outil puissant d'éradication existe désormais : un vaccin oral monovalent, qui, avec un moins grand nombre de doses, confère des taux de séroconversion jusqu'à trois fois plus élevés que le vaccin trivalent et qui est utilisé dans les zones où seul le poliovirus sauvage de type 1 reste en circulation. Le vaccin monovalent est également important pour répondre à la propagation internationale actuelle du poliovirus de type 1 partout dans le monde.

A mesure que la poliomyélite continue de régesser, on se prépare à l'arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral une fois l'éradication mondiale certifiée. Ce vaccin peut être une source de poliomyélite paralytique et, en septembre 2003, une consultation de l'OMS a conclu que la poursuite de son utilisation après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage serait incohérente compte tenu de l'éradication. En prévision de l'arrêt de l'utilisation du vaccin, les priorités immédiates consistent à renforcer les niveaux de vaccination systématique, à faire en sorte que tous les poliovirus sauvages détenus par les fabricants de vaccins et les laboratoires de recherche et de diagnostic soient confinés dans des conditions de sécurité biologique appropriées et à maintenir une surveillance d'un haut niveau de sensibilité. La cessation éventuelle de l'utilisation du vaccin exigera le même niveau de coopération et de coordination internationales que les activités qui ont amené le monde à la veille de l'éradication. Les principes directeurs pour l'endiguement des poliovirus Sabin seront présentés aux organes directeurs en 2006. L'Assemblée de la Santé devra convenir du moment précis et du processus à suivre pour la cessation simultanée de l'utilisation du vaccin, et chaque Etat Membre devra à ce moment-là avoir décidé s'il arrête la vaccination ou s'il la poursuit en utilisant un vaccin inactivé. L'OMS aidera les pays à prendre cette décision.

Les leçons tirées de l'initiative pour l'éradication de la variole ont mis en lumière la nécessité de faire en sorte que les vaccins, les antiviraux et les tests diagnostiques nécessaires soient disponibles avant que l'éradication ne soit réalisée, tant que la recherche sur le poliovirus est encore possible. Par conséquent, outre la stratégie de cessation de l'utilisation du vaccin oral, de nouveaux produits de lutte contre la poliomyélite sont actuellement mis au point : un vaccin inactivé et fabriqué au moyen d'une méthode plus sûre, utilisant la souche Sabin plutôt que le poliovirus sauvage comme source de virus vaccinal. Des antiviraux sont également mis au point pour réduire la virémie et l'élimination du

poliovirus, de même que des tests sérologiques et PCR qui faciliteront le dépistage du poliovirus en 24 à 48 heures, et non en 4 à 6 semaines comme l'exigent actuellement l'isolement et la caractérisation génétique.

La récente propagation internationale de la poliomyélite nous invite à mener à bien l'éradication et à protéger les 10 millions d'enfants qui sans quoi seraient paralysés au cours des 40 prochaines années.

Le Professeur LAMBO (Nigéria) réaffirme l'engagement tant de son pays que des ministres de la santé de la Région africaine en faveur de l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. En tant que continent, l'Afrique a continué à mettre en oeuvre de façon concertée les activités accrues de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, avec la participation de tous les échelons des institutions gouvernementales, traditionnelles, religieuses et des médias, du secteur privé et des communautés, dans le but d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage d'ici décembre 2005. Ces activités ont été conformes aux décisions prises par les ministres de la santé des pays prioritaires lors d'une réunion tenue à Genève le 13 janvier 2005.

L'engagement et la participation de tous les niveaux du Gouvernement sont conduits par le Président du Nigéria, qui préside également l'Union africaine, et qui a continué à manifester son attachement personnel à libérer le Nigéria et l'Afrique de la poliomyélite pour la prochaine génération, faisant ainsi écho à la déclaration conjointe des chefs de gouvernement africains lors du Quatrième Sommet ordinaire des chefs d'Etat de l'Union africaine (Abuja, 24 au 31 janvier 2005) ; ceux-ci ont en effet déclaré vouloir faire en sorte qu'en 2005 chaque enfant soit vacciné contre la poliomyélite. En outre, le lancement par les Présidents du Bénin et du Nigéria, le 20 février 2005, de journées nationales de vaccination synchronisées dans 23 pays en 2005 a témoigné de leur volonté d'unir leurs forces dans le cadre de l'initiative pour atteindre plus de 100 millions d'enfants âgés de zéro à 59 mois dans les pays participants en 2005. Des activités entrant dans le cadre de ces journées ont également été menées aux niveaux national, des zones, des Etats/provinces et des gouvernements/districts locaux.

Etant donné que le Nigéria est le pays qui compte le plus grand nombre de cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage, les activités de l'initiative ont été encore intensifiées grâce à des stratégies novatrices telles que l'accent mis sur la microplanification quartier par quartier et la cartographie des établissements humains pour permettre aux équipes de vaccination d'atteindre tous les enfants ; la mise en oeuvre de stratégies spécifiques aux quartiers pour le transport et la logistique concernant les opérations des journées nationales de vaccination, pour faire en sorte que les équipes de vaccination couvrent l'ensemble du pays, y compris la population nomade ; une surveillance et une supervision accrues des journées nationales de vaccination, en privilégiant le niveau des quartiers et des établissements humains, par des contrôleurs indépendants, membres du pouvoir exécutif ou législatif, et des membres du personnel des organismes partenaires ; et des réunions – aux niveaux national et des zones – des commissaires chargés de la santé et des directeurs des soins de santé primaires pour chaque journée nationale de vaccination, dans le but d'améliorer ces activités à l'avenir grâce aux informations obtenues.

Les efforts se poursuivent pour rendre le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë en Afrique plus efficace. Afin d'améliorer les services de vaccination systématique, les alliances stratégiques au sein des communautés sont actuellement renforcées, pour veiller notamment à ce que les efforts de l'initiative soient maintenus, car ils sont la meilleure défense contre le poliovirus sauvage importé. Une participation active et la coordination de tous les partenaires et autres parties prenantes à l'initiative et aux activités de vaccination systématique à travers le Comité de Coordination interinstitutions sont restées exemplaires dans la Région. Grâce à cela, on a pu réduire au Nigéria et dans la Région africaine le nombre de cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de plus de 50 % au premier trimestre 2005, par rapport à la même période en 2004. Mais il reste encore beaucoup à faire. L'engagement continu des Etats Membres à organiser des journées nationales de vaccination permettra de faire en sorte que chaque enfant âgé de zéro à 59 mois puisse être vacciné grâce au système des districts et des quartiers. Un financement accru est nécessaire pour soutenir une surveillance et un encadrement élargis de toutes les activités de vaccination supplémentaires prévues pour 2005, et pour fournir un soutien précoce aux Etats et aux gouvernements locaux en matière de

mobilisation sociale, de logistique et d'organisation des journées nationales de vaccination. Des plans de pays devront être élaborés pour permettre une réaction rapide en cas d'importation, ce qui demeurera un risque tant que la poliomyélite n'aura pas été éradiquée, et les efforts devront se poursuivre afin de renforcer durablement la prestation de services de vaccination systématique.

Il remercie tous les organismes du système des Nations Unies ainsi que les gouvernements nationaux qui ont continué à fournir un appui technique et financier en Afrique et demande le maintien de cet appui et du partenariat afin d'atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite d'ici fin 2005.

Le Professeur HORVATH (Australie), exprimant l'appui constant de son pays aux efforts de l'OMS et de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, rappelle que l'Australie a versé une contribution de Aus \$7,6 millions au Rotary International pour les activités d'éradication de la poliomyélite entre 2001 et 2005, à laquelle se sont ajoutés Aus \$1,7 million par an à l'OMS en 2003-2004 et 2004-2005 pour le Programme élargi de vaccination dans la région Asie-Pacifique.

La détection récente du poliovirus sauvage dans l'ouest de Java, en Indonésie, chez le premier cas confirmé dans ce pays depuis 1995 a montré qu'il fallait demeurer vigilant et maintenir des taux élevés de vaccination, et l'Australie collabore avec le Gouvernement indonésien, l'OMS et l'UNICEF pour juguler cette flambée, en contribuant à hauteur de Aus \$1 million aux coûts opérationnels de l'administration du vaccin antipoliomyélitique aux 5,2 millions d'enfants exposés au risque d'infection, et en proposant ses compétences logistiques pour la vaccination de masse.

La Région du Pacifique occidental a été déclarée exempte de poliomyélite mais reste vulnérable aux maladies évitables par la vaccination. Les problèmes géographiques et de ressources qui se posent dans la Région du Pacifique alliés à la fragilité et à la volatilité des approvisionnements mondiaux en vaccins exigent une attention constante. Un appui aux efforts de vaccination dans le Pacifique s'impose pour maintenir les acquis et renforcer les systèmes et les pratiques, qui sont également des éléments essentiels de la sécurité sanitaire régionale.

Le Professeur SHRESTHA (Népal) dit que, même si le Népal est exempt de poliomyélite depuis bientôt trois ans, un cas a récemment été décelé chez un enfant qui avait contracté la maladie en se rendant chez un proche dans un pays voisin. Cette transmission transfrontières signifie que le Népal ne pourra pas être déclaré exempt de poliomyélite. L'OMS devrait fournir un soutien afin qu'une surveillance efficace puisse être assurée aux frontières entre pays ne présentant plus de cas de poliomyélite et pays où les cas sont nombreux. La question demande une attention urgente si l'on veut éviter la transmission transfrontières à l'avenir.

Le Dr YUSHARMEN (Indonésie) fait observer que son pays n'a pas enregistré de cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage depuis 1995. Le Ministère de la Santé a mené des campagnes nationales de vaccination chaque année de 1995 à 1997, qui ont été suivies de campagnes locales en 2000 et 2001, puis d'une nouvelle campagne en 2002 pour maintenir des niveaux élevés d'immunité chez les enfants. La couverture vaccinale systématique des nourrissons a régulièrement été supérieure à 90 % au niveau national. Le système de surveillance de l'Indonésie concernant la paralysie flasque aiguë chez l'enfant répond aux normes et une étude menée par une équipe d'experts internationaux en 2003 a conclu que la surveillance était suffisante pour déceler la transmission du poliovirus sauvage.

Le 21 avril 2005, le laboratoire national de la poliomyélite de Bandung a isolé un poliovirus sauvage sur un cas de paralysie flasque aiguë identifié par le système de surveillance national. Précédemment, un enfant de 20 mois non vacciné avait présenté une paralysie, apparue le 13 mars 2005. Les résultats de laboratoires situés aux Etats-Unis d'Amérique et en Inde ont indiqué une correspondance avec le virus de type Soudan circulant en Arabie saoudite. Huit autres cas ont été confirmés dans la même région d'Indonésie entre le 21 avril et le 17 mai et 10 cas font encore l'objet d'investigations. Sur 157 échantillons prélevés auprès de contacts au domicile du malade ou parmi les voisins, 29 étaient positifs ; les autres sont encore en cours d'examen. Le Ministère de la Santé, soutenu par l'OMS, a immédiatement institué une surveillance dans le district et les zones avoisinantes, mettant en place des activités de vaccination pour faire face à la flambée dans 6 villages

dans les 72 heures suivant la confirmation du premier cas et ultérieurement dans 5 autres villages. Les activités de surveillance ont notamment comporté la recherche active d'autres cas dus au poliovirus sauvage, ce qui a débouché sur l'identification de 17 cas supplémentaires de paralysie récente chez des enfants de la région. Des échantillons provenant de ces cas ont été adressés au laboratoire national de la poliomyélite. La surveillance a ensuite été élargie à 17 districts, y compris les 5 districts de Jakarta, des visites de surveillance active ainsi qu'un examen des dossiers étant effectués dans les principaux sites de notification afin d'identifier tout cas récent de paralysie flasque aiguë qui aurait pu échapper à la surveillance. Toutes les mesures prises sont conformes aux recommandations de l'OMS concernant l'action en cas d'épidémie.

L'expérience mondiale a montré qu'une riposte bien planifiée pouvait rapidement stopper une flambée de poliomyélite dans une zone précédemment exempte de la maladie. Pour faire en sorte qu'aucun nouveau cas ne puisse échapper à la surveillance, le Ministère de la Santé et les organismes partenaires, dont l'OMS, l'UNICEF et divers pays tels que l'Australie – auxquels il exprime sa gratitude – avertissent toutes les provinces indonésiennes et toutes les unités de surveillance d'une flambée présumée. Par ailleurs, ils organisent actuellement deux tournées de vaccination pour tous les enfants de moins de cinq ans dans les provinces à titre de ratissage. Ces activités seront menées en mai et juin 2005 pour veiller à ce que toute transmission de poliovirus sauvage soit rapidement interrompue et pour améliorer l'immunité de la population sur un vaste territoire de Java. L'Indonésie a besoin d'un appui pour ses campagnes de ratissage et de vaccination systématique afin d'atteindre l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Mme RIZZO (Italie), félicitant l'OMS pour son rôle dans l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, souligne les efforts – et les réussites – du partenariat entre l'OMS, l'UNICEF, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et le Rotary International en vue de surmonter les différences culturelles et sociales et de permettre aux enfants, groupe le plus vulnérable de la population, d'être vaccinés. Son Gouvernement est pleinement engagé en faveur de l'éradication de la poliomyélite et versera une contribution de €5 millions à l'OMS en 2005. Elle est elle aussi préoccupée au sujet des nouveaux cas signalés et souligne l'importance de la collaboration entre l'UNICEF et l'OMS, chaque organisation apportant des atouts au partenariat.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) estime que l'initiative bénéficiera de l'utilisation sélective du vaccin antipoliomyélitique oral et également de la mise en oeuvre de stratégies améliorées visant à atteindre tous les enfants dans les sous-groupes de population mal desservis. La Grèce est exempte de poliomyélite et tous les enfants vivant dans le pays ont droit à la vaccination gratuite contre la maladie. Les stratégies d'éradication ont été efficaces, mais une surveillance intensifiée et des campagnes de vaccination répétées seront nécessaires.

**La séance est levée à 18 heures.**

## TROISIEME SEANCE

**Mercredi 18 mai 2005, 9 h 40**

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES :** Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Poliomyélite :** Point 13.7 de l'ordre du jour (document A58/11) (suite)

M. SPEZIA (Brésil) appuie vigoureusement les recommandations de l'OMS concernant l'éradication de la poliomyélite. Les événements récents ont mis en lumière la nécessité d'accélérer les dernières étapes afin de prévenir les flambées épidémiques liées aux transports internationaux et aux migrations de population. Aucun pays ne sera complètement protégé tant que la maladie ne sera pas éradiquée. Les mesures prises par le Gouvernement brésilien pour maintenir l'état d'éradication au plan national a notamment consisté à renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë et à mettre en place, dans tous les Etats fédérés, un programme de vaccination annuel en deux étapes, aux termes duquel plus de 16 millions d'enfants ont été vaccinés à chaque fois. Le suivi systématique des indicateurs opérationnels montre qu'en matière de surveillance, les objectifs sont en passe d'être atteints.

Le Dr MOHAMMAD (Oman) remercie l'OMS de sa coopération avec les pays de la Région de la Méditerranée orientale pour éradiquer la poliomyélite. Les contacts permanents avec les ministères sont importants, de même que les alertes rapides lorsque de nouveaux cas apparaissent. L'isolement du poliovirus sauvage doit être notifié et déclaré dans les pays où la couverture par vaccination systématique est faible, où les campagnes de vaccination ont été suspendues ou dans lesquels les compétences et les connaissances des agents de santé restent en deçà du niveau voulu. Les journées nationales de vaccination sont le meilleur moyen d'assurer la couverture la plus large possible. Comme le poliovirus ne connaît aucune frontière géographique, même les trois Régions de l'OMS qui ont été déclarées exemptes de poliomyélite ne peuvent être certaines de le rester, et la lutte doit se poursuivre. Le Secrétariat devrait prêter son concours pour évaluer la prévalence dans les pays où la poliomyélite n'a pas été éradiquée afin de déterminer si le nombre de cas est en augmentation et de diffuser l'information dans le bulletin PolioFax. L'évaluation de la situation mondiale en août 2005 sera une indication précieuse. A Oman, la couverture systématique a dépassé 97 % pendant une quinzaine d'années, et le dernier cas est survenu en 1983. Or, comme la poliomyélite continue de sévir dans le Yémen voisin, Oman a décidé d'organiser des journées nationales de vaccination. Une coordination efficace entre les Régions et les programmes de l'OMS est capitale si l'on veut lutter efficacement contre la maladie.

Le Dr EGAMI (Japon) salue les efforts déployés par l'OMS pour éradiquer la poliomyélite dans le monde. Elle se déclare préoccupée par le non-respect du calendrier initial et par le nombre croissant de cas déclarés. L'année en cours constitue une phase critique et une action concertée sera nécessaire pour éradiquer la poliomyélite dans les meilleurs délais. L'OMS devrait mettre à la disposition des Régions touchées par la maladie le concours technique de celles qui en sont indemnes, en concentrant les ressources sur les zones qui en ont le plus besoin. L'engagement politique est capital en matière d'éradication. Le Japon attend avec impatience que l'OMS prenne des mesures plus poussées pour prévenir les cas importés. Il y a lieu de maintenir une couverture vaccinale élevée et des systèmes de surveillance efficaces même dans les zones exemptes de la maladie. L'itinéraire de la transmission

virale récente en Indonésie et au Yémen devrait être établi rapidement et donner lieu à une intervention immédiate. L'OMS devrait continuer de mettre l'accent sur la poliomyélite même après l'adoption de nouveaux programmes d'éradication de la maladie. Le Japon a contribué en 2000 à la campagne d'éradication menée dans la Région du Pacifique occidental et continuera d'apporter son concours technique au programme.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) dit que, trois ans après la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne, la Fédération de Russie vise à conforter son statut de pays indemne par la mise en oeuvre de plans d'action nationaux, car le risque d'importation du poliovirus en provenance de pays d'endémie existe bel et bien. Depuis 1997, aucun cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage n'a été enregistré dans le pays, mais 10 à 15 cas de poliomyélite postvaccinale sont recensés chaque année. Pour y remédier, on envisage de passer à un régime combiné de vaccination utilisant un vaccin inactivé.

En Fédération de Russie, les laboratoires restent les seules sources du poliovirus sauvage et il est vital d'en sécuriser la manipulation. En 2002, un registre national a été créé ; 83 laboratoires y sont actuellement répertoriés. Il faut encore oeuvrer pour maintenir à un niveau élevé les indicateurs de base de la surveillance épidémiologique de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë ; conserver une bonne couverture par la vaccination systématique ; prévenir les cas de poliomyélite paralytique postvaccinale ; élaborer une stratégie de vaccination concernant la période postcertification ; améliorer le fonctionnement du réseau de laboratoires ; et garantir la conservation sans risque du poliovirus dans les laboratoires. Il souhaite poursuivre la coopération avec l'OMS pour faire progresser la surveillance épidémiologique de la poliomyélite et de la paralysie flasque aiguë en Fédération de Russie dans le cadre des efforts déployés en faveur de l'éradication mondiale, et il remercie l'Organisation pour l'aide qu'elle a déjà fournie.

Les gouvernements des pays touchés, les organisations non gouvernementales et les bénévoles doivent agir de concert s'ils veulent atteindre l'objectif fixé pour 2008. La communauté internationale devra augmenter sa participation financière pour résoudre les problèmes spécifiques des pays d'endémie ; son pays accordera une contribution volontaire à hauteur de US \$8 millions. Une éradication mondiale totale passe par la mise en oeuvre de stratégies adaptées.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite) salue l'action internationale conduite pour éradiquer la poliomyélite mais est préoccupé de voir les obstacles apparus au cours des deux dernières années, en particulier en Afrique. Leur impact représente un poids supplémentaire et suppose une générosité soutenue de la part des donateurs si l'on veut que le programme porte ses fruits. Les mesures adoptées par le programme et par les groupes techniques consultatifs pour mettre un terme aux épidémies récentes, notamment en Egypte et en Inde, sont un bon exemple de l'application d'une méthode scientifique reposant sur des informations confirmées par les laboratoires. Aucun pays, toutefois, ne pourra se considérer complètement exempt de la maladie tant que des cas continueront de survenir dans d'autres pays. La fréquence et la vitesse des voyages internationaux encouragent la contamination transfrontières. L'Arabie saoudite s'emploie à mettre en place des programmes de surveillance au niveau national pour assurer une couverture étendue.

M. BELOT (Afrique du Sud) signale que le dernier cas de poliomyélite due au virus sauvage remonte à 1989 et que, depuis 2003, chaque province satisfait aux normes de surveillance requises pour la certification. Par conséquent, l'Afrique du Sud est sûre de pouvoir détecter n'importe quel cas de poliomyélite. Les efforts se poursuivent pour intensifier la surveillance et maintenir le niveau atteint. L'Afrique du Sud a rédigé un plan stratégique national visant à prémunir le pays contre une éventuelle importation du poliovirus sauvage, et elle surveille étroitement l'évolution de la situation dans les pays voisins. Une campagne nationale de vaccination prévue depuis longtemps a été menée en 2004 suite à la déclaration d'un cas de poliomyélite dans la Région. Elle procédera à une vaccination supplémentaire si besoin est. L'Afrique du Sud est résolue à collaborer avec les gouvernements et d'autres partenaires pour éradiquer la poliomyélite en Afrique australe : des commissions nationales chargées de la certification et du confinement en laboratoire, ainsi que des commissions d'experts ont



été mises sur pied et une Commission de Certification interpays a été constituée avec le Lesotho et le Swaziland voisins. Consciente du fait qu'aucun enfant ne sera à l'abri tant que le poliovirus sauvage sera présent dans le monde, l'Afrique du Sud reste acquise à l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Le Dr ZOMBRE (Burkina Faso) dit que le Burkina Faso a pleinement souscrit à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Le pays met en oeuvre des stratégies pertinentes depuis 1996 ; il a organisé plus de 11 journées nationales de vaccination, intensifié la surveillance de la paralysie flasque aiguë et sensiblement accru la couverture par la vaccination systématique. La transmission du poliovirus sauvage s'est interrompue entre 1998 et 2001, mais le virus a réapparu en 2002 ; depuis lors, avec l'appui de ses partenaires habituels, la lutte contre l'éradication a été renforcée. Les résultats sont longs à venir mais, depuis la campagne de vaccination intensive menée en 2004, aucun cas de poliovirus sauvage n'a été enregistré depuis huit mois. Cette campagne se poursuit en 2005 afin de prévenir une transmission endémique. Toutefois, les efforts d'éradication ne seront couronnés de succès que si des financements suffisants sont mobilisés. Le niveau actuel des activités met à rude épreuve aussi bien le système de santé que les bénéficiaires.

Mme AREEKUL PUANGSUWAN (Thaïlande) dit que les informations relatives à l'interruption des dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage dans le monde, mentionnées dans le rapport, suscitent une vive inquiétude. Manifestement, il faut d'urgence améliorer l'efficacité des programmes de lutte contre la poliomyélite, intensifier le soutien de l'OMS et des autres partenaires du développement tels que l'UNICEF ; envisager une action d'envergure avec toutes les parties concernées ; et renforcer la collaboration régionale. Prenant note du déficit de financement pour l'exercice 2004-2008, elle invite les partenaires du développement international à fournir le soutien financier et technique nécessaire.

Le Professeur TLOU (Botswana) remercie l'OMS d'avoir aidé le Botswana à faire face aux cas de poliomyélite importés en 2004. La vaccination et la surveillance se sont alors intensifiées dans le pays et aucun nouveau cas n'a été déclaré. Grâce à une bonne surveillance de la paralysie flasque aiguë exercée en 2004, à d'autres stratégies d'éradication de la poliomyélite et, en particulier, à la qualité de l'appui technique du Secrétariat, le Botswana a été choisi comme l'un des huit pays que l'on envisage de certifier exempts de poliomyélite vers la fin 2005. Elle indique que son pays est résolu à continuer d'aider l'Afrique à se débarrasser de la poliomyélite.

Le Dr MIAKA MIA BILENGE (République démocratique du Congo) rappelle que son pays souffre des séquelles du conflit armé et de la crise politique, économique et sociale sans précédent qui sévit depuis 1990. En 1995, il a connu l'épidémie de poliomyélite la plus grave au monde avec plus de 1000 enfants touchés par la maladie dans une seule et même ville. Depuis 1996, la République démocratique du Congo a organisé des journées locales et nationales de vaccination en observant une trêve temporaire des hostilités, le cas échéant, et en appliquant une stratégie de vaccination « porte-à-porte » ; elle a aussi mis en place un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Le dernier cas d'infection à poliovirus sauvage date de 2000. Depuis lors, les campagnes systématiques de vaccination se sont poursuivies et une opération spéciale a notamment été lancée en 2004, le long de la frontière avec la République centrafricaine, suite à une flambée de poliomyélite enregistrée dans ce pays.

Etant donné que son pays a 9000 kilomètres de frontières avec neuf Etats différents et que le risque d'importation de cas de poliomyélite est par conséquent élevé, une vigilance soutenue s'impose. En avril et mai 2005, une campagne de vaccination de masse a été organisée conjointement avec la République centrafricaine et le Soudan. D'autres campagnes synchronisées avec la République centrafricaine, la République du Congo et le Tchad sont prévues en octobre et novembre 2005.

Son pays est désireux de partager l'expérience acquise en matière d'organisation de campagnes de vaccination synchronisées, transfrontières et à grande échelle. La vaccination systématique ciblant chaque district a permis de dépasser les 60 % de couverture pour tous les antigènes prévus dans le

programme élargi de vaccination, alors qu'il y a dix ans, le pays n'avait pas franchi la barre des 50 % pour le vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. Il demande une aide pour renforcer la capacité en ressources humaines, restaurer l'infrastructure de base du système de santé et renforcer la chaîne du froid, en particulier depuis que son pays a qualité pour introduire la vaccination contre l'hépatite B et l'*Haemophilus influenzae* type b.

Le Dr NABLI (Tunisie) déclare qu'il reste beaucoup à faire pour maîtriser et suivre la poliomyélite dans toutes les Régions. Elle remercie l'OMS de s'employer à réunir des fonds pour lutter contre la poliomyélite dans les zones touchées, même si l'éradication du poliovirus sauvage appelle davantage d'efforts. Son pays n'a enregistré aucun cas de poliomyélite depuis dix ans, mais n'a pas l'intention pour autant d'abandonner sa campagne de vaccination.

M. TROSTLE (Etats-Unis d'Amérique) dit que l'Afghanistan, l'Egypte, l'Inde et le Pakistan ont l'occasion d'arrêter la transmission du poliovirus au cours de 2005. Son Gouvernement appuie vigoureusement leurs efforts et prie instamment leurs autorités nationales de trouver les engagements et les ressources nécessaires. M. Trostle félicite le Ghana et le Togo d'avoir interrompu la transmission virale suite à la réapparition de la poliomyélite dans la Région en 2004. L'Union africaine et l'Organisation de la Conférence islamique ont joué un rôle important pour mobiliser la volonté nationale en faveur de l'éradication de la poliomyélite en Afrique. Il exhorte les dirigeants africains à oeuvrer pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination synchronisées et de la surveillance.

Le stade final de l'éradication est le plus ambitieux et appelle un engagement politique et financier soutenu ; c'est pourquoi il prie instamment les pays du G8, l'Organisation de la Conférence islamique et l'OCDE d'accroître leur financement afin de garantir la mise à disposition des ressources voulues. Tous les pays doivent rester vigilants en maintenant des taux élevés de couverture vaccinale et une surveillance efficace de la paralysie flasque aiguë. La surveillance est de rigueur pour à la fois utiliser judicieusement les ressources limitées et fournir des preuves fiables de l'éradication de la poliomyélite.

L'insuffisance des programmes de vaccination systématique dans la plupart des pays touchés par la maladie a rendu son éradication extrêmement difficile. Il y aurait lieu d'augmenter le soutien consenti afin d'intensifier les programmes de vaccination systématique de tous les pays non seulement contre la poliomyélite, mais aussi contre d'autres maladies évitables par la vaccination. De tels programmes devraient aussi permettre de détecter les épidémies de syndrome respiratoire aigu sévère ou de grippe pandémique et d'y faire face, de même que les attaques terroristes utilisant des agents qui provoquent des maladies évitables par la vaccination.

Il exprime sa gratitude au Rotary International pour le rôle extraordinaire qu'il joue dans la lutte mondiale contre la poliomyélite. Avec plus de 1,2 million de bénévoles et US \$600 millions de fonds recueillis pour financer l'éradication de la poliomyélite, le Rotary est un modèle de partenariat public-privé.

Le Dr HASSAN (Tchad) dit que la situation est grave dans sa sous-région. Suite à la réapparition de la poliomyélite en 2003, le Gouvernement a organisé des journées de vaccination synchronisées avec les pays limitrophes, Cameroun, Niger, Nigéria et Soudan. Il est résolu à éradiquer la poliomyélite d'ici la fin 2005, ou du moins à juguler la propagation du poliovirus sauvage. Le Tchad est confronté à des problèmes spécifiques du fait de sa position géographique et du nombre de réfugiés. Son pays sait gré aux partenaires internationaux pour le concours qu'ils lui apportent, mais il aurait besoin d'une assistance accrue.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) déclare que son pays a mis en place un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Il a été certifié exempt de poliomyélite en 2001, mais la réapparition récente de la maladie en Afrique et au Moyen-Orient est un sérieux motif de préoccupation vu l'importance des flux migratoires qui traversent le pays. Il est essentiel de consolider les acquis et de poursuivre les

campagnes de vaccination de masse. La coopération régionale et internationale demeure capitale ; l'OMS et l'UNICEF devraient redoubler d'efforts pour relever le niveau de surveillance de la maladie.

Le Dr YAN Jun (Chine) remercie l'OMS de soutenir les pays où le poliovirus sauvage est encore endémique, et fait sienne la proposition d'éliminer progressivement l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. La Chine a été certifiée exempte de poliomyélite, mais des efforts considérables sont nécessaires pour maintenir ce statut. Son Gouvernement souhaite arrêter l'utilisation du vaccin oral, mais il ne peut s'y résoudre tant qu'il n'y a pas de solution de remplacement acceptable. Elle espère que l'OMS continuera de soutenir financièrement des pays comme le sien, afin de renforcer les programmes de vaccination et de maintenir la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

M. ABID (Iraq) dit que, malgré la situation difficile dans laquelle il se trouve, son pays n'a pas enregistré un seul cas de poliomyélite depuis 2000, grâce à l'aide reçue de l'OMS, de l'UNICEF et des organisations non gouvernementales. Un système de suivi fiable a été mis en place et devrait, d'après une évaluation de l'OMS conduite en novembre 2004, permettre de détecter n'importe quel nouveau cas. La couverture par vaccination systématique s'est accrue, passant de 40 % en 2003 à 80 % au premier trimestre 2005. Lors de la dernière journée nationale de vaccination, organisée en 2004, 95 % des enfants ont été vaccinés.

Son pays reste néanmoins préoccupé par la réapparition possible de la poliomyélite due au faible taux de couverture par vaccination systématique dans certaines provinces et au manque de fiabilité de la chaîne du froid, sans parler des problèmes de sécurité récurrents. En raison des cas de poliomyélite enregistrés au Yémen, où vivent des ressortissants iraqiens, le Gouvernement a mis en place des mesures épidémiologiques et constitué des équipes de prévention mobiles. Indiquant qu'une campagne nationale de vaccination à l'aide du vaccin antipoliomyélitique oral a été lancée en janvier 2005, M. Abid exprime l'espoir que l'OMS continuera d'appuyer les efforts de son pays.

Le Dr BUHALIGA (Emirats arabes unis) déclare que le rapport fait état de progrès considérables puisqu'il ne reste que six pays dans le monde où la poliomyélite est endémique. Il note, cependant, qu'il existe un danger de réapparition de la maladie dans certains pays d'Afrique et d'Asie. Son pays n'a enregistré aucun cas de poliomyélite au cours des 15 dernières années, mais a élaboré un plan lui permettant de réagir à n'importe quel nouveau cas, notamment en conservant une couverture vaccinale élevée dans les régions frontalières et en créant un mécanisme d'intervention rapide. De telles mesures de précaution sont importantes et compenseraient amplement les efforts internationaux déployés et les ressources requises.

Le Dr CHITUWO (Zambie) remercie l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination du soutien apporté à son pays pour éradiquer le poliovirus sauvage. La Zambie a adopté toutes les stratégies recommandées, à savoir le renforcement des programmes de vaccination systématique, les vaccinations supplémentaires le cas échéant, le maintien de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et de la poliomyélite, et l'organisation de campagnes de vaccination dites de « ratissage » dans les lieux où le poliovirus sauvage a été détecté.

En 2003, la Zambie est parvenue au niveau de surveillance requis pour la certification concernant la paralysie flasque aiguë, niveau qui permettrait aussi de détecter les poliovirus importés. Un laboratoire de virologie accrédité auprès de l'OMS a été mis en place à l'hôpital universitaire de Lusaka. Les indicateurs de performance se sont régulièrement améliorés pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë, atteignant, en décembre 2004, 2,67/10 000 pour la paralysie non imputable à la poliomyélite et plus de 90 % pour les échantillons de selles adéquats. La Zambie doit accueillir en octobre 2005 la réunion générale annuelle de la Commission de Certification de la Région africaine. Il espère qu'une mission de vérification dépêchée par la Commission de Certification homologuera, en août 2005, le système de surveillance de son pays. Toutefois, comme la Zambie a des frontières

communes avec huit autres pays et qu'elle a accueilli plusieurs milliers de réfugiés, la réussite de sa campagne de lutte contre la poliomyélite dépendra des progrès réalisés dans toute la Région.

Le Dr ELSAYID (Soudan) remercie l'OMS et les autres donateurs de leur assistance technique et matérielle. Son pays avait réussi à éradiquer la poliomyélite pendant trois ans, mais, en raison d'un arrêt prématuré de la campagne de vaccination en 2003, la maladie est revenue. Plus de 120 cas de poliomyélite chez les enfants ont été enregistrés en 2004 et 24 cas l'ont été jusqu'ici en 2005, le dernier datant du mois de mars. La position géographique du pays en a fait une zone tampon entre l'Afrique et le monde arabe, et il faudrait une aide internationale pour empêcher la maladie de se propager plus avant.

La réapparition de la poliomyélite au Soudan nous enseigne qu'aucun pays ne peut se considérer comme indemne tant que la maladie est prévalente chez ses voisins. Il est vital de poursuivre les campagnes de vaccination et de mener des campagnes supplémentaires, le cas échéant, même en période de conflit armé. La vaccination systématique est d'une très grande importance. Le Soudan doit coopérer avec les pays limitrophes, même avec les rebelles à l'ouest du pays, pour vacciner la totalité des enfants. Il espère interrompre la transmission du poliovirus d'ici la fin 2005, et demande à cet effet une assistance accrue à l'OMS et aux pays voisins.

M. OMASWA (Ouganda), constatant que son pays n'a enregistré aucun cas de poliomyélite depuis plus de huit ans et que tous ses mécanismes de surveillance sont pleinement opérationnels, rend hommage à l'OMS et au Bureau régional de l'Afrique qui tiennent les Etats Membres informés de la flambée épidémique récente, ce qui a permis à l'Ouganda d'avoir rapidement connaissance des cas survenus au Soudan voisin. Sur la base de ces informations et en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International, des partenaires bilatéraux et la société civile, l'Ouganda a organisé d'urgence des journées locales de vaccination dans 11 districts frontaliers. Synchronisées avec des journées similaires organisées au Soudan et dans d'autres pays de la Région, ces manifestations ont remporté un grand succès. L'Ouganda remercie ces pays malheureusement touchés par de nouvelles infections, mais qui ont réagi efficacement, et il a bon espoir que, vu le degré d'interventions aux niveaux national et mondial, l'objectif de l'éradication d'ici la fin 2005 soit encore réalisable.

M. AL-NOAMI (Yémen) dit que son pays était sur le point d'être déclaré exempt de poliomyélite cette année, au moment où le poliovirus est réapparu dans les pays voisins. Le Yémen a relancé des campagnes de vaccination en avril, mais aurait dû le faire en février. Ce retard a permis à la poliomyélite de refaire son apparition au Yémen, avec 83 cas confirmés et 23 en cours d'examen. Collaborant avec le Soudan, d'où provient le virus sauvage, et avec d'autres pays, le Yémen a élaboré une nouvelle campagne reposant sur l'utilisation d'un vaccin monovalent, laquelle devrait débiter à la fin du mois de mai 2005. Le Yémen manque de moyens, mais il lui faut cinq ou six campagnes de vaccination « porte-à-porte » intensives avec une participation communautaire totale pour élargir la couverture. Il lui faut aussi accroître les activités de surveillance. La coopération internationale est fondamentale pour faire face à la menace de poliomyélite : les Etats Membres doivent prêter leur concours et l'OMS être à même de réunir les ressources nécessaires pour relever ce nouveau défi.

M. VAN OMMEN (Pays-Bas) rappelle que son pays a contribué de façon substantielle à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, tant financièrement que par le biais de son Institut national de la Santé publique qui sert de laboratoire de référence pour le poliovirus sauvage. Vu la tournure des événements, les Pays-Bas se demandent sérieusement si la stratégie d'éradication pourra être appliquée dans les régions en conflit ou sortant d'un conflit, car les systèmes de vaccination y sont médiocres et la couverture faible ; c'est là que le virus réapparaît. Comme les journées nationales de vaccination pèsent de façon disproportionnée sur les systèmes de santé affaiblis, il conviendrait de les cantonner aux régions où leur efficacité a été scientifiquement prouvée. Il serait opportun d'évaluer si l'éradication de la poliomyélite est toujours réalisable dans un futur proche et, dans le cas contraire, de définir ce que devrait être le plan d'urgence.

M. EL-TAYEB (Egypte) dit que le taux d'infection par le poliovirus a sensiblement été réduit mais que l'Egypte figure toujours parmi les pays ne pouvant être déclarés exempts de poliomyélite. Le Ministère de la Santé a mis en oeuvre bon nombre d'initiatives visant à éradiquer la maladie, soutenu par la volonté politique exprimée par le Président du pays. Un groupe de travail composé d'experts locaux et internationaux a été constitué en 2003 pour suivre l'évolution du programme et un comité a été créé dans le but d'éradiquer la poliomyélite dans les provinces. Une campagne nationale d'administration de trois doses de vaccin a commencé en décembre 2004 permettant de vacciner plus de 11 millions d'enfants, ce qui représente une couverture de plus de 99 %. Cette campagne a été largement relayée par les médias et s'est traduite par une sensibilisation accrue. Les chefs religieux ont participé aux campagnes menées et une soixantaine de médecins ont été dépêchés chaque jour dans les provinces pour prêter main-forte. Les opérations de surveillance et de détection ont été intensives et les mesures nécessaires ont été prises pour isoler le virus chez les cas détectés. Aucun nouveau cas n'a été signalé entre mai 2004 et mai 2005. Remerciant le Secrétariat pour l'assistance qu'il a fournie aux Etats de la Région de la Méditerranée orientale, il dit que l'Egypte espère se débarrasser de la poliomyélite. Toutefois, la réapparition du virus dans bon nombre de pays voisins laisse entendre qu'une coopération soutenue est toujours de mise.

Le Dr RAHMAN KHAN (Bangladesh) note que son pays est exempt de poliomyélite depuis plus de quatre ans, le dernier cas remontant à août 2000. Le Gouvernement a organisé un grand nombre de journées nationales de vaccination jusqu'en 2004, mais, suivant la recommandation d'un groupe technique consultatif, il n'y en a pas eu d'autre : l'accent s'est plutôt porté sur le renforcement de la vaccination systématique et l'intensification de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Or, vu la longue frontière qui sépare le Bangladesh de l'Inde, pays d'endémie, la menace de cas importés demeure. Pour cette éventualité, un plan d'intervention d'urgence est déjà en place. Si l'on détectait des cas importés ou encore des poliovirus circulants dérivés de la souche vaccinale, une opération de « ratissage » serait entreprise à l'échelle nationale dans un délai de 21 jours. Le Bangladesh a l'intention de poursuivre toutes les activités nécessaires jusqu'à ce qu'il obtienne la certification de pays exempt de poliomyélite.

Mme MENGISTU (Ethiopie) dit que son pays apprécie vivement le soutien de grande envergure de l'OMS. L'Ethiopie était exempte de poliomyélite depuis quatre ans et se préparait au processus de certification lorsque les deux premiers cas d'infection à poliovirus sauvage importé ont été déclarés en décembre 2004, suivis de quatre autres. Son Gouvernement a essayé d'empêcher l'importation de la poliomyélite en planifiant des campagnes de vaccination « porte-à-porte » ; pour ce faire, il a sollicité un financement auprès de donateurs, lequel est resté en instance pendant deux ans sans aboutir finalement. S'il avait été en mesure de donner suite à cette campagne, il aurait pu prévenir ces importations, mais toutes ces années de dur labeur et d'investissement paraissent aujourd'hui vaines. Si la poliomyélite n'est pas éradiquée des pays fortement peuplés que sont l'Angola, l'Ethiopie, le Nigéria et la République démocratique du Congo, il sera très difficile de l'éradiquer d'Afrique subsaharienne et du reste du monde. Par conséquent, l'Ethiopie demande instamment d'intensifier encore la collaboration entre les pays et de synchroniser plus étroitement les activités tendant à prévenir l'importation du poliovirus et d'autres infections frappant les enfants. Enfin, l'Ethiopie remercie l'OMS, l'UNICEF, le Rotary International et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, ainsi que plusieurs autres partenaires, pour leur concours et leur soutien.

Le Dr BRUNET (France) félicite le Secrétariat pour l'efficacité de son action concernant l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et salue les efforts des Etats Membres qui sont directement concernés. L'identification depuis 2004 de nouveaux foyers de la maladie dans des pays où elle avait disparu soulève certes des inquiétudes, mais elle est aussi la preuve de l'efficacité du système de détection rapide mis en place. Il est de notre responsabilité à tous de s'assurer que cette détection est suivie d'une réaction immédiate et massive afin d'étouffer dans l'oeuf la réapparition de nouveaux foyers. La France a réagi aux premiers signes de réapparition de la maladie en dégageant €30 millions sur trois ans afin d'atteindre l'objectif commun de l'éradication. Elle a aussi fourni son

assistance technique à certains pays touchés, d'abord au Niger et actuellement au Tchad, et vient de dégager sur son fonds d'urgence une somme de €100 000 pour aider aux vaccinations dans la région du Tigré en Ethiopie.

Continuant à exercer sa responsabilité au niveau national, la France vient de terminer l'inventaire des laboratoires français détenant encore le poliovirus ; depuis 2001, ce virus figure au nombre des agents susceptibles d'être utilisés comme arme biologique ou terroriste, ce qui a permis de renforcer la traçabilité du virus et la biosécurité.

Mme DEL VALLE MATA LEÓN (République bolivarienne du Venezuela) remercie le Directeur général et les principaux partenaires de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de leur apport conséquent en faveur de l'éradication du poliovirus sauvage, et prie instamment les Etats Membres de revaloriser leurs contributions et de concevoir des stratégies de financement plus équitables pour canaliser l'appui en faveur de l'Afrique, de l'Asie ou de tout pays concerné. L'apparition de nouvelles flambées épidémiques nécessite le réexamen des stratégies et appelle le maintien d'un appui financier durable.

Le Dr YOOSUF (Maldives) dit que son pays est exempt de poliomyélite autochtone depuis 1981 et n'a enregistré qu'un seul cas importé depuis lors. La couverture vaccinale dépasse 98 % et le pays dispose de solides mécanismes de surveillance de la paralysie flasque aiguë. Il est préoccupé par la réapparition du virus dans un pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et est tout aussi inquiet des deux mois qu'a mis l'OMS à communiquer cette information. Si ce retard est imputable à des contraintes technologiques, il faut tout mettre en oeuvre pour remédier à cette situation, car le diagnostic précoce et le partage d'informations sont essentiels pour réussir à éliminer la poliomyélite dans le monde.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) dit qu'en 1979 le pays a mis en place un programme élargi de vaccination afin de cibler les maladies évitables par la vaccination, dont la poliomyélite. L'orientation de ce programme a été réexaminée en 2001 en présence de toutes les parties concernées par la santé de l'enfant. D'autres actions ont été conduites, notamment l'élaboration d'un plan quinquennal de vaccination pour 2001-2006, d'un plan de viabilité financière et d'un plan de sécurité des injections. Le dernier cas de poliomyélite recensé au Lesotho remonte à 1986, soit deux ans avant l'adoption par l'Assemblée de la Santé de l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Au niveau régional, l'OMS a sélectionné le Lesotho comme candidat à la certification en 2005. Les activités menées à cette fin comprennent la surveillance de la paralysie flasque aiguë, des journées nationales de vaccination (dont la dernière a eu lieu en août 2004), des activités de vaccination supplémentaires, la formation de cadres moyens au programme élargi de vaccination et la mise en place de commissions de certification pour la poliomyélite. Le Lesotho remercie l'OMS et tous les partenaires engagés dans ces activités, dont l'Afrique du Sud et d'autres pays limitrophes, de leur soutien constant et se dit résolu à rester vigilant afin que la poliomyélite puisse être éradiquée dans la Région.

M. OLANGUENA AWONO (Cameroun) dit que, avec la résurgence observée il y a trois ans, la poliomyélite est une urgence sanitaire et son éradication mondiale appelle une action de grande ampleur. Le Cameroun se trouve malheureusement dans la zone de résurgence. Depuis l'adoption de la Déclaration sur l'éradication de la poliomyélite en Afrique par les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine à Yaoundé, en 1996, le Cameroun a investi plus de US \$18 millions dans l'éradication de la poliomyélite et, depuis 1999, n'a plus enregistré aucun nouveau cas, atteignant ainsi en 2002 le stade de la précertification. Ce processus a été stoppé en 2003 par la détection de nouveaux cas importés. Le Cameroun a, par conséquent, relancé une campagne de lutte contre la poliomyélite, synchronisée avec d'autres pays de la Région et avec l'appui de l'OMS, de l'UNICEF, du Rotary International et d'autres partenaires auxquels il adresse ses remerciements.

Sur les cinq cycles de la campagne de vaccination prévus pour 2005, trois ont déjà été réalisés avec succès à l'initiative des instances dirigeantes. Compte tenu de sa situation géographique charnière

entre l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest, le Cameroun entend jouer pleinement le rôle de barrière immunologique que lui a confié la communauté internationale. A cet égard, il remercie tout spécialement le Directeur général et son représentant chargé de l'éradication de la poliomyélite. L'expérience a montré, toutefois, que seuls des investissements durables dans la couverture vaccinale et la qualité de la surveillance peuvent mettre les pays à l'abri et qu'une action stratégique constante doit être menée au même niveau dans tous les pays concernés.

Le Dr AHMED (Pakistan) est convaincu que l'objectif de l'éradication de la poliomyélite sera atteint tout en étant, lui aussi, préoccupé par le léger retard qui a été pris. Malheureusement, le Pakistan est l'un des pays de transmission du poliovirus, mais il espère pouvoir parvenir bientôt à une transmission zéro – elle est effective dans 100 districts sur les 126 que compte le pays, et sept cas seulement ont été recensés pendant l'année en cours. Le pays ne ménage pas ses efforts pour veiller à ce qu'aucun enfant pouvant bénéficier des cycles de vaccination organisés ne passe au travers. Comme le Pakistan et l'Afghanistan partagent des cas importés, un effort synchronisé de « ratissage » est nécessaire pour arrêter la transmission du virus. Parmi les nombreux défis à relever figurent les barrières sociales qui entravent l'accès aux nourrissons, les zones de conflit, les communautés tribales et les contraintes météorologiques. Son Gouvernement reste entièrement dévoué à la cause de l'éradication de la poliomyélite et sait gré à l'OMS et à bien d'autres partenaires de lui apporter leur concours.

Le Dr SINGH (Inde) dit que son pays est fermement déterminé à arrêter la transmission de la poliomyélite d'ici la fin 2005 et qu'il considérera la détection de tout poliovirus comme une urgence sanitaire. Le programme d'éradication de la maladie s'est avéré très efficace au cours de l'année 2003 pour limiter la propagation du poliovirus puisque 225 cas seulement ont été recensés. Le programme de vaccination massive a été intensifié en 2004 et le virus a été cantonné principalement à deux zones, le Bihar central et l'Uttar Pradesh occidental, avec 134 cas déclarés au total pour cette année-là. Deux journées locales de vaccination ont déjà été menées avec succès en janvier et février 2005.

Le Dr ASSI-GBONON (Côte d'Ivoire) déclare que neuf cycles de journées nationales de vaccination contre la poliomyélite ont déjà été organisés entre 1997 et 2005 et qu'aucun cas n'a été notifié jusqu'en 2002, date du début de la crise militaire et sociopolitique. A partir de 2003, la situation épidémiologique s'est progressivement dégradée et, en 2004, 17 cas d'infection par le poliovirus sauvage ont été notifiés, classant ainsi la Côte d'Ivoire parmi les pays où la poliomyélite a fait sa réapparition.

Elle remercie l'OMS, l'UNICEF et la communauté internationale du soutien qu'ils lui ont accordé pour organiser cinq journées nationales de vaccination en 2005. Les résultats des deux premières ont été dans l'ensemble satisfaisants, avec quatre millions d'enfants vaccinés en février et cinq millions en avril. En ce qui concerne la surveillance de la paralysie flasque aiguë, il reste encore beaucoup à faire. Etant donné que la qualité des interventions est une question à laquelle on accorde une grande importance dans les campagnes de vaccination, on a procédé au marquage des enfants et des maisons et fait appel à des évaluateurs indépendants. Les activités de vaccination sont suivies par un comité de coordination national, regroupant les représentants des différents partenaires, et par des organismes locaux chapeautés par les autorités administratives. Le recrutement de personnel local a permis de mieux faire accepter la vaccination à l'ensemble de la population. Une action tendant à promouvoir une plus grande mobilisation sociale a été organisée dans les 19 régions du pays, lancée et coordonnée par le Chef de l'Etat, le Premier Ministre et les membres du Gouvernement de réconciliation nationale.

Malgré tous ces efforts, des préoccupations demeurent, notamment pour ce qui est de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, de la réalisation d'une couverture intégrale par la vaccination systématique et de la synchronisation des journées de vaccination avec celles des pays limitrophes. Afin d'accélérer le processus de certification de l'éradication de la poliomyélite, son pays sollicite l'appui de la communauté internationale, en particulier eu égard à la crise actuelle. Il sait gré à

l'OMS, à l'UNICEF, au Rotary International et aux autres partenaires du concours technique et financier apporté à son pays.

Le Dr AYDINLI (Turquie) dit que, parvenu au terme du programme d'éradication de la poliomyélite mis en oeuvre depuis le début des années 90, son pays a détecté la dernière infection par le poliovirus sauvage en novembre 1998 et que la Région européenne (comprenant la Turquie) a été certifiée exempte de poliomyélite le 21 juin 2002. Toutefois, l'importation de la poliomyélite en Turquie restera une menace tant que la maladie ne sera pas totalement éradiquée de la planète, et l'OMS doit être remerciée des efforts qu'elle déploie en faveur de cet objectif.

Le Dr OTTO (Palaos) dit que son pays n'a enregistré aucun cas de poliomyélite depuis la fin des années 60. Grâce aux efforts du Bureau régional du Pacifique occidental, des Etats Membres de la Région et des partenaires internationaux comme l'UNICEF et le Rotary International, la Région a été déclarée exempte de poliomyélite. Les pays qui la composent restent toutefois vigilants et leurs efforts portent notamment sur la mise en place de programmes de vaccination rigoureux. A cet égard, les Palaos savent gré au Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique de leur fournir une aide durable via les Centers for Disease Control and Prevention.

Le Dr JACKLICK (Iles Marshall) dit que son pays se félicite du soutien et de l'assistance que l'OMS lui fournit concernant le vaccin antipoliomyélique. Bien que le Ministère de la Santé n'ait enregistré aucun nouveau cas de poliomyélite, l'orateur prie l'OMS de continuer à mettre le vaccin à la disposition du pays.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que le Kenya, en partenariat avec d'autres pays, fait tout son possible pour réaliser l'objectif de l'éradication mondiale et qu'il souscrit à la nouvelle échéance de 2008. Les stratégies adoptées à cette fin comprennent notamment le renforcement des programmes de vaccination systématique, l'organisation de journées nationales de vaccination, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et la mise en oeuvre d'activités de « ratissage ». Bien qu'aucun cas de poliomyélite n'ait été confirmé depuis 1984, une surveillance permanente s'exerce depuis 1996. Ces deux dernières années, la surveillance est parvenue au niveau requis pour la certification ; des journées nationales et locales de vaccination contre la poliomyélite ont eu lieu entre 1996 et 2002, et le taux de couverture a dépassé les 90 % ; et la couverture par vaccination orale systématique s'est améliorée. Des campagnes de secours d'urgence ont été orchestrées dans trois secteurs à haut risque limitrophes du Soudan, et le Kenya réagit aux événements signalés au Yémen en mettant en place des journées de vaccination locales dans ses régions côtières. Le Kenya est confronté au risque d'importation du poliovirus sauvage en raison de l'ampleur de ses liaisons aériennes, maritimes et routières avec des pays d'endémie. Il remercie l'OMS de l'appui qu'elle continue à lui fournir.

Le Dr BELBEISI (Jordanie) abonde dans le sens des orateurs précédents en soulignant l'importance que revêtent, pour l'éradication de la poliomyélite, la vaccination systématique, la surveillance accrue de la paralysie flasque aiguë et la mise en place de journées nationales de vaccination. La Jordanie est exempte de la maladie depuis 1997 et la couverture vaccinale actuelle dépasse 96 %. Une vigilance constante s'impose néanmoins et des campagnes nationales de vaccination ont été lancées, plus particulièrement dans les zones à risque. La Jordanie remercie l'OMS de son soutien continu et reste profondément attachée à l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Le Dr GAMBOA PEÑARANDA (Costa Rica), soucieux de faire gagner du temps à la Commission, souscrit simplement à l'ensemble des vues exprimées par les orateurs précédents.

Le Professeur JOHNSTONE (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) déclare que son pays appuie sans réserve les efforts visant à éradiquer la poliomyélite. Le monde est sur le



point d'arrêter la transmission du poliovirus et les nouveaux cas déclarés sont un motif de préoccupation. L'un des obstacles majeurs qui empêchent la planète d'être à l'abri de la poliomyélite est le manque de financement, et le déficit actuel de US \$50 millions doit être comblé. Son pays encourage l'ensemble des Etats Membres à tout mettre en oeuvre afin de réunir les fonds nécessaires pour 2005 et au-delà.

Le Dr NAVARRO MARÍN (El Salvador) remercie l'OMS, l'UNICEF et les Etats Membres d'avoir fait en sorte que son pays puisse mener à bien son programme d'éradication de la poliomyélite. En 1987, le dernier cas de poliovirus sauvage a été isolé. Grâce à l'intensification des programmes de vaccination et de la vigilance épidémiologique, le pays est exempt de la maladie depuis 17 ans. Le programme national de vaccination a été poursuivi avec le vaccin de la souche Sabin. La mise en évidence, en août 2001, de la mutation du virus contenu dans le vaccin en Haïti et en République dominicaine a donné lieu à des campagnes de vaccination porte-à-porte, avec un taux de couverture de 98 %. El Salvador continue de tendre vers l'objectif de l'éradication de la poliomyélite en 2005, y compris la surveillance de la paralysie flasque aiguë, et il est préoccupant de noter que, dans certains cas où des entérovirus ont été isolés, aucun lien avec une pathologie n'a pu être établi, d'où la nécessité de renforcer la capacité des laboratoires afin d'identifier les entérovirus.

En ce qui concerne le confinement du poliovirus sauvage, 606 laboratoires privés et publics ont été inspectés et aucune forme de matière infectieuse ou potentiellement infectieuse n'a été trouvée.

Le Dr MUKELABAI (UNICEF) dit que l'organisation qu'il représente a la ferme conviction que les enfants doivent et peuvent être à l'abri de la poliomyélite, et elle est encouragée par l'attachement à cette cause, exprimé notamment par le Nigéria au nom des Etats Membres de la Région africaine. Cet effort appelle une volonté politique sans faille dans tous les domaines, et l'engagement des communautés elles-mêmes. L'UNICEF sera présent à toutes les étapes et continuera de gérer l'achat et la distribution des doses de vaccin antipoliomyélitique oral – ayant récemment acquis la toute dernière forme monovalente – et de cibler les enfants les plus difficiles à atteindre. Il est alarmant de constater, toutefois, que la poliomyélite se propage dans des zones qui étaient exemptes du virus depuis de nombreuses années. Dans certains cas, la situation est imputable à une faible couverture vaccinale. Il est important de relever et de maintenir la couverture par vaccination systématique.

L'éradication de la poliomyélite est un exemple de réussite mondiale et elle est tributaire de partenariats solides. Les enseignements tirés de l'éradication de la variole laissent entendre que celle de la poliomyélite sera plus difficile vers la fin. Cette hypothèse devrait renforcer la résolution et la volonté de finir le travail entrepris, veillant par là même à ce que tous les enfants du monde soient à jamais débarrassés de la maladie.

Le Dr MBIZVO (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, dit que les derniers pays encore touchés par la poliomyélite vont nécessiter un soutien plus énergique dans les mois à venir. La stratégie des journées nationales de vaccination synchronisées doit être intensifiée, des campagnes de qualité doivent être orchestrées et les partenaires doivent s'engager à apporter leur soutien maximal. La Fédération qu'il représente poursuit sa mission d'éradication de la poliomyélite en mettant l'accent sur les sociétés nationales des pays les plus atteints et en resserrant sa collaboration avec les autres partenaires. Son réseau de bénévoles opère dans les pays définis par l'OMS comme prioritaires en la matière. Il accorde une grande attention à la capacité qu'ont les pays de mobiliser leurs communautés pour promouvoir des programmes de vaccination efficaces, en particulier aux efforts tendant à assurer une couverture maximum dans les groupes de population difficiles à atteindre. La présence, dans ces communautés, de bénévoles de la Fédération qui oeuvrent de concert avec les organismes gouvernementaux et d'autres entités ayant des responsabilités en matière de vaccination est cruciale pour réussir et montre clairement comment le lien auxiliaire entre les sociétés nationales et les pouvoirs publics a fonctionné *de facto* à tous les niveaux, dans chaque pays. La Fédération s'engage à intensifier ses efforts dans le dernier assaut lancé contre la poliomyélite.

M. HÖRNDLER (Rotary International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, réitère l'engagement des 1,2 million de membres du Rotary International à collaborer avec ses partenaires jusqu'à ce que l'éradication de la poliomyélite soit certifiée. Il rend hommage aux responsables de la santé dans le monde pour leur formidable attachement à l'objectif qui consiste à débarrasser la planète de la poliomyélite et à faire en sorte que chaque enfant soit à l'abri d'une maladie que l'on peut prévenir en utilisant un vaccin efficace. Mais les nombreux obstacles que constituent la guerre, la pauvreté et la désinformation doivent être surmontés. Le réseau mondial de bénévoles du Rotary opérant au niveau communautaire s'engage à relever ces défis et à triompher de tout événement imprévu qui pourrait entraver l'éradication de la maladie dans le monde.

Rotary International, dont la détermination a permis de catalyser la résolution prise par l'Assemblée de la Santé en 1988 sur l'éradication de la poliomyélite, est toujours attaché à cet objectif. L'éradication de la poliomyélite en Afrique est réalisable, même si la dernière étape est la plus éprouvante. Les dernières poches d'endémie s'avèrent résistantes ; faute d'être éradiquée, la maladie se propagera à nouveau comme une traînée de poudre, paralysant sur son passage des centaines de milliers d'enfants chaque année.

Les pays ont coopéré comme jamais auparavant en synchronisant leurs campagnes de vaccination, et il y a eu une coopération sans précédent entre les gouvernements nationaux, les institutions du système des Nations Unies et le secteur privé. L'appui financier émanant des gouvernements donateurs, fondations et particuliers s'est avéré considérable, mais des bénévoles et des agents de santé ont malheureusement perdu la vie en essayant d'atteindre des enfants se trouvant dans des zones de conflit.

L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite a été saluée comme le modèle à suivre pour d'autres initiatives de santé à l'échelle mondiale. Vu l'importance des enjeux, il faut saisir cette occasion historique et mener à son terme cette initiative.

Le Dr HEYMANN (représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) remercie les Etats Membres d'avoir manifesté un soutien et une assistance sans faille et de maintenir le cap avec des programmes nationaux de surveillance de la poliomyélite et de vaccination rigoureux. Il a pris note des préoccupations exprimées concernant la poliomyélite paralytique postvaccinale et les poliovirus dérivés du vaccin. Heureusement, l'OMS est en mesure de fournir un cadre pour relativiser de tels risques puisque l'on s'achemine progressivement vers l'abandon du vaccin oral antipoliomyélitique. Il sait gré aux nombreux partenaires financiers de l'OMS de leur soutien sans précédent ; le Groupe des huit pays industrialisés, en particulier, a pris un engagement envers le budget 2005 et annoncé des contributions pluriannuelles au budget 2006-2008 de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. En outre, la Banque africaine de Développement signera, à brève échéance, des accords avec quatre pays africains afin de débloquer une aide exceptionnelle pour lutter contre l'épidémie persistante de poliomyélite en Afrique subsaharienne. Les pays Membres de l'Organisation de la Conférence islamique ont aussi adopté une résolution ferme pour poursuivre et achever la campagne d'éradication, suivant l'exemple donné par les Emirats arabes unis, la Malaisie et le Qatar en matière de financement. Il salue les pays partenaires qui viennent de rallier cette campagne, notamment l'Espagne, la Fédération de Russie, la France, Monaco et la Suède. Parmi les partenaires techniques figurent les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et le United Kingdom's National Institute for Biological Standards and Control ; la Fondation Bill et Melinda Gates a, quant à elle, soutenu la mise au point de nouveaux tests de diagnostic et parachève l'élaboration du nouveau vaccin monovalent.

La poliomyélite doit être éradiquée ; tant qu'elle reste présente dans un pays, la menace demeure pour tous. L'OMS continuera à se fier aux avis de son groupe consultatif qui, en avril, a fait le point de l'état d'avancement de l'éradication pays par pays. Le groupe est préoccupé par le niveau élevé de risque dans les pays à forte densité de population, où la transmission est facile. Il est toutefois satisfait de constater que le vaccin monovalent est à la disposition de ces pays, et il est en mesure de prévoir que la transmission sera interrompue dans le courant de l'année 2005. Le groupe a étudié la situation de la poliomyélite dans les pays en conflit et a été heureux de noter que le Ministre de la Santé pour la région nord du Soudan et le Directeur général de la Santé pour la région sud ont tous

deux assisté à une réunion des ministres de la santé du continent africain, tenue à Genève, au mois de janvier. Une mission conjointe effectuée récemment par l'OMS, l'UNICEF et le Rotary International au nord de la Côte d'Ivoire a permis aux efforts d'éradication de se poursuivre dans le pays. La vaccination systématique est fondamentale pour l'éradication et doit être renforcée grâce à une collaboration soutenue avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Il est encourageant de constater que les pays ont poursuivi leurs campagnes afin d'accroître la couverture vaccinale systématique et il sait gré aux donateurs, dont l'Australie, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, la France, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Rotary International d'avoir fourni des fonds en situation d'urgence.

**La Commission prend note du rapport.**

**Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe :** Point 13.3 de l'ordre du jour (résolution EB115.R11 ; documents A58/6 et A58/6 Add.1) (suite de la deuxième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la révision de la résolution EB115.R11 incorporant les amendements proposés par les délégations du Cameroun, du Canada, de l'Espagne, de l'Inde, de la République bolivarienne du Venezuela et de la Thaïlande :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Regrettant les graves conséquences humaines du séisme et du tsunami du 26 décembre 2004 qui ont frappé de nombreux pays, de l'Asie du Sud-Est à l'Afrique orientale, et fait, selon les estimations, 280 000 morts, des milliers d'autres personnes étant toujours portées disparues, et pas moins d'un demi-million de blessés, et laissé au moins cinq millions de personnes sans abri et/ou privées d'un approvisionnement suffisant en eau potable, de moyens d'assainissement, de nourriture ou de services de santé ;

Notant que des citoyens de plus de 30 pays ont été touchés par la catastrophe et que de nombreux professionnels de la santé figuraient parmi les morts ;

Consciente que l'essentiel des secours a d'abord été, et continuera d'être, apporté par les communautés affectées elles-mêmes et par l'intermédiaire des autorités locales, soutenues par une intense coopération internationale, et s'attendant à ce que ces communautés continuent de se heurter à de graves difficultés compte tenu de la perte de leurs moyens de subsistance, de la charge de travail excessive des services sanitaires et sociaux et des traumatismes psychologiques tant immédiats qu'à long terme ;

Reconnaissant que les interventions destinées à faire face aux problèmes de santé publique liés aux situations de crise devraient toujours renforcer l'ingéniosité et la capacité de résistance des communautés, les moyens des autorités locales, l'état de préparation des systèmes de santé et l'aptitude des autorités nationales et de la société civile à fournir un appui rapide et coordonné pour assurer la survie des populations immédiatement affectées ;

Appréciant l'assistance généreuse fournie aux pays touchés par les gouvernements, les groupes non gouvernementaux, les particuliers et les établissements de santé publique nationaux, y compris par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ;

Consciente des difficultés auxquelles doivent faire face les systèmes de santé locaux aux ressources insuffisantes pour localiser les personnes disparues, identifier les morts et prendre en charge les corps ;

Reconnaissant les problèmes que doivent résoudre les autorités locales débordées pour coordonner les opérations de secours, y compris le personnel et les biens généreusement mis à leur disposition du fait de la solidarité nationale et internationale ;

Notant que l'efficacité des interventions des pays affectés en cas d'événement soudain de cette ampleur indique s'ils sont préparés et prêts à agir de façon ciblée et concertée, en particulier pour sauver des vies et maintenir les survivants en vie ;

Rappelant que plus de 30 pays dans le monde traversent actuellement des crises graves, souvent depuis longtemps, que pas moins de 500 millions de personnes sont en danger, diverses menaces évitables compromettant leur survie et leur bien-être, et qu'une vingtaine d'autres pays sont très exposés au risque d'événements graves, d'origine naturelle ou humaine, ce qui porte à 2 ou 3 milliards le nombre des personnes exposées ;

Reconnaissant que les analyses des besoins sanitaires et du fonctionnement des systèmes de santé, dans le contexte des politiques nationales et des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris des objectifs énoncés dans la Déclaration du Millénaire, sont indispensables pour le relèvement et la remise en état appropriés de services de santé personnels et de services de santé publics équitables, tâche qui nécessite une synergie claire entre préparation et interventions ;

Réaffirmant la nécessité de renforcer les capacités locales pour évaluer les risques et de se préparer à d'éventuelles catastrophes ultérieures et d'intervenir le cas échéant, y compris en dispensant une éducation continue au public, en dissipant les mythes relatifs aux conséquences sanitaires des catastrophes et en réduisant le risque que des établissements de santé essentiels soient endommagés en cas de catastrophe ;

Reconnaissant que l'amélioration de la situation sociale et économique des pays les plus défavorisés est une action préventive qui réduit le risque de crises et de catastrophes et leurs conséquences ;

Tenant compte des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) ;

1. EXHORTE la communauté internationale à continuer, à la demande des pays, à soutenir fermement et durablement les zones affectées par le tsunami du 26 décembre 2004, et à accorder la même attention aux besoins des populations touchées par d'autres crises humanitaires ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à apporter un soutien adéquat aux pays touchés par le tsunami pour le relèvement durable de leurs systèmes sanitaires et sociaux ;

2) à accorder une attention particulière aux besoins en santé mentale et à l'établissement de modèles de prestation de services dans leurs systèmes sanitaires et sociaux ;

3) à faire tout leur possible pour participer activement aux mesures collectives en vue d'établir des plans de préparation mondiaux et régionaux qui intègrent la planification de la réduction des risques dans le secteur de la santé et de renforcer les capacités d'intervention en cas de crise sanitaire ;

4) à formuler, sur la base d'une cartographie des risques, des plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui tiennent dûment compte de la santé publique, y compris de l'infrastructure sanitaire, et du rôle du secteur de la santé dans les situations de crise, afin d'améliorer l'efficacité des interventions en cas de crise et des contributions au relèvement des systèmes de santé ;

5) à veiller à ce que les femmes et les hommes aient également accès à des programmes formels et informels de sensibilisation à la préparation aux situations d'urgence et à la prévention des catastrophes au moyen de systèmes d'alerte rapide donnant aux femmes aussi bien qu'aux hommes les moyens de réagir en temps voulu et de manière opportune, et à ce que tous les enfants puissent bénéficier de l'éducation et des interventions appropriées ;

6) à veiller à ce qu'en cas de crise toutes les populations touchées, y compris les personnes déplacées, aient un accès équitable aux soins de santé essentiels, en s'employant à sauver la vie des personnes en danger et à maintenir en vie celles qui ont survécu et en se préoccupant particulièrement des besoins spécifiques des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes souffrant de traumatismes physiques et psychologiques aigus, de maladies transmissibles, de maladies chroniques ou de handicaps ;

- 7) à encourager, dans le cadre du projet de budget programme 2006-2007, l'examen des activités de l'OMS en rapport avec les crises et les catastrophes, afin de permettre des interventions immédiates, en temps voulu, adaptées, suffisantes et durables, et à envisager d'augmenter les contributions afin de garantir le financement adéquat des actions et des interventions importantes de l'OMS avant, pendant et après les crises ;
  - 8) à protéger le personnel national et international mobilisé pour améliorer la santé des communautés affectées par les crises et à s'assurer que ce personnel bénéficie du soutien nécessaire pour entreprendre d'urgence toute action humanitaire requise et soulager les souffrances – dans toute la mesure possible – lorsque des vies sont menacées ;
  - 9) à renforcer les systèmes d'information et à améliorer la collaboration avec les médias nationaux et internationaux afin d'assurer la disponibilité d'informations exactes et actualisées ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'intensifier l'appui de l'OMS aux Etats Membres touchés par le tsunami qui s'efforcent d'améliorer les systèmes de surveillance de la maladie et l'accès à de l'eau propre, à des moyens d'assainissement, à des denrées alimentaires sûres, à des médicaments essentiels de qualité et à des soins de santé, notamment en matière de santé mentale, en fournissant les conseils techniques nécessaires, y compris sur la prise en charge des corps et la prévention des maladies transmissibles, et en assurant la communication rapide et correcte de l'information ;
  - 2) de communiquer activement et en temps voulu, des informations exactes aux médias internationaux et locaux pour mettre fin aux rumeurs et prévenir ainsi les mouvements de panique, les conflits et les autres conséquences sociales et économiques ;
  - 3) d'accorder une attention particulière au soutien aux Etats Membres pour l'établissement de modèles de prestation de services dans leurs systèmes sanitaires et sociaux ;
  - 4) d'encourager la coopération relative aux activités sur le terrain entre l'OMS et les autres organisations internationales, avec l'appui des organismes donateurs, de façon à aider les gouvernements des pays touchés par le tsunami à coordonner les mesures prises pour relever les défis pour la santé publique, sous l'égide du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, et à planifier et assurer un relèvement rapide et durable des systèmes et des services de santé, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès de cette coopération ;
  - 5) d'aider à concevoir les aspects sanitaires des programmes de soutien visant les personnes dont la vie et les moyens de subsistance ont été affectés par le tsunami, ainsi que les services nécessaires de prise en charge de leurs traumatismes physiques et mentaux ;
  - 6) d'adapter et de revoir, le cas échéant, l'action dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours ainsi que dans les autres domaines associés aux interventions de l'ensemble de l'Organisation en cas de crise, et d'assurer les ressources nécessaires à son efficacité ;
  - 7) de renforcer la capacité de l'OMS à fournir un appui dans le cadre des mécanismes de coordination du système des Nations Unies et d'autres institutions, en particulier le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, pour élaborer, tester et appliquer des plans de préparation aux situations d'urgence liés à la santé, répondre aux besoins sanitaires critiques des personnes dans des situations de crise, et planifier et mettre en oeuvre un relèvement durable après une crise ;
  - 8) d'établir des voies hiérarchiques claires à l'OMS pour faciliter des interventions rapides et efficaces aux premiers stades d'une situation d'urgence et de communiquer clairement ces dispositions aux Etats Membres et aux autres partenaires du système des Nations Unies ;

- 9) de mobiliser les compétences sanitaires de l'OMS, d'accroître son aptitude à trouver les compétences extérieures, de faciliter une collaboration efficace entre les compétences locales et internationales, d'assurer la mise à jour et la pertinence des connaissances et du savoir-faire, et de faire en sorte que ces compétences soient disponibles afin d'assurer un appui technique rapide et approprié aux programmes sanitaires tant internationaux que nationaux de préparation aux catastrophes, d'intervention, d'atténuation des effets et de réduction des risques ;
- 10) de favoriser la poursuite active de la coopération de l'OMS avec la stratégie internationale de prévention des catastrophes, veillant ainsi à ce que l'accent soit suffisamment mis sur les préoccupations liées à la santé dans la mise en oeuvre des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) ;
- 11) de veiller à ce que l'OMS aide tous les groupes concernés à assurer la préparation aux catastrophes et aux crises, les interventions nécessaires et les opérations de relèvement ultérieures moyennant des évaluations fiables, réalisées en temps opportun, des souffrances et des dangers pour la survie des populations à partir des données de morbidité et de mortalité ; la coordination de l'action sanitaire en fonction de ces évaluations ; le recensement des problèmes qui menacent les issues sanitaires et la mise en oeuvre de mesures pour les résoudre ; et le renforcement des capacités locales et nationales, y compris le transfert de compétences, de données d'expérience et de technologie entre Etats Membres, compte dûment tenu des liens entre les opérations de secours et la reconstruction ;
- 12) de renforcer les services de logistique existants dans le cadre du mandat de l'OMS en coordination étroite avec les autres organisations humanitaires afin que les Etats Membres puissent disposer de la capacité opérationnelle nécessaire pour recevoir une assistance rapide et en temps voulu lorsqu'ils se trouvent confrontés à des crises de santé publique ;
- 13) d'élaborer des modèles et des lignes directrices pour l'évaluation rapide des incidences sanitaires après les crises, afin d'assurer des interventions appropriées, en temps voulu et efficaces dans les communautés affectées ;
- 14) d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, des progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. LEPPÖ (Finlande), constatant que la résolution révisée ne mentionne pas la violence à l'encontre des femmes, suggère d'insérer un nouvel alinéa après le paragraphe 2.5) qui serait formulé comme suit : « à accorder une attention particulière à la recrudescence des violences sexistes pendant les crises et à apporter un soutien approprié aux personnes touchées ; ». Pour des raisons de cohérence avec l'intitulé du projet de résolution, il suggère également d'ajouter le membre de phrase « et à tous les autres Etats Membres affectés par une crise ou une catastrophe » après les mots « aux pays touchés par le tsunami » au paragraphe 2.1) et « aux Etats Membres touchés par le tsunami » au paragraphe 3.1).

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) approuve cette suggestion. La violence à l'encontre des femmes pendant les crises est absolument inacceptable et il faudrait instaurer des systèmes de contrôle pour l'empêcher lors de la remise sur pied des services sanitaires et sociaux.

M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) propose, avec l'appui de M. PERDOMO (République bolivarienne du Venezuela), deux paragraphes supplémentaires 2.11) et 2.12), respectivement « à accroître la solidarité internationale et à établir des mécanismes de coopération pour l'élaboration de stratégies de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ; » et « à envisager d'instaurer éventuellement des mécanismes et des modalités qui permettent de disposer rapidement de fonds mondiaux en cas de catastrophe et d'intervenir promptement et efficacement ; ».

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) suggère de substituer le mot « ressources » à ceux de « fonds mondiaux », ces derniers n'ayant pas les mêmes connotations selon les pays.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) tient à ce que le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU conserve son mandat dans le contexte des opérations de l'ONU, à savoir évaluer les besoins et lancer des appels communs à la communauté internationale. La plupart des opérations menées en cas de catastrophe et dans les situations d'urgence nécessitent à la fois un financement immédiat et un financement à long terme. Il propose d'insérer les mots « dans le cadre des compétences du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU » avant le paragraphe 2.12) qu'il est proposé d'ajouter.

M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) explique que sa proposition ne se limite pas aux mécanismes existants et concerne également les donateurs bilatéraux et autres donateurs. Le texte devrait peut-être préciser « disposer rapidement de ressources, y compris de fonds mondiaux ». Il ne lui paraît pas acceptable que le financement en cas de catastrophe soit subordonné à l'action du Bureau de la coordination des affaires humanitaires. Différents organismes, dont l'OMS et des donateurs bilatéraux et régionaux, fournissent directement des ressources de toutes sortes, humaines, financières et techniques.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) suggère de former un petit groupe de rédaction dont fassent partie les délégations concernées afin de modifier le texte de la résolution.

Le PRESIDENT demande aux délégations des Etats-Unis d'Amérique et de Cuba de s'entendre sur le texte.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la quatrième séance, section 1.)

**Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses :** Point 13.4 de l'ordre du jour (résolution EB114.R1 ; document A58/7)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant de Conseil exécutif), présentant ce point de l'ordre du jour, souligne que la question du financement durable est primordiale si l'on veut atteindre en 2015 la cible qui, dans les objectifs du Millénaire pour le développement, concerne la tuberculose. Un plan mondial pour atteindre cette cible sera mis en place fin 2005. La résolution sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses a été élaborée dans le cadre de ce plan et dans le contexte du renforcement des systèmes de santé.

A sa cent quatorzième session, le Conseil exécutif a adopté la résolution pertinente après avoir examiné en particulier les questions de savoir comment s'acquitter de l'engagement à assurer un financement suffisant pour atteindre la cible fixée à 2015, veiller à ce que tous les malades de la tuberculose aient accès à des soins conformes à la norme universelle s'inscrivant dans la stratégie DOTS et renforcer la prévention de la tuberculose et la mobilisation sociale contre cette maladie.

La visite que l'orateur a effectuée en personne dans un hôpital où étaient soignés des malades de la tuberculose lui a clairement montré l'importance de la tâche, et le Conseil exécutif juge très important que l'Assemblée de la Santé examine le rapport et adopte la résolution contenue dans la résolution EB114.R1.

Le Dr RUIZ (Mexico) souscrit au projet de résolution, mais suggère de le renforcer en ajoutant, entre les paragraphes 1 et 2, un intitulé qui encourage les institutions financières et sociales à participer à la création de partenariats Halte à la tuberculose dans tous les pays.

Le Dr KAMUGISHA (Ouganda), prenant la parole au nom du Groupe africain, souligne que la tuberculose, encore aggravée par la malnutrition et son lien étroit avec l'infection à VIH, reste une cause importante de morbidité et de mortalité, surtout en Afrique subsaharienne. Les deux programmes qui s'occupent de la tuberculose et de l'infection à VIH devraient coordonner leurs activités. D'une manière générale, il faudra mettre l'accent sur l'Afrique ces prochaines années pour mobiliser des ressources et lutter plus efficacement. Le Groupe africain adhère donc à la feuille de route pour la lutte contre la tuberculose en Afrique approuvée par le Conseil de Coordination du partenariat Halte à la tuberculose (Addis-Abeba, 4 mai 2005). Par ailleurs, pour maîtriser totalement la tuberculose au niveau communautaire, les programmes de lutte doivent soutenir les initiatives entre les secteurs public et privé afin de dispenser des soins de la plus grande qualité et de parvenir à des taux de dépistage et de guérison élevés dans les systèmes de santé publics et autres. On sait l'importance de l'initiative et de l'engagement politiques, des partenariats, de la participation communautaire et d'un système de santé solide pour lutter efficacement contre la tuberculose. Le Groupe africain soutient donc le renforcement des capacités en vue de développer les ressources humaines et les services de laboratoire et espère recevoir l'assistance technique dont il a besoin.

Constatant que les pays progressent vers les cibles fixées par l'Assemblée de la Santé pour 2005 et que, d'après les projections, le taux mondial de dépistage devrait atteindre 60 % et le taux mondial de guérison 82 % d'ici la fin de l'année, il souhaiterait qu'un rapport définitif sur les résultats de la lutte antituberculeuse dans le monde soit présenté à l'Assemblée de la Santé en 2006 ou en 2007. Le Groupe africain considère également que ces cibles opérationnelles devraient faire l'objet d'un contrôle permanent et être atteintes le plus vite possible dans tous les pays afin qu'il soit possible d'atteindre celles, plus importantes, qui consistent à réduire l'incidence, la prévalence et la mortalité comme il est prévu au titre du sixième objectif du Millénaire pour le développement. L'OMS devrait s'efforcer d'incorporer les nouveaux éléments de la lutte antituberculeuse que définit le projet de résolution dans une stratégie globale afin qu'il soit possible de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. Le meilleur moyen de planifier à long terme pour 2006-2015 est d'utiliser le deuxième plan mondial Halte à la tuberculose tout en s'appuyant sur des plans propres à chaque pays qui soient viables et clairement budgétisés. Les Etats Membres de la Région africaine vont s'employer à élaborer ces plans. Ils sont favorables à l'idée de mobiliser davantage de ressources pour répondre aux besoins des programmes dans les pays. Compte tenu de ces considérations, l'orateur propose que les Etats Membres mettent sur pied des programmes de collaboration tuberculose/VIH, placent la prévention et la lutte antituberculeuses au coeur de leurs plans de développement sanitaire, et créent un partenariat Halte à la tuberculose au niveau national. Par ailleurs, le Groupe africain prie instamment le Directeur général de rendre compte régulièrement de la progression vers les cibles dont sont assortis les objectifs du Millénaire pour le développement, de distinguer la tuberculose des autres maladies dans le sixième objectif et de promouvoir la recherche-développement de nouveaux moyens de lutte contre la tuberculose dans le cadre du plan mondial Halte à la tuberculose.

M. BELOT (Afrique du Sud) est d'accord avec l'orateur précédent et souligne qu'il est important de mettre au point de meilleurs outils de diagnostic de la tuberculose et des médicaments qui raccourcissent la durée du traitement et n'aient que peu d'effets secondaires.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) reconnaît l'importance de la coopération internationale et de l'action menée par l'OMS et beaucoup d'autres organisations internationales contre la tuberculose partout dans le monde, y compris dans son pays. Il approuve la stratégie DOTS en général, mais n'adhère pas à toutes les positions défendues jusqu'ici concernant l'application de celle-ci dans son pays. Le programme actuel sera étendu de façon à donner la priorité aux mesures préventives, rechercher activement les sujets présentant des symptômes cliniques et/ou dont la radiographie révèle la présence de la maladie, et adopter une approche d'ensemble en matière de traitement qui englobe la chimiothérapie, la chirurgie et la thérapie immunomodulatrice. Le succès du traitement est défini notamment comme non seulement la guérison des manifestations bactériologiques et cliniques, mais aussi le recouvrement par le patient de son aptitude au travail et de son



fonctionnement social. Il est partisan de concevoir une stratégie d'ensemble en matière de lutte antituberculeuse qui couvre, entre autres choses, la pharmacorésistance et la tuberculose liée au VIH.

Le Dr YUSHARMEN (Indonésie) estime que le financement n'est qu'un des éléments nécessaires à la viabilité de la lutte antituberculeuse. Il faut aussi plaider activement auprès de tous les intéressés, en particulier auprès des responsables politiques, en insistant sur l'ampleur de la maladie et sur le rapport coût/efficacité de l'investissement dans la stratégie DOTS. Il faut renforcer les partenariats et la coopération avec tous les acteurs, y compris les hôpitaux, les dispensaires privés et les institutions communautaires afin que les services DOTS soient accessibles, uniformément répartis et tenus de rendre des comptes ; ils devraient faire partie intégrante des services de soins de santé primaires. La stratégie DOTS devrait figurer au programme des établissements qui forment aux métiers de la santé, et la formation devrait être axée sur le développement des ressources humaines selon un nouveau modèle qui couvre la formation initiale, la formation en cours d'emploi et l'encadrement. Tous les établissements de soins de santé devraient appliquer et respecter les normes minimales de prestation (y compris la stratégie DOTS).

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 3.)

**La séance est levée à 12 h 40.**

## QUATRIEME SEANCE

**Jeudi 19 mai 2005, 15 heures**

**Président : Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)**

### **1. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)**

**Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe : Point 13.3 de l'ordre du jour (résolution EB115.R11 ; documents A58/6 et A58/6 Add.1) (suite de la troisième séance)**

Le **PRESIDENT** appelle l'attention sur un amendement au paragraphe 2.12) du texte révisé du projet de résolution proposé par les délégations du Canada, de Cuba et des Etats-Unis d'Amérique et rédigé comme suit :

« à envisager d'améliorer les mécanismes d'aide humanitaire intergouvernementaux existants et d'instaurer éventuellement des mécanismes et des modalités supplémentaires qui permettent de disposer rapidement de ressources en cas de catastrophe et d'intervenir promptement et efficacement ; ».

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

### **2. BUDGET PROGRAMME 2002-2003 : APPRECIATION DE L'EXECUTION : Point 11 de l'ordre du jour (documents PBPA/2002-2003 et PBPA/2002-2003 Corr.1)**

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif) fait savoir que le Conseil exécutif s'est félicité de la nouvelle méthode de présentation du budget programme et du rapport d'appréciation de l'exécution, qu'il a jugée plus transparente et plus complète que la précédente.

Un avant-projet de rapport d'appréciation a été mis à la disposition des Etats Membres en mai 2004. Il a ensuite été révisé à la lumière de leurs observations et examiné en profondeur par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration avant la cent quinzième session du Conseil exécutif. Le Conseil a souscrit au principe d'appréciation de l'exécution, car ce bilan donne des informations utiles pour analyser l'exécution du budget pendant l'exercice, déterminer la mesure dans laquelle les programmes et activités ont donné les résultats escomptés et savoir comment les priorités fixées par l'Assemblée de la Santé ont été respectées. On a mis un soin particulier aux rubriques Enseignements et Principaux obstacles, qui indiquent les difficultés à surmonter. Le Conseil a noté que l'analyse sans détour du rapport traduisait le nouvel esprit de transparence et de responsabilisation qui prévaut à l'OMS et qu'elle avait été utile pour établir le projet de budget programme 2006-2007.

Le Conseil a examiné et pris acte avec satisfaction de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003.

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le premier rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.1.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) indique que l'établissement du rapport d'appréciation a été une étape importante pour instaurer un meilleur cadre de gestion fondé sur les résultats et garantir une plus grande responsabilité. Les observations des Etats Membres ont permis d'améliorer le rapport. Le Secrétariat espère qu'il sera possible de présenter à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en même temps que le rapport financier pour 2004-2005, une appréciation de l'exécution indiquant les résultats escomptés et les résultats effectifs de l'action de l'Organisation. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a récemment examiné un rapport intérimaire à moyen terme (2004) en vue d'établir un rapport actualisé sur les questions financières et les résultats financiers.

### **La Commission prend note du rapport.**

### **3. PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006-2007 : Point 12 de l'ordre du jour (documents PB/2006-2007 et PB/2006-2007 Corr.1, A58/INF.DOC./1 et A58/INF.DOC./3)**

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif) explique que le projet de budget programme du Directeur général pour 2006-2007 a d'abord été examiné par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration à sa première réunion, qui s'est tenue avant la cent quinzième session du Conseil exécutif. Les membres du Conseil ont salué l'approche fondée sur les résultats et les orientations stratégiques proposées, mais ont fait des observations et demandé des éclaircissements sur certains points. Ils ont estimé qu'il fallait revoir les buts dans certains domaines d'activité pour les rendre plus cohérents, pour indiquer clairement les engagements pris en faveur d'objectifs de santé acceptés et pour insister sur la collaboration avec d'autres organisations et partenaires. Ils ont également estimé qu'il fallait revoir certains des résultats escomptés, cibles et indicateurs pour mieux tenir compte de la charge morbide constatée aujourd'hui et des priorités fixées par les organes directeurs. Ils ont par ailleurs suggéré de réaffecter une partie des fonds à différents domaines d'activité dans le cadre des propositions budgétaires.

Le Conseil a noté avec inquiétude la diminution rapide ces dix dernières années de la part que représente le budget ordinaire dans le budget global et les conséquences qu'elle risque d'avoir sur la direction de l'Organisation, son indépendance, ses fonctions normatives et sa faculté à exercer certaines activités techniques qui n'attirent pas particulièrement les donateurs.

La proposition du Directeur général d'augmenter de 9 % le budget ordinaire et d'allouer ce supplément de fonds aux pays et aux Régions n'a pas laissé de préoccuper certains membres ; certains étaient opposés à toute augmentation, d'autres la trouvaient justifiée. Le Directeur général a pris note des différents points de vue exprimés et révisé le projet de budget programme avant de le présenter à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) insiste sur la volonté du Directeur général de procéder à une concertation avant d'établir le budget afin que celui-ci reflète bien les besoins et les attentes des Etats Membres. Les consultations ont commencé dès le courant de 2004 par des réunions d'information avec les missions à Genève, puis les comités régionaux, le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et le Conseil exécutif ont débattu en détail de la question. A chaque fois, on s'est efforcé de tenir compte des suggestions et des priorités des Etats Membres.

Le Conseil a demandé au Directeur général de revoir des parties du texte du budget, certaines orientations stratégiques ainsi que des résultats escomptés et indicateurs. Ce qui a été fait. Le Conseil a également demandé la réaffectation d'une petite partie des ressources, comme il est indiqué à la page 2 du document PB/2006-2007. Le budget programme proposé se monte au total à US \$3,3 milliards, soit une augmentation globale de 17 % financée par une hausse de 4 % des contributions au budget ordinaire. Cette augmentation va dans la direction opposée de celle suivie ces dernières années, mais son volume total reste modeste. Une augmentation du budget de ce montant permettra à l'Organisation de conserver ses priorités, de financer correctement ses activités essentielles et de faire des économies

sur le coût des transactions. Il est également prévu que les contributions volontaires augmenteront de 23 %.

Si l'on compare les recettes de l'Organisation en 2002 et en 2004, on constate que les contributions volontaires ont augmenté de 36 %. C'est une preuve encourageante de la confiance que les Etats Membres font à l'Organisation et, compte tenu de ce chiffre, l'augmentation de 23 % envisagée paraît réaliste.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner les questions d'ordre général exposées dans la partie I du document PB/2006-2007.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite que le projet de budget programme présente l'avantage de bien mieux répartir les ressources, mais regrette qu'il ne tienne pas compte des attentes de sa Région. Malgré le fait que les augmentations proposées auront pour effet net d'accroître la contribution de dix Etats africains, sa Région a approuvé le projet de budget et ses représentants ont participé activement aux débats de la cent quinzième session du Conseil exécutif, à laquelle les membres sont parvenus à un consensus en faveur de l'adoption du budget.

L'Afrique est toujours aux prises avec le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, les problèmes de santé de la mère, du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent, la poliomyélite et les fièvres hémorragiques virales. Les Régions devraient recevoir un budget proportionnel à la charge de morbidité qu'elles enregistrent. Les crédits destinés à la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, dont l'augmentation marginale est de 20 %, 11 % et 9 % respectivement, sont à l'évidence bien inférieurs aux besoins réels.

Le budget programme 2006-2007 devrait privilégier les domaines dans lesquels le fait d'agir aidera à atteindre plus rapidement les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, conformément à la résolution WHA57.12, et à honorer les engagements pris dans les résolutions WHA55.25, WHA56.20 et WHA56.21 sur la survie de l'enfant, WHA57.14 et WHA53.1 sur la lutte contre les pandémies mondiales de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme, WHA57.9 et WHA57.10 sur la promotion d'environnements sains, et WHA56.27 et WHA55.14 sur l'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels. On aurait pu consacrer davantage de ressources à la mise en oeuvre de ces résolutions.

Les efforts que fait le Directeur général pour renforcer les systèmes de santé au niveau des pays en allouant plus de ressources aux pays et aux Régions sont louables. La Région africaine apprécie également le caractère participatif du processus budgétaire, qui devrait être maintenu. Elle prend note des six domaines d'activité qui seront privilégiés pendant l'exercice 2006-2007 mais estime qu'un financement s'impose aussi de toute urgence pour développer les ressources humaines pour la santé et renforcer les systèmes de santé, y compris les médicaments essentiels. La flambée de fièvre de Marburg en Angola a montré que la Région avait besoin de fonds importants au titre du programme d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

La répartition des ressources envisagée est généralement satisfaisante, mais le volume des contributions volontaires affectées à des programmes en particulier est préoccupant. Il vaudrait mieux ne pas en désigner l'objet afin que le Directeur général puisse en disposer plus librement et financer les deux domaines particulièrement importants pour la Région africaine. Il est à espérer par ailleurs que l'affectation de ces fonds à des programmes donnés ne privera pas certaines initiatives méritantes des ressources dont elles ont besoin si la répartition venait à se faire d'après des considérations politiques, ce qui serait contraire aux objectifs sociaux et humanitaires du budget programme. Pour atteindre les cibles définies dans le budget programme, le Directeur général doit disposer des ressources nécessaires.

M. NAKAZAWA (Japon) dit la volonté de son pays de continuer à apporter une contribution financière et technique à l'OMS. Pour être capable de réagir rapidement aux crises sanitaires à tous les niveaux, l'OMS doit renforcer et rationaliser ses activités. Pour apporter les améliorations voulues, il ne suffit pas d'augmenter le budget : une plus grande efficacité exige de bien fixer les priorités, puis

de répartir les ressources en conséquence, de coordonner la mise en oeuvre, d'assurer le suivi et l'évaluation et de communiquer les résultats.

Certains aspects du projet de budget programme 2006-2007 en général préoccupent le Japon. Les dispositions prises pour décentraliser les fonctions vers les Régions et les pays sont insuffisantes et ne correspondent pas à ce qu'on attend de la nouvelle administration. La proportion des ressources de toutes provenances allouées au Siège a été ramenée à 25 %, mais le montant est le même voire légèrement plus élevé en valeur absolue, donc il n'y a pas de réduction des activités au Siège. De plus, il ressort à l'analyse des informations données dans la Figure 1 et à l'annexe 2 que la proportion avoisine plutôt les 30 %. L'allocation au Siège devrait être revue de façon à la réduire en termes réels.

Les arguments avancés pour justifier une augmentation du budget ordinaire sont, d'une part, le déséquilibre entre celui-ci et les contributions volontaires et, d'autre part, le fait que ces contributions sont à objet désigné. Or le problème vient plutôt de l'absence de principes fondamentaux pour allouer les fonds provenant de ces deux sources au sein d'une seule et même organisation, d'où un surfinancement dans certains domaines et un déficit dans d'autres. De plus, les contributions volontaires sont souvent sollicitées par des unités particulières plutôt que de façon coordonnée et stratégique par l'ensemble de l'Organisation. Il faudrait revoir le projet de budget programme pour remédier à cette situation en allouant le budget ordinaire aux domaines les plus prioritaires et en demandant des contributions volontaires pour les domaines qui ne sont pas assez financés, ou en allouant de manière plus stratégique le budget ordinaire aux domaines insuffisamment financés.

Les augmentations conjuguées pour les exercices 2006-2007 et 2004-2005 équivalent à une augmentation de 41 % en quatre ans, chiffre plutôt élevé qui fait craindre des problèmes de discipline fiscale. De plus, les dépenses d'appui aux projets, qui sont censées représenter 13 % des contributions volontaires, ne sont pas toujours recouvrées comme il faudrait et le solde à financer est prélevé sur le budget ordinaire. L'OMS devrait renforcer et réorganiser ses activités d'une façon qui n'oblige pas à augmenter le budget ordinaire quand il y a encore moyen de gagner en efficience.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) accueille avec satisfaction le rapport sur les fonctions normatives et statutaires de l'OMS (document A58/INF.DOC./3) et souscrit aux principes et pratiques qui y sont exposés. Les fonctions statutaires de l'OMS exigent de celle-ci qu'elle soit intègre, impartiale et libre de toute influence pouvant résulter de contributions volontaires dont les donateurs ont désigné l'objet. Le projet de budget programme 2006-2007, même s'il est bien préparé, persiste cependant à s'appuyer sur les fonds extrabudgétaires, qui représenteront 72 % du budget total contre 69 % en 2004-2005. L'augmentation du budget ordinaire envisagée n'est que de 4 % alors que celle escomptée pour les ressources extrabudgétaires est de 23 %. Par conséquent, le Secrétariat, dont les membres du personnel sont rémunérés sur les crédits du budget ordinaire, sera responsable de programmes financés par des contributions volontaires à objet désigné, le risque étant que les activités soient dictées par les donateurs et non par les Etats Membres. Comment faire face à cette tendance dans l'exécution du programme général de travail 2006-2015.

Le projet de budget programme est un document important pour garantir le respect des priorités fixées par les Etats Membres dans les résolutions et les décisions de l'Assemblée de la Santé. Après analyse, il apparaît néanmoins que le projet de budget programme 2006-2007 ne reflète pas dûment toutes les priorités. Il est décevant de constater que les plus grosses coupes opérées dans le budget ordinaire concernent les ressources humaines pour la santé (26 %), les politiques relatives au système de santé et la prestation des services (25 %) et l'élaboration de politiques pour la santé et le développement (19 %). Dans la résolution WHA57.19, intitulée Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, et qui est le fruit de négociations intenses, le Directeur général est prié de faire des ressources humaines pour le développement sanitaire un secteur prioritaire du programme général de travail de l'OMS 2006-2015. Or seulement 2,41 % du budget total de l'OMS y sont consacrés contre 2,66 % en 2004-2005. Les migrations internationales des personnels de santé sont un problème permanent dans les pays en développement et il n'est pas juste que le personnel formé aux frais de ces pays soigne les patients des pays développés. Pourquoi une telle divergence entre la résolution de l'Assemblée de la Santé et l'allocation prévue dans le projet de budget programme, et comment y remédier ? Le Directeur général

est responsable de la mise en oeuvre des résolutions de l'Assemblée de la Santé et des mesures devraient être prises pour éviter de telles divergences à l'avenir.

Le Dr GØTRIK (Danemark), s'exprimant au nom des pays nordiques, du Danemark, de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège et de la Suède, est tout à fait favorable à une augmentation du niveau global du budget pour répondre aux besoins sanitaires dans le monde. Si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, l'OMS doit avoir des ressources budgétaires suffisantes. Le déséquilibre de plus en plus grand entre le budget ordinaire et les contributions volontaires et le risque que les organes directeurs perdent de leur influence sur l'orientation et les priorités de l'OMS sont très préoccupants.

Notant que le partage des charges, la prévisibilité et la stabilité sont indispensables, il est d'accord pour augmenter le budget ordinaire tout en redoublant d'efforts pour réaffecter les ressources, fixer les priorités et faire des économies par gain de productivité. L'augmentation escomptée des contributions volontaires de 23 % est peut-être trop optimiste cependant et il demande des informations sur ce que seraient les conséquences budgétaires et les mécanismes d'ajustement nécessaires en cas de moins-perçu. Il engage les donateurs à éviter autant que possible d'assigner les contributions volontaires à un usage particulier afin que les dépenses soient conformes aux priorités de base fixées par les organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional.

Il souscrit à l'objectif du Directeur général de transférer du Siège aux niveaux régional et des pays 70 % des ressources totales en 2004-2005 et 75 % en 2006-2007. Les derniers chiffres montrent cependant que la proportion n'a atteint que 58 % en 2004, d'où la nécessité de prendre des mesures supplémentaires pour accélérer le processus. Il demande au Directeur général de faire rapport au Conseil exécutif et aux comités régionaux sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles. Il faudrait approfondir l'appréciation de l'exécution du budget programme de façon à mieux repérer et compenser le surfinancement ou le sous-financement des domaines d'activité prioritaires et la trop grande dépendance de tel ou tel domaine vis-à-vis des contributions volontaires. Le Directeur général devrait user de son pouvoir de réaffectation des ressources pour éviter d'énormes déséquilibres et veiller à ce que l'action menée par l'OMS pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement soit suffisamment financée.

Il est d'accord pour mettre l'accent sur les six domaines d'activité désignés et y consacrer davantage de ressources, en particulier au niveau des pays. Les domaines Pour une grossesse à moindre risque et Santé de l'enfant et de l'adolescent sont particulièrement importants si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé. Les efforts faits en vue d'une meilleure gestion sont appréciés. Le nouveau système mondial de gestion fondée sur les résultats devrait aider les organes directeurs à assurer une bonne gouvernance.

Il conviendrait d'indiquer, conformément au Règlement financier, les conséquences budgétaires des nouvelles résolutions des organes directeurs afin de mieux mettre en adéquation le budget programme et le programme général de travail, d'une part, et les ressources, d'autre part. Une telle approche aiderait à fixer les priorités pour allouer les ressources conformément aux principes de la gestion fondée sur les résultats et en fonction des besoins sanitaires. Elle contribuerait également à l'harmonisation des activités des autres organisations et des donateurs du système des Nations Unies.

Les pays nordiques attendent avec intérêt les prochains débats du Conseil sur la série de principes directeurs qui, après avoir été révisés d'après des critères objectifs, régiront l'affectation des fonds de toutes provenances. C'est une bonne chose qu'aient été adoptés un mécanisme de validation et un indice basé sur les besoins pour affecter les ressources aux pays qui, d'après les indicateurs sanitaires et socio-économiques nationaux, ont les plus grands besoins.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) estime que la présentation du projet de budget programme 2006-2007 est nettement meilleure que celle de 2004-2005 et aboutit à une politique et à un budget plus cohérents qui contribuent à l'unité de l'OMS. Toute initiative visant à simplifier et raccourcir le document est appréciable. Mais, bien que les programmes de tous les domaines d'activité aient été préparés de façon à permettre une évaluation et à donner une idée claire des responsabilités, il faut encore affiner les rubriques But, Objectifs et Ressources. Il est indispensable également d'assurer

la continuité avec le budget programme 2004-2005 et de montrer les progrès accomplis pendant les deux exercices. Il serait peut-être utile de rédiger un résumé d'orientation qui donnerait des indicateurs qualitatifs et un bilan des résultats obtenus. Il faudrait aussi mettre en corrélation les ressources et les résultats escomptés. Elle se félicite que les contributions volontaires soient indiquées dans les chiffres et note l'augmentation escomptée de ces fonds. Le projet de budget programme traduit une ferme volonté d'assurer une mise en oeuvre efficace et efficiente.

M. LOZINSKIY (Fédération de Russie) approuve l'idée d'orienter le budget vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et la proposition d'affecter davantage de ressources à six domaines d'activité. Les efforts pour rétablir un équilibre entre les contributions fixées et les contributions volontaires sont louables, même s'il est peu probable qu'ils aboutissent à courte échéance. Vu les difficultés que pose l'utilisation des contributions volontaires, le Secrétariat devrait, dans la mesure du possible, coordonner le processus de répartition de ces contributions entre les différents domaines d'activité prioritaires.

La Fédération de Russie n'est pas opposée au principe d'une légère augmentation du budget ordinaire pour faire face à la hausse des coûts et à l'inflation, éléments sur lesquels aucune information précise n'est malheureusement donnée. Elle est favorable également à la budgétisation fondée sur les résultats. Mais, bien que déjà nettement meilleure, la présentation du budget pourrait encore être améliorée. De nombreux indicateurs sont difficiles à évaluer et il faudrait utiliser plus d'indicateurs quantitatifs rendant compte des changements qualitatifs. Par exemple, si les pays dans lesquels les activités sont menées étaient cités, les Etats Membres pourraient évaluer l'exécution du budget à l'avance et contrôler la répartition stratégique des ressources Région par Région.

L'une des principales lacunes est l'absence de corrélation entre les résultats escomptés et le financement. Il semble que certaines activités ont été peu touchées par les coupes effectuées depuis le premier projet de budget, et il s'interroge sur l'opportunité d'allouer des ressources supplémentaires si aucun résultat supplémentaire n'est attendu. Ce sont les indicateurs, pas les résultats escomptés, qui devraient changer à chaque exercice pour montrer si des progrès ont été accomplis ou non.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) apprécie la présentation claire du projet de budget programme 2006-2007 et la place qu'y tiennent les résultats, et elle se félicite qu'on ait adopté des indicateurs plus efficaces et fait des évaluations et des appréciations de programmes dans l'optique d'une meilleure exécution et d'une plus grande responsabilité. Le nouveau système mondial de gestion qui sera instauré en 2006 fournira à n'en pas douter des méthodes de travail plus efficaces moyennant une bonne gestion des ressources humaines, physiques et financières, et il est à espérer que sa mise en place progressive permettra de faire de réelles économies à long terme.

Pour ce qui est des orientations stratégiques et des priorités, elle note la volonté de progresser plus vite vers les objectifs pour le développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire et convenus sur le plan international, qui englobent les domaines d'activité Pour une grossesse à moindre risque, Santé de l'enfant et de l'adolescent, VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme, Santé et environnement et Médicaments essentiels. Les efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle et infantile sont insuffisants et il faudra des ressources supplémentaires et un encadrement plus dynamique pour atteindre ces objectifs.

Elle est tout à fait favorable à l'idée d'accorder plus d'importance et de ressources aux domaines d'activité liés à l'alerte et à l'action en cas d'épidémie et aux maladies non transmissibles qui, compte tenu de la transition épidémiologique, sont des domaines d'activité cruciaux. Le choix restera toutefois difficile entre les activités moins prioritaires pour l'OMS. Les Etats-Unis continuent de préconiser la discipline budgétaire, la responsabilité et l'efficacité à tous les niveaux de la mise en oeuvre et de la fixation des priorités, et engagent l'OMS à rendre les futurs budgets plus transparents et à indiquer dans quelle mesure les augmentations proposées relèvent plus d'une modification des programmes que de facteurs économiques. Elle souscrit à l'intervention précédente, à savoir que les organes directeurs devraient normalement être pleinement informés des incidences financières des nouvelles résolutions, comme le prévoit le Règlement financier.

Le projet de budget programme tend à intégrer les activités financées au moyen de toutes les ressources disponibles et permettra aux Etats Membres de mieux orienter les dépenses conformément aux priorités fixées par l'Assemblée de la Santé. Son Gouvernement est disposé à s'associer au consensus sur l'augmentation de 4 % du budget ordinaire envisagée, et note avec satisfaction que le Secrétariat a revu le projet de budget à la lumière des opinions exprimées par les Etats Membres.

Le Dr QI Qingdong (Chine) fait savoir que la Chine, tout en reconnaissant que les six domaines d'activité désignés ont besoin de ressources supplémentaires, espère que les ressources allouées au VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres grandes maladies resteront suffisantes. Toute augmentation du niveau global du budget accroît les chances d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, mais il faut discuter de son montant avec les Etats Membres. La Chine approuve l'initiative du Directeur général de décentraliser les ressources, mais constate avec préoccupation que celles allouées à la Région du Pacifique occidental n'ont augmenté que de 0,3 %. L'action des bureaux régionaux devrait être évaluée pour s'assurer que les ressources servent à renforcer les capacités, améliorer la situation sanitaire et répondre aux demandes des Etats plutôt qu'à financer des tâches administratives.

M. MCKERNAN (Nouvelle-Zélande) dit que l'augmentation de 17,4 % du budget global par rapport aux années précédentes est loin d'être négligeable et risque de poser des difficultés à l'OMS. Une planification, une exécution, un suivi solides des programmes et un système de justification de l'action menée sont indispensables dans tous les domaines d'activité pour ne pas gaspiller les ressources. Le Directeur général devrait donc fixer des cibles claires pour chaque programme afin que l'activité de chacun d'entre eux croisse proportionnellement à cette augmentation.

La forte dépendance à l'égard des contributions volontaires est préoccupante. La question devrait être débattue plus avant, car, si les tendances actuelles se poursuivent, seuls 17 % du financement total de l'OMS proviendront du budget ordinaire en 2015. Si l'OMS existe, c'est pour ses Etats Membres, principe qui doit apparaître dans la composition de son budget global. En outre, le projet de budget programme n'indique guère la conduite à tenir au cas où les contributions volontaires seraient moins importantes que prévu. Il faudrait mettre en place un mécanisme clair et transparent pour faire face à cette éventualité, dont les conséquences doivent être appréciées au niveau des programmes.

Le pourcentage des dépenses au Siège a, dans une large mesure, été ramené au taux fixé précédemment en augmentant sensiblement les recettes au niveau régional, mais les dépenses au Siège n'ont pas diminué en termes réels. Il faut donc appliquer sans retard les mesures prévues dans le projet de budget programme pour gagner en efficacité et les recommandations formulées dans les rapports de vérification des comptes.

M. KESSLER (Suisse) dit que, même si l'équilibre entre le budget ordinaire et les contributions volontaires n'est pas entièrement satisfaisant, il n'est pas réaliste d'espérer augmenter les contributions des Etats Membres. Le budget est global et il est présenté dans un document transparent et détaillé. Pour plus de transparence encore, on pourrait y indiquer les incidences financières des résolutions que l'Assemblée de la Santé doit adopter et les conséquences d'un moins-perçu par rapport aux contributions volontaires escomptées.

Le Dr BRUNET (France) rappelle qu'à la cent quinzième session du Conseil exécutif, le membre désigné par la France a soutenu le projet de budget malgré l'importance de l'augmentation proposée parce que celle-ci était destinée à corriger le déséquilibre entre le budget ordinaire et les contributions volontaires. Mais le projet de budget programme dont est saisie l'Assemblée de la Santé diffère de celui examiné par le Conseil exécutif par sa structure et par l'augmentation envisagée. La France continue d'approuver l'orientation générale du budget, mais s'inquiète des risques que prend l'OMS et du déséquilibre de plus en plus grand qui va en résulter.



Il partage le point de vue d'un orateur précédent concernant la nécessité d'un mécanisme d'ajustement au cas où les contributions volontaires seraient inférieures à celles attendues, mais il se demande s'il est réaliste de compter que les donateurs verseront une part importante de leurs contributions volontaires sans en préciser l'objet. Pour que ce soit le cas, il faudrait échanger davantage d'informations sur les priorités afin de cerner les domaines dans lesquels l'OMS est habilitée à agir, est très efficace et plus influente que d'autres institutions. Cela suppose aussi une grande responsabilité de la part des Etats Membres et une analyse des incidences financières des résolutions soumises à l'Assemblée de la Santé.

Malgré les efforts méritoires pour instaurer un système d'affectation des ressources à long terme, il faut travailler encore pour fixer les priorités. L'examen des différentes composantes du budget devrait également donner lieu à un échange approfondi sans lequel le budget ne saurait être approuvé.

Le Dr AL KHARABSEH (Jordanie) approuve l'augmentation budgétaire proposée, mais souligne que certains pays de la Région de la Méditerranée orientale manquent cruellement de ressources financières. Ces pays sont en conflit ou sortent d'un conflit, sont occupés ou subissent indirectement les conséquences de situations de ce type. La charge des maladies transmissibles et non transmissibles est également considérable dans la Région ; il faudrait allouer des ressources pour compléter l'action menée par les pays dans ces domaines. L'effort fait par le Directeur général pour décentraliser les fonds vers les pays et les Régions est louable.

Apparemment, aucunes ressources ne sont allouées à la lutte contre les maladies génétiques ni à l'appui des pays qui prennent les mesures préalables à l'application du Règlement sanitaire international révisé, question qui mériterait d'être examinée plus avant.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) se félicite des efforts constants faits pour affiner le budget biennal. L'Assemblée de la Santé est saisie de documents dans lesquels on s'efforce de cerner les flux de ressources associés aux domaines d'activité prioritaires et de trouver des indicateurs pour mesurer les résultats. Le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 et de la gestion fondée sur les résultats a été d'une aide précieuse à cet égard. L'OMS a montré la voie en cherchant à établir des liens clairs entre les ressources et les résultats, dont certains sont, par la force des choses, définis en termes généraux. Toutefois, en tentant d'améliorer l'information et de rendre le budget plus transparent, on s'expose à ce qu'il suscite plus de questions. L'élaboration du budget a été longue et complexe mais la documentation soumise au Conseil exécutif à sa cent quinzième session aurait pu rendre compte des conclusions des consultations régionales. Les modifications apportées à la lumière des débats du Conseil sont néanmoins appréciables.

Son Gouvernement approuve sans réserve les orientations stratégiques et les priorités, les modalités prévues pour les revoir en permanence et l'aspiration à une plus grande efficacité. Il faut continuer de faire en sorte que les contributions volontaires, quel que soit le niveau auquel elles sont reçues, soient consacrées aux priorités définies par les organes directeurs ; de prévoir des plans d'urgence pour parer à tout déficit par rapport au financement escompté ; de veiller à ce que, en cas d'urgence, par exemple une pandémie de grippe, l'OMS se serve, dans toute la mesure possible, des ressources budgétaires existantes pour répondre aux sollicitations supplémentaires ; d'étendre l'action au niveau des pays ; et de chercher de nouveaux moyens d'agir au niveau des pays. Le Royaume-Uni s'est engagé à long terme à verser des contributions volontaires sans en désigner l'objet et demande au Directeur général de continuer à explorer des pistes pour attirer des fonds de ce type, de redoubler d'efforts pour répartir les ressources plus équitablement entre les Régions selon leurs besoins et de fixer des cibles annuelles d'efficacité.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas) dit que la discipline budgétaire reste le plus important des principes directeurs en ce qui concerne les besoins en ressources. Toutefois, vu la pertinence des activités de l'OMS et la bonne gestion de l'Organisation, son pays est favorable à une légère augmentation du budget. Les activités de l'OMS profitent à tous les pays et ne devraient pas dépendre

d'une augmentation des contributions volontaires. L'augmentation budgétaire envisagée devrait donc être financée par les contributions des Membres.

Mme DE HOZ (Argentine) se félicite que le projet de budget programme ait été établi selon un processus participatif. Elle approuve les propos du Groupe africain au sujet des médicaments essentiels. L'accès à ces médicaments devrait être une priorité et figurer parmi les orientations stratégiques et les priorités du budget programme.

M. MACPHEE (Canada) réaffirme l'adhésion du Canada au projet de budget programme. Il est conscient de la tâche difficile de l'OMS à laquelle on demande d'assumer une charge de travail de plus en plus importante pour répondre, par exemple, aux nouvelles exigences du Règlement sanitaire international révisé et prendre d'urgence les mesures que réclament les objectifs du Millénaire pour le développement. La forte augmentation des ressources extrabudgétaires que le Canada verse à l'OMS témoigne de sa détermination à aider l'Organisation à relever ces défis. Mais, comme d'autres délégués, il s'inquiète du volume des activités déterminantes qui seront financées par des contributions volontaires, car ces ressources sont, par essence, précaires. Les activités d'importance mondiale telles que la surveillance des maladies et la lutte contre les maladies doivent être préservées. Le Canada reste attaché à une politique de discipline budgétaire et à la sélection rigoureuse des priorités. Le projet de budget 2006-2007 montre que l'OMS a fait des progrès considérables en matière de budgétisation fondée sur les résultats, mais il faut encore faire un effort. Le Canada est disposé à collaborer étroitement avec le Secrétariat et avec d'autres Etats Membres pour perfectionner le processus d'établissement du budget programme et mettre pleinement en oeuvre la gestion fondée sur les résultats à l'OMS.

Le Dr TANGI (Tonga) admet qu'il est difficile d'établir un budget qui satisfasse tous les Etats Membres et toutes les Régions, mais la Région du Pacifique occidental a des raisons d'être déçue et insatisfaite. Elle avait espéré obtenir une part de l'augmentation de 17,3 % du budget global, mais n'a rien reçu en pourcentage, alors que c'est la Région la plus peuplée du monde et que des mesures ont été prises au fil des ans pour améliorer les résultats. L'importance attachée aux maladies non transmissibles et à la promotion de la santé est toutefois un aspect positif, mais il reste perplexe sur un point qu'il avait soulevé à la cent quinzième session du Conseil exécutif : l'Organisation a fait de la santé maternelle et de l'initiative Pour une grossesse à moindre risque des priorités, auxquelles le projet de budget programme consacre US \$10,866 millions au Siège. Pourquoi une somme si importante est allouée au Siège alors que ce sont les pays, où plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de causes liées à la grossesse, qui en ont réellement besoin ? On possède déjà tout le savoir nécessaire pour limiter les risques pendant la grossesse.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite) accueille favorablement le projet de budget programme 2006-2007 et se félicite qu'il voue une attention spéciale à des questions primordiales comme les maladies non transmissibles et la santé maternelle. Il partage cependant les inquiétudes d'autres délégués concernant la part nettement plus importante des contributions volontaires dans le financement et demande des éclaircissements sur les raisons de cette tendance.

M. SPEZIA (Brésil) loue la transparence du projet de budget programme. Il approuve le budget, y compris l'augmentation de 4 % des contributions des Etats Membres, mais demande qu'on transfère davantage de ressources du Siège aux Régions et aux pays dans certains domaines d'activité, en particulier les interventions sanitaires essentielles.

Le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn) indique que le Bahreïn approuve l'augmentation de 17,3 % du budget global reposant notamment sur les contributions volontaires et se félicite du surcroît de ressources alloué aux pays. Appelant l'attention sur la récente réapparition de la poliomyélite dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale, il engage l'Organisation à faire en sorte que

les budgets actuels et futurs prévoient suffisamment de fonds pour que les pays puissent organiser les programmes de vaccination nécessaires et prendre les autres mesures indispensables pour interrompre la transmission et éradiquer la maladie.

M. BELOT (Afrique du Sud) dit que l'Afrique du Sud se félicite des efforts déployés par le Directeur général pour améliorer les résultats dans les pays et approuve la proposition d'augmenter les fonds alloués à l'alerte et l'action en cas d'épidémie, à la santé de la mère et de l'enfant, aux maladies non transmissibles, à la lutte antitabac et à l'action d'urgence. Elle approuve également l'augmentation des fonds consacrés à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est cependant préoccupé par la baisse importante des crédits affectés à la vaccination et à la mise au point de vaccins ainsi qu'à la recherche sur les maladies transmissibles. L'Afrique du Sud en appelle aux donateurs pour qu'ils évitent, autant que possible, d'assigner leurs contributions volontaires à un usage particulier.

Le Dr MOOSA (Maldives) approuve le projet de budget programme 2006-2007 et l'augmentation envisagée mais s'inquiète de l'augmentation disproportionnée des contributions volontaires. Elle encourage le Directeur général à faire tout ce qui est en son pouvoir pour obtenir des contributions dont l'objet ne soit pas désigné. Cette part importante des ressources totales de l'OMS devrait être gérée de manière plus transparente et les Etats Membres être informés de l'usage qui est fait des contributions volontaires.

Le Dr CICOONA (Italie) trouve le projet de budget programme clair, transparent et bien équilibré. Il réaffirme que l'Italie est favorable à l'augmentation envisagée dans le budget programme, la considérant comme nécessaire pour répondre aux attentes et aux besoins de plus en plus importants des Etats Membres et pour atteindre les cibles et les objectifs de l'Organisation. Il souligne cependant que cette augmentation devrait aller de pair avec une stratégie bien conçue permettant de faire des économies, de gagner en efficacité et en efficacité et de mieux coordonner l'action du système des Nations Unies au niveau des pays.

M. KRANEN (Allemagne) note avec satisfaction que les Etats Membres ont été largement consultés au sujet du budget et que les futurs budgets devraient être établis de la même façon. L'augmentation globale de 17,3 % est bien plus importante que celles sollicitées par d'autres institutions spécialisées. L'Allemagne est l'un des plus gros contributeurs de l'Organisation : sa contribution représente près de 10 % de toutes les contributions des Etats Membres. Vu qu'il lui aurait été très difficile, en raison des restrictions budgétaires nationales, d'accepter une hausse de 9 % des contributions, l'Allemagne se félicite qu'elle ait été ramenée à 4 %. Elle constate avec satisfaction également qu'il n'est pas demandé de fonds supplémentaires aux Etats Membres pour compenser les augmentations de coût et les fluctuations du taux de change. Il constate lui aussi avec inquiétude que la proportion du budget financée par les contributions volontaires ne cesse d'augmenter et il se demande si les projections concernant ces ressources sont valables. L'Allemagne continue de soutenir l'action de l'OMS ; il ne sera pas facile d'adhérer au consensus qui se fait jour sur le projet de budget, mais son pays fera preuve de bonne volonté.

Le Dr AL-SAIF (Koweït) se fait l'écho des préoccupations exprimées par d'autres délégués au sujet de la part croissante des contributions volontaires dans le budget de l'Organisation. Il est important de connaître l'origine de ces contributions et de veiller à ce qu'elles soient allouées d'une façon qui n'influe pas sur les politiques de l'OMS et qui profite à tous les pays. Les mesures prévues dans le projet de budget programme pour gagner en efficacité sont une bonne chose, mais les réductions de personnel envisagées ne devraient pas être effectuées sans une étude préalable, afin que le Siège de l'OMS et les Régions ne sacrifient pas des compétences indispensables.

Le Dr DE URIOSTE BLANCO (Bolivie), s'exprimant au nom des cinq pays de la Communauté andine, estime très important de faire explicitement de l'accès aux médicaments essentiels une orientation stratégique et une priorité de l'Organisation. C'est une priorité des pays andins et du MERCOSUR, et elle engage l'OMS à continuer, comme depuis 15 ans, à considérer ce domaine comme prioritaire.

Le Dr AL-LAWATI (Oman) fait savoir que son Gouvernement approuve le projet de budget programme 2006-2007. Il considère néanmoins, comme le délégué de la Jordanie, qu'il faudrait consacrer une somme plus importante aux maladies génétiques. Il convient aussi avec le délégué des Maldives qu'il faudrait allouer une plus grande part du budget à certains pays plutôt qu'aux Régions.

Mme DEL VALLE MATA LEÓN (République bolivarienne du Venezuela) pense comme l'Argentine et la Bolivie que l'accès aux médicaments essentiels devrait figurer parmi les priorités du projet de budget programme.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) remercie la Commission de son appui et de ses observations utiles. Il explique que l'augmentation prévue dans le projet de budget programme 2006-2007 vient de ce que les attentes et les demandes des Etats Membres et des partenaires se sont accrues ces dernières années.

Au sujet d'une remarque faite par le délégué du Zimbabwe concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, il précise que le financement a augmenté dans ces domaines depuis deux ans et continuera à augmenter. Le budget prévu pour le VIH/SIDA pendant l'exercice 2002-2003 était de US \$130 millions, mais seulement US \$55 millions ont été obtenus. La cible a été fixée à US \$218 millions pour l'exercice 2004-2005 et on espère qu'elle sera dépassée. Il est reconnaissant de l'appui reçu dans ce domaine, car le VIH/SIDA reste l'une des toutes premières priorités de l'OMS, qui s'est d'ailleurs fixé pour objectif de rassembler US \$260 millions pour l'exercice 2006-2007.

Il admet qu'il serait préférable que l'OMS tire une grande partie de ses ressources financières de son budget ordinaire plutôt que des contributions volontaires pour des questions de bonne gouvernance, d'intégrité et de coût des transactions. Il est possible de dialoguer davantage avec les Etats Membres au sujet du futur financement de l'Organisation par ces deux sources de fonds, et le Conseil exécutif étudiera à sa cent seizième session l'opportunité d'un plan stratégique de six ans accompagné d'un cadre de dépenses. Une politique de financement à plus long terme permettra d'accomplir davantage de choses en utilisant diverses ressources financières. Il faut aussi se soucier de la mobilisation des ressources afin que les fonds soient affectés aux domaines voulus de l'Organisation et que ses programmes soient efficaces. L'un des autres grands axes de travail est l'organisation des relations avec les principaux partenaires et donateurs de sorte que les contributions volontaires soient mieux gérées de part et d'autre.

Il estime que le processus est déjà relativement transparent étant donné que le point de départ pour mobiliser les ressources est le budget programme à l'examen. De plus, dans ses rapports d'appréciation de l'exécution et ses rapports financiers, le Secrétariat rend compte en permanence aux Etats Membres de l'exécution du budget dans son ensemble, contributions volontaires comprises. Une plus grande utilisation de l'informatique permettra de mieux les informer encore.

Beaucoup d'orateurs ont jugé souhaitable d'obtenir des fonds à objet non désigné et d'éviter d'affecter les ressources à un usage particulier. Des discussions sont en cours entre l'OMS et ses principaux partenaires pour trouver des solutions qui permettent à l'Organisation d'être plus efficace et de mieux gérer ses ressources.

Sur la question de savoir si le maintien du budget du Siège au même niveau qu'en 2004-2005 représente une réelle décentralisation, il réaffirme l'opinion du Directeur général selon laquelle l'OMS a besoin d'une structure solide au Siège pour être efficace. Il faut que l'Organisation fonctionne bien au niveau mondial, car l'essentiel de sa fonction normative s'exerce à ce niveau-là. La croissance zéro du budget du Siège correspond en fait à une diminution en termes réels puisque les coûts engendrés par les fluctuations des taux de change, par exemple, sont absorbés dans le budget. Ces coûts concernent principalement le Bureau régional de l'Europe et le Siège, où le nombre de membres du

personnel diminuera d'environ 20 % pour compenser une augmentation des dépenses de personnel qui avoisine 20 %.

Répondant à la question au sujet de l'apparente divergence des chiffres concernant l'allocation globale de ressources au Siège, il explique que certains programmes spéciaux n'ont pas été pris en compte dans certains calculs, ainsi que l'indique la note de bas de page a) de la Figure 1 du document PB/2006-2007, car on ignore encore, en raison de la nature de ces programmes et bien qu'il soit prévu de les appliquer partout dans le monde, où exactement seront menées les activités.

En ce qui concerne les remarques des délégués de la Grèce et de la Fédération de Russie à propos des résultats escomptés, il indique qu'il faut encore améliorer et ajuster le système non seulement pour mieux calculer les coûts des résultats escomptés, mais aussi pour fixer des délais plus longs, car la plupart ne pourront pas être obtenus en l'espace de deux ans. Il faudra toutefois continuer à prévoir des échéances plus courtes pour les indicateurs spécifiques.

Il sera difficile dans bien des cas d'indiquer les pays qui bénéficieront des activités comme le propose la Fédération de Russie, car on ne sait pas toujours précisément au départ à quels pays elles profiteront en fin de compte et quelle est la meilleure solution face aux stratégies de pays. Pour ce qui est de rendre compte des dépenses, le Secrétariat est décidé à présenter une meilleure ventilation des dépenses par pays et par Région.

Le délégué des Etats-Unis d'Amérique a suggéré de faire une distinction entre les augmentations de coût dues à l'expansion des programmes et celles envisagées pour d'autres raisons. En réalité, les augmentations de coût ont généralement plusieurs raisons, mais le Dr Nordström convient que l'information sur les coûts factoriels pourrait être meilleure. L'OMS n'est pas une organisation statique et la plupart des augmentations sont dues à des changements dans les programmes.

Les questions soulevées par le délégué de la Chine à propos de l'évaluation de l'action de l'OMS dans les pays pourront être examinées plus longuement quand on abordera ce domaine. L'évaluation est déjà en cours et les méthodes d'élaboration des stratégies de pays, qui sont importantes pour la planification stratégique nationale, ont été revues.

Plusieurs orateurs ont dit qu'il fallait des systèmes solides pour bien gérer, planifier, contrôler et justifier les ressources et éviter ainsi la fraude ou le gaspillage. Le Secrétariat prend la question très au sérieux, et il existe déjà des systèmes solides de planification et de contrôle des résultats tant pour l'ensemble de l'Organisation que pour les membres du personnel. Aucune fraude n'est tolérée et des ressources ont été débloquentées pour pouvoir enquêter sur les cas soupçonnés de fraude ou d'utilisation malavisée des ressources. Une nouvelle politique a été adoptée en matière de fraude et des stages de formation sont organisés dans toute l'Organisation pour sensibiliser le personnel et limiter les risques.

Il insiste sur l'importance d'établir des plans d'urgence, comme l'a indiqué le délégué du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Le Secrétariat doit entretenir un dialogue continu avec, notamment, le Conseil exécutif afin de rendre compte de l'exécution du budget programme et de prendre les mesures nécessaires pour résoudre les problèmes. Il doit aussi y avoir un dialogue entre le Directeur général et les membres du Conseil exécutif pour réagir aux nouveaux besoins qui se dessinent, par exemple en cas de flambées épidémiques, même si c'est au Directeur général qu'il incombe de prendre des mesures.

Les cibles annuelles concernant l'efficacité seront utiles à mesure que l'OMS adoptera un mode de fonctionnement moderne grâce au système mondial de gestion. On examinera le fonctionnement de l'Organisation pour garantir son efficacité et on appréciera les améliorations que peut apporter le système mondial de gestion.

Répondant au délégué des Tonga, il confirme que la part des ressources allouées à la Région du Pacifique occidental restera la même qu'en 2004-2005, mais précise qu'en termes réels, le financement augmentera de US \$40 millions, dont US \$4,5 millions seront prélevés sur le budget ordinaire. Vu que la prévalence des maladies non transmissibles a augmenté de 200 % dans la Région du Pacifique occidental, ces maladies sont l'une des grandes priorités de la Région. En ce qui concerne le programme Pour une grossesse à moindre risque, la répartition des fonds entre l'action mondiale et l'action au niveau des pays ou au niveau régional a changé, passant respectivement de US \$12 millions et US \$38 millions à US \$10 millions et US \$64 millions. Il sera question plus tard de

l'action mondiale qui sera menée au titre de ce programme, mais la majorité des fonds sont alloués aux pays et aux Régions.

Plusieurs intervenants ont insisté sur la question des médicaments essentiels. Il souligne que l'attention accordée à certains domaines pendant l'exercice 2006-2007 ne veut pas dire que les autres domaines ne sont pas importants. De plus, les activités relatives aux médicaments essentiels sont indispensables pour exécuter le budget dans au moins cinq des domaines prioritaires en 2006-2007 indiqués au paragraphe 11 du document PB/2006-2007.

## **Partie II : Orientations 2006-2007 par domaine d'activité**

### **Maladies transmissibles : prévention et lutte ; Recherche sur les maladies transmissibles ; Alerte et action en cas d'épidémie ; Paludisme ; Tuberculose ; VIH/SIDA**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) accueille favorablement le projet de budget programme et souligne l'importance des cinq programmes bénéficiant d'un financement majeur, qui représentent 37,4 % du budget total de US \$3,310 milliards pour l'exercice. Au total, 57 % du budget biennal est alloué aux dix principaux programmes, qui sont, grosso modo, les mêmes qu'en 2004-2005, signe de la ligne conservatrice que suit le budget programme 2006-2007. Il note avec satisfaction que la plupart de ces programmes contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Vu qu'ils absorbent la plus grosse partie des ressources de l'Organisation, le Secrétariat devrait veiller à ce que ces programmes prioritaires soient mis en oeuvre avec une efficacité et une efficience maximales. Elle devrait aussi, de concert avec les programmes de pays, garantir un accès équitable aux pays les plus pauvres afin qu'il soit possible d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il faudrait surveiller de près la capacité des programmes à utiliser les ressources allouées au niveau des pays. Comme plusieurs programmes dépendent des fonds extrabudgétaires, il faut veiller à ce que les activités ne soient pas interrompues. Etant donné en outre que la présence de l'OMS dans les pays est le troisième domaine par ordre d'importance et qu'il absorbe 5,7 % des ressources totales, il faut faire en sorte que les bureaux de pays soient plus efficaces.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) note l'importance accordée au paludisme, à la tuberculose et au VIH/SIDA, mais estime que la tuberculose ne reçoit pas suffisamment de ressources par rapport aux autres maladies. Les allocations aux niveaux national et régional sont considérables pour le paludisme et le VIH/SIDA, mais pas pour la tuberculose, qui est pourtant étroitement liée au SIDA. Il faudrait affecter davantage de ressources à la lutte antituberculeuse aux niveaux régional et national, compte tenu notamment du coût élevé des nouveaux médicaments et de la résistance de la maladie à de nombreux traitements.

Le Dr LARUELLE (Belgique) se félicite du processus participatif suivi pour établir le budget programme et de la nouvelle présentation fondée sur les résultats. Il regrette néanmoins le déséquilibre budgétaire entre les activités considérées comme prioritaires. En effet, sans système de santé performant, les pays sur lesquels les maladies pèsent lourdement ne peuvent envisager une action à long terme. Il faudrait affecter plus de ressources au renforcement des systèmes de santé, y compris aux ressources humaines, aux mécanismes garantissant un financement adéquat de la santé, aux politiques sociales et sanitaires, à l'information sanitaire et aux services de santé. Il faudrait aussi consacrer davantage de ressources à la recherche non seulement sur les maladies tropicales, mais aussi sur la procréation et sur les systèmes de santé. Actuellement, alors que plus de US \$1 milliard 150 millions vont à la lutte contre les maladies transmissibles, il est proposé d'allouer seulement US \$350 000 environ à toutes les activités liées au renforcement des systèmes de santé. Cette tendance n'est ni souhaitable ni conforme à l'objectif que s'est fixé l'OMS de renforcer les systèmes de santé des pays qui ont le plus de mal à garantir l'accès à des services sanitaires

performants. Il s'associe aux autres intervenants qui demandent que soit mise en place une politique claire qui tienne compte des déficits prévisibles dans les différents domaines d'activité.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) affirme que les crédits affectés aux domaines d'activité examinés représentent près de 30 % du budget total de l'OMS ; ces ressources doivent être utilisées avec le plus grand soin. Il prend note de l'opinion exprimée par le délégué du Koweït que certains domaines ne sont pas assez financés et remercie le délégué de la Belgique d'avoir souligné l'importance de la recherche en particulier pour le prochain exercice.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général) dit que le Secrétariat apprécie beaucoup le soutien des Etats Membres aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Répondant au délégué du Koweït, il précise qu'une place plus importante a été donnée aux activités concernant la tuberculose et le SIDA aux niveaux national et communautaire. Pour la tuberculose, conformément à la politique de décentralisation de l'OMS, les crédits alloués au niveau régional et au niveau des pays représentent 79 % du financement total. Le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux est en partie financé sur le budget du Siège, mais les médicaments sont envoyés directement aux pays concernés. Le Secrétariat, dans sa volonté de renforcer les capacités nationales, continue de rattacher les activités concernant la tuberculose et le VIH/SIDA au développement des systèmes de santé, notamment en formant le personnel de santé.

**Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ; Promotion de la santé ; Santé mentale et toxicomanies ; Tabac ; Nutrition ; Santé et environnement ; Sécurité sanitaire des aliments ; Violence, traumatismes et incapacités**

Au sujet de la Sécurité sanitaire des aliments, Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) relève que l'OMS et la FAO collaborent au titre du programme des normes alimentaires et que l'OMS soutient par son budget ordinaire les travaux de la Commission du Codex Alimentarius. Quelle est la part du financement qui est allouée à ces activités normatives importantes de l'OMS et au soutien qu'elle apporte aux différents comités d'experts scientifiques concernés ?

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) indique que les crédits alloués à la Sécurité sanitaire des aliments au titre du budget ordinaire ont légèrement diminué par rapport à l'exercice 2004-2005, mais que des contributions volontaires d'un montant de US \$3,6 millions s'ajouteront aux crédits de US \$3,2 millions affectés au Siège au titre du budget ordinaire. Une somme de US \$1,2 million est allouée aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius pour l'exercice en cours et une somme équivalente est prévue dans le budget ordinaire pour 2006-2007. En 2006-2007, l'Organisation allouera par ailleurs US \$1 million environ aux travaux scientifiques effectués à titre consultatif pour la Commission et consacrera US \$4,5 millions aux dépenses de personnel et autres activités.

**Santé génésique ; Pour une grossesse à moindre risque ; Parité des sexes en matière de santé ; Santé de l'enfant et de l'adolescent ; Vaccination et mise au point de vaccins**

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) appelle l'attention sur le cinquième indicateur du domaine Santé génésique dans le document PB/2006-2007. Il y est question des « droits sexuels et génésiques » ; or les droits sexuels n'ont jamais été définis ou approuvés par le système des Nations Unies. Le membre désigné par son pays a signalé ce point au Conseil exécutif lors de sa cent quinzième session en janvier 2005. Elle demande que soit publié un rectificatif où seront supprimés les mots « et les droits ».

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie), comme l'a déjà fait le membre désigné par son pays à la session de janvier 2005 du Conseil, demande des éclaircissements sur les indicateurs relatifs à

l'éradication de la poliomyélite, car il y a une incohérence dans le texte concernant le nombre de pays où la maladie est endémique.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) apprécie l'importance que le délégué de la Belgique a dit accorder à la recherche sur la procréation en début de séance. Pour satisfaire à la demande du délégué des Etats-Unis d'Amérique, elle dit que la correction nécessaire sera apportée. Répondant au délégué de la Fédération de Russie, elle précise que la poliomyélite est endémique dans six pays et que le virus a été importé dans sept autres.

**Médicaments essentiels ; Technologies de la santé essentielles ; Elaboration de politiques pour la santé et le développement ; Politiques relatives au système de santé et prestation des services ; Ressources humaines pour la santé ; Financement de la santé et protection sociale ; Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche**

Le Dr BRANDRUP-LUKANOW (Allemagne) salue l'action menée par l'OMS pour le développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. L'Allemagne aidera à rassembler des données pour le prochain rapport sur la santé dans le monde et épaulera les pays partenaires qui entreprennent d'élaborer des stratégies nationales et régionales pour renforcer les ressources humaines et les capacités des services de santé.

Au sujet des ressources humaines, le Dr SANGALA (Malawi) rappelle que c'est souvent parce qu'il est mal payé que le personnel de santé émigre vers les pays développés. Les stratégies de fidélisation devraient prévoir une hausse des salaires sous une forme ou une autre.

Le Dr LARUELLE (Belgique) affirme à nouveau que la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles n'est pas concevable à long terme si l'on ne renforce pas les systèmes de santé. Il apprécie par ailleurs que la question de la recherche ait été soulignée plus tôt.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) estime que les ressources destinées à la gestion du savoir et aux technologies de l'information sont très modestes au niveau régional par rapport à celles allouées au Siège et seront insuffisantes pour répondre aux besoins régionaux, c'est-à-dire pour mettre la documentation scientifique à la disposition des Etats Membres sur des sites Internet ou en la traduisant.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'on ne peut pas vraiment comparer les budgets actuels et futurs consacrés aux ressources humaines et au développement des systèmes de santé, car les deux domaines d'activité en forment maintenant quatre. Les crédits ont beaucoup augmenté dans certains domaines et légèrement diminué dans d'autres, mais le budget global alloué au développement des systèmes de santé s'est accru de 28 %. En outre, une rallonge de US \$2,5 millions a été prévue suite aux opinions exprimées par la cent quinzième session du Conseil exécutif au sujet des ressources humaines. Le prochain rapport sur la santé dans le monde sera consacré aux ressources humaines en général, y compris aux facteurs qui empêchent d'accéder aux services au niveau des pays, à la motivation et aux salaires.

En ce qui concerne la gestion du savoir et la technologie de l'information, la tendance est à la décentralisation et elle sera plus prononcée encore une fois que le nouveau système mondial de gestion sera mis en place.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) répète ce qu'il a dit auparavant au sujet de la présence de l'OMS dans les pays. Il demande si l'OMS projette d'évaluer l'efficacité et la performance de ses bureaux de pays.



Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) dit que l'allocation d'un supplément de ressources au niveau régional et au niveau des pays est un grand changement qui s'opérera progressivement. Le Secrétariat est encore en train de définir les principes directeurs devant régir l'affectation stratégique des ressources. Il est clair cependant que les stratégies de coopération avec les pays seront cruciales pour déterminer l'usage auquel seront destinés les fonds au niveau des pays pour l'exercice 2006-2007.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 2.)

**La séance est levée à 18 h 5.**

## CINQUIEME SEANCE

**Jeudi 19 mai 2005, 9 h 15**

**Président : Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)**

### **1. PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A58/49)**

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de premier rapport de la Commission A.

**Le rapport est adopté.<sup>1</sup>**

### **2. PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006-2007 : Point 12 de l'ordre du jour (suite de la quatrième séance, section 3) (documents PB/2006-2007 et PB/2006-2007 Corr.1, A58/INF.DOC./1 et A58/INF.DOC./3)**

#### **Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours ; Présence essentielle de l'OMS dans les pays**

Le Dr DE URIOSTE BLANCO (Bolivie), appuyé par M. BENTO ALCÁZAR (Brésil), se félicite de l'augmentation proposée des ressources affectées à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours. A son avis, toutefois, il faudrait davantage mettre l'accent sur l'approvisionnement en médicaments essentiels. Il n'est pas nécessaire de modifier le budget proposé, mais tout crédit supplémentaire qui viendrait à être disponible devrait être alloué aux médicaments essentiels.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) relève que les crédits prévus pour financer la présence essentielle de l'OMS dans les pays ont été diminués par rapport à ce qui était envisagé dans la première version du projet de budget programme. Ayant voulu évaluer les effets que cette réduction allait avoir sur les résultats escomptés, il s'est aperçu que ceux-ci avaient également considérablement changé entre la première et la deuxième mouture du projet. En outre, il était indiqué dans la première version qu'un représentant de l'OMS n'était présent que dans 25 % des Etats Membres, l'objectif recherché étant une présence dans 75 % de ces Etats ; or la deuxième version du projet cite le chiffre de 143 Etats Membres où cette présence est effective, soit une proportion de 75 %. Tout en se félicitant de constater que les chiffres reflètent plus fidèlement la situation réelle, l'intervenant souligne que de telles différences rendent toute comparaison malaisée. Il s'inquiète aussi des nombreux changements apportés en ce qui concerne les résultats escomptés, car il est de ce fait difficile de se faire une idée des problèmes financiers susceptibles de se poser.

Le Dr PRESERN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) indique que son pays a cessé d'affecter ses contributions volontaires essentielles à tels ou tels programmes afin de laisser à l'OMS une plus grande latitude dans l'utilisation des ressources. Elle s'inquiète toutefois de ce que certains secteurs clés risquent de se voir allouer des crédits insuffisants et en appelle au

---

<sup>1</sup> Voir p. 388.

Secrétariat pour qu'il réaffecte les ressources lorsque cela s'impose, et qu'il avise les Etats Membres d'éventuels déficits. Ainsi, la santé génésique, les ressources humaines, les systèmes de santé et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ne figurent pas parmi les priorités de l'Organisation dans le projet de budget programme.

Le Dr MOSA (Madagascar) rappelle que son pays a déjà souffert en 2005 de deux passages cycloniques et d'une succession d'inondations, ce qui s'est traduit par des pertes en vies humaines, par des récoltes dévastées et par des dommages à l'infrastructure du pays, et notamment aux établissements de santé. Il remercie tous les pays qui ont subi les épreuves traversées par Madagascar et appuie la demande du délégué de la Bolivie tendant à ce que des ressources suffisantes soient allouées à la fourniture de médicaments essentiels.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) confirme, en réponse au délégué de la Fédération de Russie, que le chiffre de base, pour ce qui est de la présence de l'OMS dans les pays, est de 143 – il s'agit du nombre de pays dotés d'un bureau de pays. Le chiffre initial de 133 correspond au nombre de stratégies de coopération avec les pays qui ont été mises au point ou sont en passe de l'être durant l'exercice actuel. Le Secrétariat escompte préparer, durant la période 2006-2007, des stratégies de coopération avec tous les pays restants disposant d'un bureau de pays de l'OMS. La stratégie de coopération avec les pays sera réactualisée ou revue en ce qui concerne 25 % environ des pays.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) souligne que les médicaments essentiels sont une priorité du programme relatif à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) affirme que les médicaments essentiels constituent un aspect important de beaucoup des programmes de l'OMS, et de celui relatif à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours en particulier. Autant dire qu'il est essentiel de veiller à leur qualité et à leur utilisation rationnelle. Il a été pris bonne note de la demande du délégué de la Bolivie tendant à ce que tout fonds supplémentaire qui se trouverait disponible soit consacré à la fourniture de médicaments essentiels.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant au délégué du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, déclare que des mécanismes internes efficaces sont nécessaires pour assurer une répartition optimale des ressources. Le Secrétariat souhaite vivement poursuivre le dialogue avec les Etats Membres et faire connaître tout problème de financement qui pourrait se poser.

Les médicaments essentiels représentent effectivement une priorité pour l'Organisation, tant pour ce qui est de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours que pour d'autres secteurs. Il pourrait en être expressément fait mention dans l'introduction au projet de budget programme.

Pour ce qui est de la présence essentielle de l'OMS dans les pays, l'un des indicateurs cités a trait à une restructuration des bureaux de pays de l'OMS qui leur permettrait de disposer d'un large éventail de compétences au sein du personnel. Des efforts considérables sont actuellement investis dans la planification opérationnelle, dans le but de doter l'ensemble de l'Organisation des compétences et des orientations stratégiques nécessaires. Les évaluations ont déjà commencé dans certains pays.

**Gestion du savoir et technologie de l'information ; Planification, coordination des ressources et surveillance ; Gestion des ressources humaines à l'OMS ; Budget et gestion financière ; Infrastructure et logistique ; Organes directeurs ; Relations extérieures ; Direction ; Divers**

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) relève que le fonds pour la sécurité, créé pour financer la part de l'OMS dans les dépenses afférentes aux dispositions prises en matière de sécurité au sein du système des Nations Unies, a considérablement augmenté par rapport à l'exercice

précédent. Il demande quels indicateurs pourraient être utilisés pour cette partie du budget : il serait peut-être possible, par exemple, d'utiliser comme critère le nombre de bureaux de pays et de bureaux régionaux qui appliquent des normes de fonctionnement minimales en matière de sécurité. Il serait utile de savoir pourquoi la totalité de ce budget a été affectée au Siège, alors qu'il est en fait destiné à assurer la sécurité au niveau des pays.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) précise que l'Assemblée générale des Nations Unies a augmenté le budget affecté aux mesures de sécurité sur le terrain pour l'ensemble du système des Nations Unies sans toutefois augmenter les crédits alloués au titre de son budget ordinaire. L'OMS a la charge d'environ 10 % de ce montant. Les fonds sont versés en totalité dans un fonds central pour la sécurité mais sont utilisés pour assurer la sécurité sur le terrain. Un indicateur qui pourrait éventuellement permettre d'évaluer les progrès réalisés au titre de ce poste budgétaire apparaît à la page 146 du projet de budget programme : il s'agit du nombre de sites OMS répondant aux normes minimales de sécurité opérationnelle. On s'emploie actuellement à inventorier les normes de sécurité et à évaluer les risques sur différents sites OMS afin de déterminer le meilleur moyen de concilier les priorités en matière de sécurité et les contraintes financières.

Le PRESIDENT, constatant qu'elle a achevé l'examen des aspects programmatiques du projet de budget programme, suggère à la Commission de maintenir ce point à son ordre du jour jusqu'au moment où elle sera saisie du projet de résolution portant ouverture de crédits pertinent.

#### **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la septième séance, section 3.)

### **3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)**

**Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses : Point 13.4 de l'ordre du jour (résolution EB114.R1 ; document A58/7) (suite de la troisième séance)**

Le Dr SANGALA (Malawi) indique que le programme de lutte antituberculeuse de son pays demeure vertical, même s'il fonctionne en étroite collaboration avec le service du Ministère de la Santé s'occupant du VIH/SIDA. Mais le système de santé du Malawi est en train d'être réorganisé. Un ensemble d'actions sanitaires essentielles a été défini et son coût évalué, le but étant de couvrir les maladies les plus importantes, et notamment le VIH/SIDA et la tuberculose. La lutte antituberculeuse sera progressivement intégrée aux plans sanitaires de district, et les personnes affectées à la lutte antituberculeuse au niveau des districts collaboreront étroitement avec les responsables de la supervision de la zone pertinente et les équipes de gestion sanitaire de district.

A l'heure actuelle, 41 % des ressources affectées au programme proviennent de fonds publics, ce qui finance les salaires, le matériel et la chaîne d'approvisionnement pour les centres de traitement. Cette proportion ira en augmentant à mesure que l'économie du pays s'améliorera. Le reste du programme – essentiellement l'achat de médicaments – est financé par l'OMS et des donateurs bilatéraux. Le programme semble solidement établi au Malawi et il devrait continuer à se développer.

Pour le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce), il ressort du rapport qu'il continue d'être difficile de mobiliser des ressources pour la lutte antituberculeuse, en dépit du rôle important joué par la tuberculose dans la pandémie de VIH/SIDA ; elle estime indispensable d'intégrer la lutte antituberculeuse aux soins de santé primaires. Elle souhaiterait par ailleurs savoir où en est la réflexion en ce qui concerne la poursuite ou l'interruption de la vaccination au BCG, et appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1.

Le Dr BRANDRUP-LUKANOW (Allemagne) se félicite de la qualité du rapport et des efforts déployés actuellement en vue d'assurer un financement durable et une mobilisation des ressources pour la prévention et la lutte antituberculeuses. L'Allemagne est membre du partenariat mondial Halte à la tuberculose et appuie les partenariats nationaux halte à la tuberculose. Sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme se monte à US \$300 millions et, grâce à l'initiative BACKUP de la Société pour la Coopération technique, Allemagne (GTZ), les pays partenaires bénéficient d'une assistance technique lorsqu'ils préparent des propositions à l'intention du Fonds mondial en vue de renforcer les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et les interventions coordonnées contre le VIH/SIDA et la tuberculose, particulièrement dans les Régions africaine et européenne. Consciente du rôle joué par l'OMS dans les efforts faits pour lutter contre la tuberculose, l'Allemagne s'emploie à renforcer la capacité de l'Organisation en détachant du personnel auprès des programmes mondiaux et régionaux. Les points forts de ce soutien sont les suivants : renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble ; renforcement des capacités aux niveaux central et de district ; gestion de la qualité dans les laboratoires, notamment pour ce qui est des problèmes de pharmacorésistance ; mise en place de dispositifs de financement durables des soins de santé ; et examen des possibilités de production locale de médicaments. Dans ce contexte, l'Allemagne appuie le projet de résolution à l'examen dans l'espoir qu'il contribuera à l'efficacité de la lutte antituberculeuse dans le monde entier.

M. DE SOUSA CARVALHO (Cap-Vert) dit que la tuberculose continue d'être un grave problème de santé publique pour son pays, qui vient d'élaborer un nouveau plan stratégique de lutte antituberculeuse dans l'optique des objectifs du Millénaire pour le développement. Le Cap-Vert compte sur l'appui de l'OMS, qu'il s'agisse de former des techniciens pour améliorer les capacités de gestion du programme antituberculeux ou de garantir l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, et il appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1.

Le Dr AL-OWEIDI (Oman) loue les efforts déployés par l'OMS pour alléger la charge mondiale de la tuberculose et contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Un financement durable des programmes est vital pour prévenir et combattre efficacement la tuberculose et atteindre les objectifs qui s'y rapportent. Il faudrait par ailleurs étendre la portée de la stratégie de traitement universel de brève durée sous surveillance directe à d'autres problèmes émergents qui n'ont pas été inclus dans des stratégies plus anciennes, telles que la tuberculose liée au VIH, la tuberculose polypharmacorésistante, la mobilisation communautaire pour les actions de sensibilisation et le soutien aux malades. Si l'on néglige l'un quelconque de ces aspects, il sera difficile de se rapprocher des cibles mondiales de l'OMS. Sachant que l'Organisation prépare aussi un module comprenant des approches et stratégies nouvelles pour accélérer encore la mise en oeuvre des programmes de lutte antituberculeuse, l'intervenant appuie sans réserve le projet de résolution.

Mme WALAIPORN PATCHARANARUMOL (Thaïlande) fait observer qu'un financement adéquat n'est pas la seule condition à remplir pour garantir l'efficacité des programmes de lutte contre la tuberculose ; en effet, d'autres facteurs décisifs sont la capacité des systèmes de santé, l'aptitude des ressources humaines à assurer les services, la qualité des services de laboratoire et l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. Une intégration effective des programmes relatifs à la tuberculose et au VIH est essentielle pour lutter efficacement contre la tuberculose. Pour parvenir à un financement durable du programme de lutte contre la tuberculose, il importe de s'intéresser à l'origine des ressources allouées afin de déterminer dans quelles proportions ces fonds proviennent des pouvoirs publics, des ménages et des donateurs. Il faut se doter d'un plan économique à moyen terme afin d'évaluer les besoins financiers globaux et l'ampleur du déficit affectant le programme.

L'intervenante propose de modifier le projet de résolution en insérant un nouveau paragraphe 1.1) ainsi libellé : « à estimer le montant total des ressources nécessaires pour prévenir et combattre la tuberculose, y compris la tuberculose liée au VIH et la tuberculose

polypharmacorésistante, à moyen terme, et le montant des ressources pouvant être fournies par des sources nationales et internationales afin de déterminer le déficit financier ».

Le Dr EGAMI (Japon) salue le haut degré de priorité accordé à la tuberculose, tout en déclarant que plusieurs facteurs empêchent d'atteindre pleinement l'objectif consistant à faire barrage à la tuberculose d'ici la fin de 2005. Il faut espérer que l'initiative de l'OMS, venant s'ajouter à des efforts encore plus grands consentis par les Etats Membres, permettra d'améliorer le taux de dépistage des cas. Il importe non seulement d'augmenter le financement par les Etats Membres, mais aussi de rendre l'utilisation des fonds plus efficace dans les pays bénéficiaires. La lutte antituberculeuse est depuis longtemps une priorité pour le Japon, qui a mis en place sa propre stratégie DOTS en apportant un soutien aux malades grâce à des visites à domicile et à un suivi par téléphone. La mise en valeur des ressources humaines est l'élément clé pour développer la stratégie DOTS. Depuis plus de 40 ans, le Japon contribue au développement de ces ressources grâce à un programme de formation mis en place par l'Institut de Recherche sur la Tuberculose et l'Agence japonaise de Coopération internationale. Le Japon soutient la lutte antituberculeuse par la voie bilatérale mais aussi par l'intermédiaire de l'OMS, et il a l'intention de poursuivre son action dans ces deux voies.

M. KAMWI (Namibie) dit que, ces dernières années, on a assisté en Namibie à une progression régulière du nombre de cas de tuberculose, laquelle est cause de centaines de décès chaque année, particulièrement au sein de la population jeune et productive. Le Gouvernement a lancé une stratégie quinquennale dont la mise en oeuvre nécessitera un soutien humain, technique et financier. La Namibie appuie sans réserve le projet de résolution.

M. SHONGWE (Swaziland) dit que l'incidence de la tuberculose, y compris de la tuberculose polypharmacorésistante, au Swaziland a augmenté en raison des progrès de l'épidémie de VIH/SIDA. Le taux élevé (75 % environ) de co-infections par le VIH et la tuberculose complique la prise en charge de l'une et l'autre maladie. Préoccupé de ce que la réflexion sur le financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses laisse entièrement de côté le rôle de la nutrition, il en appelle à l'OMS pour qu'elle joue un rôle de sensibilisation auprès des organismes compétents des Nations Unies et d'autres partenaires en ce qui concerne la fourniture d'un apport nutritionnel aux malades positifs pour le VIH recevant un traitement antituberculeux. A ce jour, le financement de la lutte antituberculeuse est assuré par le Gouvernement avec l'appui de l'Agence japonaise de Coopération internationale, mais un financement complémentaire du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme sera le bienvenu. L'intervenant suggère d'ajouter un nouvel alinéa au préambule du projet de résolution, qui serait ainsi libellé : « Notant avec préoccupation l'augmentation du nombre des cas de tuberculose polypharmacorésistante et l'aggravation de la morbidité et de la mortalité chez les malades de la tuberculose positifs pour le VIH, notamment dans la Région africaine ; ». Il suggère aussi de renforcer le paragraphe 2.4) comme suit : « de jouer un rôle mobilisateur, sous la direction des autorités sanitaires nationales, auprès des partenaires en vue de mobiliser des ressources suffisantes pour garantir le financement durable de la lutte antituberculeuse ; » et, enfin, d'ajouter un nouveau paragraphe 6 ainsi libellé : « d'inciter l'industrie pharmaceutique internationale à accroître ses investissements dans la recherche et développement de nouveaux médicaments antituberculeux plus efficaces ».

Le Professeur MAJORI (Italie) est d'avis que les différentes approches constitutives de la lutte antituberculeuse moderne doivent respecter les priorités nationales et régionales tout en mettant particulièrement l'accent sur l'importance vitale de la stratégie DOTS et la formation des ressources humaines. Il est préoccupé de l'ampleur de l'épidémie associant tuberculose et VIH/SIDA en Afrique. Les activités visant à lutter contre la tuberculose et le VIH doivent être coordonnées. Inquiet de l'importance de la polypharmacorésistance, notamment dans les pays de l'ex-Union soviétique et en Chine, il appuie les efforts déployés pour lutter contre la tuberculose polypharmacorésistante. Les progrès faits pour atteindre les cibles opérationnelles dans tous les pays doivent faire l'objet d'un suivi

permanent ; étant donné que les cibles pour 2005 ne sont pas loin d'être atteintes, un rapport final pourrait être présenté sur les progrès de la lutte mondiale contre la tuberculose à la Cinquante-Neuvième ou Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. L'intervenant soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit que, dans son pays, la tuberculose demeure un problème de santé publique majeur, encore aggravé par la prévalence du VIH et du SIDA. Étant donné que la tuberculose est la principale cause de décès chez les malades positifs pour le VIH, les co-infections au VIH et à la tuberculose doivent être prises en charge de façon coordonnée. Tous les malades vivant avec le VIH se voient systématiquement proposer un dépistage gratuit de la tuberculose, cependant que des consultations et un dépistage du VIH sont offerts aux malades de la tuberculose. Tout en appréciant à sa juste valeur l'appui technique fourni par l'OMS, l'intervenant déplore que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ait, dès l'abord, refusé d'allouer des fonds à son pays. Le Zimbabwe a donc eu recours à l'impôt national pour le SIDA afin de financer la prévention, les consultations et le dépistage. Bien que le Zimbabwe possède un laboratoire de référence bien équipé pour la tuberculose, l'intervenant tient à faire valoir qu'il lui faut renforcer ses moyens diagnostiques.

M. JANG Il Hun (République populaire démocratique de Corée) souligne que la tuberculose est la maladie transmissible qui est responsable de la plus grande partie de la charge mondiale de morbidité et qu'elle bénéficie d'une attention prioritaire dans son pays. La maladie a refait surface au milieu des années 90 à la suite des catastrophes naturelles qui l'ont frappé, entraînant des difficultés économiques et une augmentation continue du nombre de cas de tuberculose. Un énergique programme de lutte a été lancé grâce à un effort financier accru de la part du Gouvernement, effort qui s'est notamment traduit par une intensification de la production d'antituberculeux et qui a été mis en oeuvre en étroite collaboration avec l'OMS et le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et avec leur appui. Son pays est le premier de la Région de l'Asie du Sud-Est à avoir atteint une couverture DOTS totale ; mais il faudra davantage de temps et un approvisionnement ininterrompu en antituberculeux pour que la maladie puisse être éradiquée du pays. Son pays se réjouit de continuer à coopérer étroitement avec l'OMS et le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux, et appuie le projet de résolution. Il espère aussi que des ressources suffisantes seront trouvées pour que le remarquable travail accompli dans le cadre du programme Halte à la tuberculose de l'OMS puisse se poursuivre.

Le Dr ANZI (Côte d'Ivoire) déclare que son Gouvernement a pris des mesures en vue de détecter et de traiter les cas de tuberculose, si bien que le nombre de cas détectés augmente de 10 % chaque année. La prise en charge des malades de la tuberculose co-infectés par le VIH a débuté en 1989 avec la mise en place du dépistage du VIH chez ces malades. En 2003, cette activité a été intégrée au programme national de lutte contre la tuberculose. Quelques expériences novatrices telles que la mise en oeuvre d'une stratégie DOTS communautaire dans deux communes de la capitale ont permis d'accroître le taux de guérison au-dessus de la moyenne nationale. Le renforcement de la stratégie DOTS, financé par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme avec l'appui du Programme des Nations Unies pour le Développement, a permis d'améliorer la capacité de gestion du programme national de lutte contre la tuberculose, programme qui connaît néanmoins des difficultés de financement dans les domaines suivants : approvisionnement en médicaments, mise à disposition d'outils de gestion, achat de réactifs et consommables de laboratoire, formation continue du personnel, mobilisation et activités promotionnelles.

M. HARTOG (Pays-Bas) dit que le renforcement de systèmes de santé fragiles est une priorité absolue pour le succès des programmes de lutte contre la tuberculose. Il faut s'attacher tout particulièrement à des problèmes pratiques tels que la pénurie de ressources humaines. L'épidémie de tuberculose est en train de s'aggraver en Afrique et les effets désastreux de cette maladie, lorsqu'elle

est associée au VIH, nécessitent des interventions plus rapides et plus énergiques. Il convient de privilégier une approche intégrée permettant de mettre en place une programmation conjointe pour la tuberculose et le VIH. Le rôle joué par l'OMS au sein du partenariat Halte à la tuberculose pourrait être élargi dans la perspective d'une synergie plus grande entre les multiples parties prenantes et partenaires techniques et financiers, y compris les pays où le fardeau de la tuberculose et du VIH/SIDA est lourd. En Europe orientale, la tuberculose polypharmacorésistante est un problème majeur qui appelle une action plus rapide et plus efficace si l'on veut en enrayer la propagation. En particulier, il faut améliorer l'efficacité des traitements de première intention, tout en facilitant l'accès aux médicaments de deuxième et troisième intention. Il demande instamment à l'OMS de formuler avec davantage de force l'approche qu'elle recommande pour la lutte antituberculeuse telle qu'elle est préconisée dans le projet de résolution, afin de bien montrer qu'il s'agit d'une stratégie d'ensemble visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Dans le cadre de cette stratégie, c'est à juste titre que l'accent est mis de façon de plus en plus insistante et pressante sur la recherche et le développement de nouveaux diagnostics, médicaments et vaccins. Il sera essentiel de s'assurer la participation du Comité Feu vert grâce à des ressources financières et humaines adéquates et fiables. Les Pays-Bas appuient sans réserve le projet de résolution et appellent de leurs vœux un financement durable et rationnel de la lutte antituberculeuse.

Le Dr ABEBE (Nigéria) dit que le Nigéria figure parmi les 22 pays qui ont la charge de morbidité tuberculeuse la plus forte et que le programme DOTS n'y couvre que 55 % des districts administratifs locaux – ce qui signifie qu'une grande partie de la population n'a pas accès au traitement. Le taux de dépistage y est de 23 % – c'est dire qu'on est loin de la cible mondiale de 70 % fixée pour 2005. Le Gouvernement a affecté un montant considérable à la lutte antituberculeuse dans son budget pour 2005, mais un énorme déficit n'en subsiste pas moins. Le programme nigérian de lutte antituberculeuse n'a reçu aucun appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Si aucun crédit ne lui est accordé, il sera illusoire pour le Nigéria d'espérer atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la tuberculose, surtout si l'on songe au taux élevé de co-infections au VIH que l'on y observe et au risque de propagation de la tuberculose polypharmacorésistante. Le Nigéria espère obtenir gain de cause lors de la cinquième série d'octroi de subventions et il remercie les partenaires qui l'aident à faire en sorte que ses propositions soient rédigées de manière satisfaisante et conforme aux attentes du Fonds mondial.

Le Dr PARK Ki-dong (République de Corée) est d'avis que, puisque la tuberculose représente l'un des problèmes sanitaires les plus graves à l'échelle planétaire, les pays disposant de ressources suffisantes doivent intensifier leur aide aux Etats Membres moins nantis par l'intermédiaire d'organismes internationaux ou par voie de coopération bilatérale. La propagation croissante de la tuberculose polypharmacorésistante est un nouveau problème sanitaire qui doit être affronté de toute urgence sur le plan mondial alors même que, malheureusement, la mise au point de nouveaux médicaments antituberculeux n'avance guère. En collaboration avec les Etats-Unis d'Amérique, la République de Corée a l'intention de construire un centre international de recherche sur la tuberculose dans le double but de résoudre le problème dans le pays et de contribuer aux efforts planétaires de lutte contre la tuberculose. Ce centre consacrera ses recherches à la mise au point de nouveaux médicaments contre la tuberculose polypharmacorésistante et d'une nouvelle génération de vaccins, et offrira une formation aux agents de santé responsables de la lutte antituberculeuse dans les pays en développement. L'intervenant appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par la Thaïlande, et remercie les Etats-Unis et l'OMS de l'assistance technique qu'ils lui ont fournie aux premiers stades de la lutte antituberculeuse engagée dans son pays.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) souligne que pour résoudre le problème de la tuberculose, il faut surmonter de multiples difficultés, liées notamment à la pénurie de ressources humaines et de laboratoires et à une volonté politique défailante. Les traitements sont en train de devenir moins efficaces et le nombre de cas augmente : la tuberculose refait surface. Il va falloir lancer une campagne de longue haleine contre la tuberculose (y compris des actions de prévention) si l'on veut atteindre les



objectifs du Millénaire pour le développement. Tous les pays doivent prendre des engagements politiques fermes à l'égard de cette campagne. Une étroite coordination doit s'instaurer entre les différents programmes pertinents, notamment les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH/SIDA, et les collectivités locales doivent y être associées de façon systématique. Pour faire face au coût des médicaments et des autres traitements, il faut mobiliser les ressources à l'échelle internationale d'une manière durable et non pas ponctuelle. Un financement doit aussi être assuré de manière fiable au niveau des Régions de l'OMS, de façon que les Etats Membres puissent avoir accès à ces ressources.

Le Dr MOSA (Madagascar) dit que la tuberculose demeure l'un des principaux problèmes de santé publique dans son pays. En 2004, 17 841 cas y ont été notifiés, dont plus de 12 000 nouveaux cas. Le taux de prévalence y est de 111 cas pour 100 000 habitants. C'est la stratégie DOTS qui est l'option thérapeutique nationale, et l'introduction des associations médicamenteuses à dose fixe a commencé avec l'appui financier du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Cependant, le taux d'échec du suivi, qui atteint 17 %, représente une source de polypharmacorésistance potentielle, en sorte que la perspective de mise en oeuvre de la stratégie DOTS-Plus est la bienvenue. Madagascar appuie donc sans réserve le projet de résolution à l'examen.

Le Dr NABLI (Tunisie), se référant aux objectifs du Millénaire pour le développement et notamment au sixième d'entre eux, indique que la Tunisie est parvenue à dépister 70 % des nouveaux cas et à guérir 85 % des malades au cours des quatre années écoulées, grâce à la mise en oeuvre de la stratégie DOTS sur l'ensemble du territoire. Le budget couvre la totalité des médicaments antituberculeux et le dépistage, mais la pharmacorésistance demeure un problème que les pays devraient pouvoir traiter plus efficacement grâce à la stratégie DOTS-Plus.

Le Dr SINGH (Inde) appuie le projet de résolution à l'examen, mais suggère de remplacer, au paragraphe 2.4), les mots « de renforcer et de soutenir » par « de mettre au point, de renforcer et de soutenir ». L'Inde est résolue à étendre la stratégie DOTS à l'ensemble de son territoire avant la fin de 2005 et est en passe d'atteindre les cibles mondiales, les taux de dépistage et de guérison approchant ou dépassant la cible mondiale. Afin de parvenir aux résultats épidémiologiques souhaités, un programme antituberculeux de longue haleine devra être mis en oeuvre même lorsque la couverture sera totale ; les efforts devront donc se poursuivre de manière soutenue bien au-delà de 2005.

La plupart des pays où la charge de morbidité tuberculeuse est très lourde mettent en oeuvre la stratégie DOTS avec l'appui technique de l'OMS et l'assistance financière de différents partenaires. Mais les mécanismes et conditions appliqués par les différents organismes de financement ne sont pas les mêmes, ce qui est source d'incertitudes lorsqu'il s'agit de planifier à long terme. Même les réunions de coordination entre donateurs, auxquelles l'Inde a eu recours afin de surmonter cette difficulté, ont leurs limites. Il demande donc instamment à l'OMS de prendre la direction des opérations en vue de mettre au point un dispositif approprié.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) déclare que son pays est fermement résolu à oeuvrer avec la communauté internationale dans sa lutte contre la tuberculose, une lutte qui doit continuer de reposer essentiellement sur la stratégie DOTS. Une collaboration constante avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est indispensable pour avoir la garantie d'un financement durable qui permettra de se rapprocher encore des objectifs de la Déclaration du Millénaire liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international. Le partenariat Halte à la tuberculose est aussi un instrument utile ; les Etats-Unis, qui en sont l'un des membres fondateurs, fournissent un appui technique et financier à de nombreux pays pour les aider à atteindre les cibles mondiales concernant la tuberculose. Si l'on veut parvenir à faire reculer sensiblement cette maladie, il faut améliorer l'accès des personnes infectées par le VIH aux traitements antituberculeux et faire appel aux programmes DOTS-Plus afin que les personnes atteintes de tuberculose polypharmacorésistante puissent être traitées au moyen de médicaments de deuxième intention pour un prix abordable.

Parallèlement, la stratégie DOTS de base doit être renforcée afin de prévenir de nouvelles pharmacorésistances. Les Etats-Unis appuient le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) déclare que son pays n'a épargné aucun effort pour atteindre les cibles fixées et que son programme national a été couronné par une médaille du partenariat Halte à la tuberculose lors d'une cérémonie qui s'est tenue à New Delhi en 2004. Ces succès ont été obtenus grâce à l'engagement et à la volonté politique du Gouvernement, qui considère que la campagne antituberculeuse doit se fonder sur le plaidoyer et la mobilisation sociale afin de faire mieux connaître le travail accompli à l'échelle régionale et nationale. La stratégie DOTS doit être étayée par un programme de santé respiratoire et rattachée plus étroitement à la campagne contre le SIDA. L'intervenant appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1 eu égard à la façon dont la question du financement durable y est traitée, tout en soulignant que le succès ne sera possible que grâce à un partenariat du secteur de la santé avec d'autres secteurs, avec les pouvoirs publics et avec la société civile dans son ensemble.

Le Dr REN Minghui (Chine) souscrit en principe à l'analyse présentée par l'OMS de l'état actuel de la lutte antituberculeuse dans le monde et des obstacles qui subsistent, ainsi qu'aux lignes directrices préconisées par elle pour l'action future, y compris les modèles de financement durable. L'action de l'OMS, et notamment son appui à la Chine, est fort appréciée. Les autorités chinoises ont toujours attaché une grande importance à la lutte antituberculeuse. En 2004, la couverture assurée grâce au déploiement de la stratégie DOTS a atteint 95 %, le taux de dépistage étant de 64,1 % et le taux de guérison dépassant 85 %. La Chine espère parvenir à l'objectif fixé par l'OMS en matière de prévention dès la fin de 2005.

L'OMS devrait s'attacher davantage à promouvoir la stratégie DOTS-Plus, à lutter conjointement contre la tuberculose et le VIH et à mener la lutte antituberculeuse au sein des populations déshéritées, en favorisant la mobilisation de ressources financières en faveur des pays confrontés à une charge de morbidité tuberculeuse particulièrement lourde. Elle devrait mettre l'accent sur le renforcement des capacités, et notamment sur la mise en valeur des ressources humaines dans ces pays, et encourager les recherches dans des domaines concrets tels que les mesures à utiliser pour poser le diagnostic de frottis négatif et l'utilisation des médicaments antituberculeux.

Il appuie le projet de résolution.

Le Dr ZAHER (Egypte) dit que son pays est reconnaissant à l'OMS pour le rôle phare qu'elle joue et pour son assistance. L'Egypte s'est dotée d'un solide programme de lutte antituberculeuse fondé sur la stratégie DOTS ; le taux de dépistage est actuellement de 54 % et le taux de guérison de 89 %, grâce à une surveillance constante et à un bon suivi des cas. L'Egypte dispose également d'un centre de traitement de pointe, qui est en contact avec 24 laboratoires dans le monde entier. Les recherches sur la tuberculose et sur de nouveaux médicaments se poursuivent sans relâche.

Le Professeur IVANOV (Bulgarie) estime que le projet de résolution à l'examen contribuera de façon efficace à faire reculer le taux d'incidence de la tuberculose que la Bulgarie escompte réduire de moitié, soit au-dessous de 20 pour 100 000 habitants, entre 2003 et 2015. La mise en oeuvre de la stratégie DOTS est à cet égard un facteur important ; elle est appliquée sur l'ensemble du territoire depuis avril 2003, mais la qualité du programme DOTS doit encore être améliorée pour que le traitement donne les meilleurs résultats et que la fréquence des rechutes diminue. La notification complète et rapide des cas sera rendue possible par l'introduction de définitions et de critères de diagnostic reconnus par l'OMS. Une difficulté tient au fait qu'il faut obtenir que les médecins exerçant dans des zones reculées, éloignées de tout dispensaire, participent à la deuxième phase du traitement DOTS, qui est de longue durée. Les fonds proviennent du programme national de lutte antituberculeuse et ils sont complétés par une contribution de la Direction suisse du Développement et de la Coopération.

L'assistance technique de l'OMS est souhaitable en ce qui concerne les mesures de lutte antituberculeuse ci-après, importantes pour tous : formation de responsables régionaux ; achat de matériel pour les laboratoires interrégionaux de microbiologie ; élaboration de lignes directrices pour la formulation et la mise à jour des catégories et directives relatives au diagnostic et au traitement précoces ; préparation de formulaires imprimés pour les hôpitaux et centres de consultation ; renforcement des mesures de lutte antituberculeuse dans les prisons ; sensibilisation du public au problème de la tuberculose, dans le but d'obtenir des fonds auprès de sources privées et non gouvernementales. Il appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1.

Le Dr AHMED (Pakistan) souligne que son pays se distingue par une forte prévalence de la tuberculose, avec un taux d'incidence de 177 pour 100 000 habitants, soit 43 % de la charge de morbidité tuberculeuse pour l'ensemble de la Région de la Méditerranée orientale. Le taux de mise en oeuvre de la stratégie DOTS progresse et l'on escompte que la couverture atteindra 100 % dès juin 2005. Mais pour parvenir à un tel résultat, s'agissant d'une population de plus de 150 millions d'habitants, d'énormes ressources sont nécessaires. Le Gouvernement est le principal bailleur de fonds, mais le pays bénéficie de l'appui de nombreux autres partenaires, et notamment du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les ressources étant limitées, il faut mettre en oeuvre une stratégie rationnelle permettant de garantir le financement durable qui est la condition indispensable pour atteindre les cibles mondiales et régionales. Il appuie donc sans réserve le projet de résolution.

Le Dr AL MUTAWAA (Emirats arabes unis) loue la qualité du travail accompli tant au Siège qu'au Bureau régional de la Méditerranée orientale pour combattre la tuberculose et la prévenir conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement. Son pays est parvenu à faire barrage à la tuberculose grâce à l'application de la stratégie DOTS, à un dépistage efficace, à des agents de santé bien formés et à la tenue de statistiques auxquelles tous les pays peuvent se reporter. Une bonne surveillance, essentielle compte tenu de la présence dans le pays de nombreux travailleurs migrants originaires de pays où la tuberculose est prévalente, nécessite un financement durable.

Le Dr MBONEKO (Burundi) souligne que la tuberculose est un problème majeur dans son pays, où un financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses est indispensable. A cet égard, le rapport est particulièrement important, car il insiste sur la volonté politique, le renforcement des systèmes de santé et une ample mobilisation des ressources auprès de la communauté internationale et du secteur privé notamment. A propos du projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1, il appuie les amendements proposés par les précédents orateurs et, s'agissant du paragraphe 2.2), il souhaite insister sur l'importance de la coopération avec les Etats Membres en vue d'améliorer la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH.

Le Dr CHITUWO (Zambie) apprécie l'assistance fournie par l'intermédiaire du partenariat Halte à la tuberculose, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de l'Agence japonaise de Coopération internationale et d'autres partenaires. La Zambie a un taux de prévalence du VIH élevé et un taux d'incidence de la tuberculose qui a presque été multiplié par cinq, mais le programme de lutte antituberculeuse s'améliore progressivement grâce à la stratégie DOTS. En 2003, le taux de guérison a dépassé 70 % et le taux de dépistage a atteint 81 %. La nutrition est également un élément clé et la Zambie est reconnaissante au PAM pour son action dans ce domaine. Le succès de la lutte antituberculeuse dans l'ensemble de la Région africaine dépend de la mise en oeuvre de programmes efficaces contre le VIH/SIDA, lesquels exigent entre autres la mobilisation des partenaires locaux, y compris des organisations confessionnelles, des organismes communautaires et de la société civile dans son ensemble. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr INSANOV (Azerbaïdjan) appuie également le projet de résolution. La stratégie DOTS est appliquée partout dans son pays, mais les méthodes de dépistage et de traitement des cas chroniques sont à améliorer. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme joue un rôle important à cet égard, et l'Azerbaïdjan remercie les chercheurs américains qui ont mis au point des médicaments plus efficaces à partir notamment des travaux entrepris par l'Azerbaïdjan dans les années 90. La mise au point de nouveaux types de vaccin est indispensable, car la vaccination par le BCG n'est pas seulement inefficace mais même risquée dans les zones de forte prévalence du VIH. Il est extrêmement important de financer différents groupes de chercheurs s'intéressant à de nouveaux médicaments et à de nouveaux types de vaccin.

M. EDWARDS (Iles Marshall) remercie l'OMS pour l'assistance fournie à son pays. Confrontées à un taux de prévalence élevé, les Iles Marshall continuent d'appliquer les mesures de santé publique préconisées par l'OMS et par les Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique) et de mettre en oeuvre leurs propres initiatives en matière de promotion et de surveillance sanitaire par exemple, ainsi que la stratégie DOTS. En dépit de sa superficie restreinte, son pays fait tout pour empêcher que la tuberculose se propage davantage. Il appuie le projet de résolution.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) indique que le programme de lutte antituberculeuse mis en oeuvre par son pays donne de bons résultats depuis 1997, tant pour ce qui est du déploiement de la stratégie DOTS (qui couvre l'ensemble de la population) que pour les taux de dépistage et de guérison. Le Viet Nam a été l'un des six pays à qui le partenariat mondial Halte à la tuberculose a octroyé une distinction en 2004, grâce à l'appui de divers partenaires et à la volonté du Gouvernement de faire barrage à la maladie en investissant davantage dans le combat contre la tuberculose. Cependant, le programme de lutte antituberculeuse est aussi confronté à maintes difficultés, et notamment à la progression des co-infections au VIH et à la tuberculose et à des problèmes financiers. Un financement durable de la lutte contre la tuberculose aidera les pays à poursuivre ce combat ; elle appuie par conséquent sans réserve le projet de résolution.

Le Dr NAVARRO MARÍN (El Salvador) appuie le projet de résolution. Grâce à l'appui fourni par diverses organisations internationales pour la mise en oeuvre de son programme national de lutte antituberculeuse, et notamment par l'OPS et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, son pays est parvenu à atteindre les cibles fixées en matière de lutte contre la tuberculose. C'est au Ministère de la Santé qu'il incombe de fournir au programme de lutte antituberculeuse les ressources humaines et les médicaments de première intention nécessaires. Au titre d'un accord de coopération conclu avec l'OPS, son pays peut se procurer des médicaments de qualité à moindre coût, ce qui lui permet d'atteindre un taux de guérison de 85 %. Récemment, le traitement combiné contre le VIH/SIDA et la tuberculose a été introduit avec succès dans son programme de lutte antituberculeuse.

Des stratégies novatrices devront être trouvées afin d'obtenir des organisations internationales un appui financier et technique renouvelé et durable pour la lutte antituberculeuse. Il incombe aussi aux Etats Membres de s'acquitter de leur obligation de mobiliser suffisamment de ressources sur le plan interne.

Le Dr DA COSTA SEMEDO (Guinée-Bissau) souligne qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine de la lutte antituberculeuse malgré les efforts des pays et des différents partenaires, car le nombre de personnes infectées augmente chaque jour. L'insuffisance des ressources est l'un des obstacles à surmonter pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la tuberculose. Son pays applique la stratégie DOTS et bénéficie de l'appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. L'OMS est un partenaire stratégique en matière technique. La tuberculose est un problème de santé publique pour le pays ; l'intervenant appuie le projet de résolution.

Mme ANGHELUTĂ (Roumanie) souscrit sans réserve aux objectifs du partenariat Halte à la tuberculose et dit que son programme de lutte antituberculeuse est conçu en fonction de ces objectifs. L'incidence de la tuberculose est certes plus élevée en Roumanie que dans d'autres pays d'Europe, mais son programme de lutte antituberculeuse a permis d'améliorer sensiblement la situation. L'incidence de la maladie diminue depuis 2003. La stratégie DOTS est intégralement mise en oeuvre depuis 2004, le taux de dépistage dépasse désormais 70 % et le taux de guérison est de plus de 82 %, ce qui est proche de la cible de 85 % fixée pour 2005. Pour 2006-2010, les objectifs à atteindre seront notamment d'améliorer la qualité du réseau de laboratoires et de mettre en place des centres régionaux de référence, de dispenser des traitements et des soins appropriés aux patients tuberculeux polypharmacorésistants, d'augmenter la capacité des programmes de prévention et de traitement et d'obtenir des médicaments à meilleur compte. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme apporte un soutien financier non négligeable au programme de lutte antituberculeuse de la Roumanie.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général) prend note du soutien apporté au projet de résolution et se félicite de la participation au partenariat Halte à la tuberculose. On s'est sensiblement rapproché des cibles fixées pour 2005 mais des efforts soutenus demeurent nécessaires pour atteindre les cibles mondiales du partenariat pour 2015, liées aux objectifs du Millénaire pour le développement. En proposant un schéma pour la lutte antituberculeuse et en définissant les activités et les dépenses à prévoir pour toutes les Régions, le deuxième plan mondial de lutte contre la tuberculose pour la période 2006-2015 offrira un argument puissant en faveur de la mobilisation des ressources et aidera à répondre aux besoins des pays en matière de planification à long terme et de financement durable. Pour étayer ce plan, la stratégie mondiale d'endiguement de la tuberculose, en préparation, précisera quels éléments seront indispensables à la réussite de la stratégie DOTS et seront de nature à encourager la participation de tous les dispensateurs de soins.

Les cibles pour 2015 seront atteintes à l'échelle mondiale si elles le sont en Afrique et dans d'autres régions de forte prévalence du VIH. La lutte contre la tuberculose en Afrique passe par une intensification de l'action, par une exceptionnelle volonté politique et par des interventions multisectorielles ; le plan de campagne pour cette lutte définit les domaines d'activité clés ainsi que les ressources financières nécessaires pour que la lutte antituberculeuse fasse partie intégrante des plans de développement de tous les Etats africains. Il préconise la mise en place de mécanismes susceptibles de favoriser un effort concerté de la part des donateurs, des institutions techniques et des gouvernements africains, dans le but d'accélérer la mise en oeuvre de la stratégie sanitaire prévue dans le cadre du nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique.

Le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux créé en 2001 est une initiative phare du partenariat Halte à la tuberculose, grâce à laquelle des médicaments de qualité sont obtenus à moindres frais moyennant des subventions et des services d'approvisionnement directs. Le Comité Feu vert de l'OMS a pour tâche de lier l'accès à des médicaments de qualité pour traiter la tuberculose polypharmacorésistante à l'utilisation rationnelle de ces médicaments. Le partenariat de l'OMS avec la Banque mondiale pour fournir l'assistance technique ainsi qu'avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme concourt également de façon considérable à l'action qu'elle a entreprise pour faire barrage à la tuberculose.

Répondant à une question posée par le délégué de la Fédération de Russie, il indique que les pays sont tous incités à adapter la stratégie DOTS à leurs besoins plutôt que de l'appliquer de manière rigide, et ce en tenant compte des éléments pertinents – facteurs sociaux et aspects liés aux malades. A propos de la question posée par le délégué de la Grèce, M. Chow précise que l'OMS est favorable à l'utilisation du vaccin au BCG, tout particulièrement pour prévenir les formes graves de tuberculose chez l'enfant. La suggestion du délégué d'Oman tendant à ce que les nouvelles approches soient incorporées à la stratégie mondiale mérite d'être examinée soigneusement. Se référant aux observations faites par le Swaziland et la Zambie au sujet de la nutrition, l'intervenant rappelle que la stratégie DOTS préconise le recours à une chimiothérapie normalisée de brève durée dans des conditions satisfaisantes de prise en charge des malades, l'une de ces conditions étant une nutrition adéquate.

Le Secrétariat présentera en 2006 ou 2007 un bilan des efforts faits pour atteindre les cibles fixées pour 2005. Il a d'ores et déjà publié un guide concernant la pauvreté et la lutte antituberculeuse ; la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé se préoccupera également de cette question.

Le PRESIDENT suggère, dans le souci de tenir compte des amendements proposés, de demander au Secrétariat d'établir une version révisée du projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R1, laquelle serait distribuée et examinée ultérieurement, la Commission demeurant saisie de ce point subsidiaire de l'ordre du jour.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la septième séance, section 4.)

**Paludisme :** Point 13.5 de l'ordre du jour (résolution EB115.R14 ; document A58/8)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif) déclare que, lors de l'examen du sujet par le Conseil exécutif à sa cent quinzième session, plusieurs membres du Conseil ont fait valoir que le paludisme ne sévissait pas seulement en Afrique mais aussi en Asie, dans les Amériques et le Pacifique. Le Conseil a insisté sur le rôle essentiel que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est appelé à jouer pour intensifier la lutte contre le paludisme et sur l'importance du transfert de technologie et de la production locale si l'on veut être assuré d'avoir accès aux fournitures nécessaires, de disposer de tests diagnostiques bon marché et de bénéficier de systèmes de distribution de médicaments antipaludiques strictement contrôlés. Le Conseil a noté que la pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations demeure un moyen essentiel de lutte antivectorielle.

L'intervenant demande instamment à la Commission de garder présente à l'esprit une observation faite par M. Bill Gates dans son allocution à l'Assemblée de la Santé, selon laquelle si le paludisme était une infection prévalente dans les pays riches, il y a bien longtemps qu'un vaccin ou un médicament bon marché auraient été trouvés.

Le Dr CHITUWO (Zambie), s'exprimant au nom du Groupe africain, déclare que les Etats Membres de la Région africaine s'inquiètent des taux élevés de morbidité et de mortalité par paludisme relevés dans la Région. Parmi les pays d'endémie palustre, bien peu ont quelque chance d'atteindre l'objectif fixé dans la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique (25 avril 2000), à savoir de faire en sorte que d'ici 2005 au moins 60 % des personnes à risque ou atteintes de cette maladie bénéficient d'interventions préventives et curatives adaptées et d'un coût abordable avant la fin de 2005. Il n'en reste pas moins que la lutte antipaludique prend de l'ampleur en Afrique. Les pays Membres de la Région appuient les différentes stratégies antipaludiques préconisées dans le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R14, car elles reflètent la diversité des besoins des pays et sous-régions. Ils appuient aussi la demande adressée au Directeur général tendant à ce qu'il prenne des mesures pour intensifier les activités en matière de lutte antipaludique. Ils souhaitent le voir développer les recherches sur la technique de l'insecte stérile qui est sûre du point de vue de la protection de l'environnement et applicable dans de vastes zones aux fins de la lutte antipaludique ; faire rapport sur les progrès réalisés dans la Région africaine pour se rapprocher des objectifs de la Déclaration d'Abuja et des objectifs du Millénaire pour le développement ; et mobiliser des ressources pour faciliter la mise en oeuvre de la résolution. Le Groupe africain en appelle aussi aux pays Membres de la Région pour qu'ils jouent un rôle moteur et qu'ils veillent à la mise en oeuvre de la résolution au niveau des pays et qu'ils fassent en sorte de résoudre la crise des ressources humaines. Les Etats Membres de la Région africaine appuient le projet de résolution.

Le Dr DAYRIT (Philippines) souligne que le paludisme continue de poser de graves problèmes en Asie, dans les Amériques et la région du Pacifique. Dans son pays, la lutte antipaludique a fait d'énormes progrès. C'est ainsi que le déploiement de stratégies peu coûteuses dans deux provinces d'endémie palustre a permis de réduire l'incidence du paludisme de plus de 80 % en deux ans. De telles réussites montrent bien que la bonne stratégie, mise en oeuvre de manière efficace et suivie de près, peut donner des résultats sanitaires vérifiables grâce à une utilisation rationnelle de ressources limitées. Le Gouvernement philippin est convaincu que pour continuer à lutter avec succès contre le paludisme, il faut pouvoir compter sur un apport continu de ressources. Il est bien conscient du rôle joué par le Bureau régional du Pacifique occidental et le Siège dans les succès remportés jusqu'à présent par son pays et il compte sur le maintien de l'appui et de l'assistance technique. Il appuie le projet de résolution.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) fait savoir que des spécialistes russes s'emploient actuellement avec le Bureau régional de l'Europe à évaluer les risques de recrudescence de la transmission du paludisme au sein de la Communauté des Etats indépendants par importation depuis des pays d'endémie. Le succès de la lutte antipaludique en cours dépend de l'utilisation généralisée de médicaments antipaludiques et d'insecticides. Etant donné que ceux-ci sont utilisés depuis de nombreuses années, il est particulièrement important de renforcer la surveillance de la sensibilité des vecteurs et des pathogènes. L'éventail des activités de laboratoire doit être élargie afin d'y inclure l'évaluation des différences apparaissant à l'intérieur d'une même espèce de plasmodies ainsi que l'utilisation de techniques diagnostiques moléculaires pour étudier la cytogénétique des moustiques vecteurs. Les spécialistes russes sont prêts à participer à tous les aspects de ces importants travaux, y compris à la formation de personnel de surveillance épidémiologique et de prévention du paludisme.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) souscrit à la déclaration faite au nom du Groupe africain. Elle s'inquiète de ce qu'en dépit des initiatives et engagements pris pour faire reculer le paludisme, la plupart des pays d'endémie de la maladie ne seront pas en mesure d'atteindre les cibles fixées. La persistance du paludisme en Afrique est imputable à de multiples facteurs, et tout particulièrement à la survie du vecteur et du parasite dans un milieu qui leur est favorable, ainsi qu'à leur résistance aux agents utilisés. C'est donc à une gestion intégrée du vecteur qu'il faut recourir pour lutter contre le paludisme, et les partenaires nationaux et internationaux doivent aider les pays affectés à mettre en oeuvre les méthodes de leur choix pour lutter contre les vecteurs. L'Afrique du Sud continue à utiliser le DDT pour les pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, car cette technique s'est révélée durablement efficace.

Le coût élevé des interventions efficaces demeure un problème ; les offres de subventions à l'échelle mondiale sont les bienvenues. Il est également urgent d'appuyer les activités de suivi et d'évaluation et notamment la conception et la mise en place de systèmes de pharmacovigilance adaptés, afin d'assurer une prise en charge satisfaisante des cas. Ce sont les systèmes de santé dans leur ensemble qui ont besoin d'être renforcés, car le nombre de décès imputables au paludisme est révélateur des carences des systèmes d'orientation-recours, des dispositifs de transport des malades à traiter en urgence et de l'approvisionnement en médicaments, par exemple.

Elle souscrit au projet de résolution, soulignant que l'appui des partenaires internationaux doit être sans faille s'agissant de la mise en oeuvre par chaque pays de ses propres stratégies de prévention et de lutte antipaludiques ; du renforcement de la collaboration transfrontières et entre pays pour lutter contre le paludisme ; de la mise au point d'insecticides à effet rémanent de longue durée ; de l'intensification des programmes de lutte antivectorielle ; et de la recherche de nouvelles méthodes de lutte antivectorielle.

Le Professeur IVANOV (Bulgarie) indique que, bien que son pays ait été déclaré exempt de paludisme en 1965, les migrations sont devenues une source constante de cas importés et ont donné lieu, au milieu des années 90, à la notification de 18 cas autochtones. La Bulgarie est maintenant parvenue au stade de l'élimination durable du paludisme, et elle axe ses efforts sur la surveillance épidémiologique et les mesures préventives visant à empêcher la transmission à partir de cas importés.

Ces dernières années, elle a coopéré étroitement avec l'OMS dans des actions de lutte antipaludique. Un projet transfrontières en préparation va être mis en oeuvre avec la Grèce ; un des aspects de ce projet concerne la mise à jour d'une base de données existante sur les populations d'anophèles dans certaines zones frontalières. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr HAMADI (Maroc) appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R14, précisant que son pays est tout disposé à assister d'autres pays d'endémie palustre dans le cadre de partenariats Sud-Sud. Le Maroc est traversé par d'importants flux migratoires, si bien qu'il a mis en place une surveillance épidémiologique de la maladie et qu'il est résolu à prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir l'apparition de cas importés.

Le Dr KAMUGISHA (Ouganda), s'associant à la déclaration faite au nom du Groupe africain, dit que le paludisme continue d'être un problème majeur en Ouganda, surtout depuis l'apparition du VIH/SIDA, car de nombreuses personnes souffrant du SIDA meurent en fin de compte du paludisme. Dans le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R14, l'intervenant souhaiterait des éclaircissements au sujet de l'expression « dans les conditions locales » utilisée au paragraphe 1.6) à propos de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Divers pays ayant voulu recourir à cette technique ont rencontré de fortes résistances de la part de certains secteurs de la communauté internationale, s'agissant notamment de l'utilisation du DDT, et des exportateurs ougandais ont été menacés de voir les produits traités au DDT boycottés au motif que ceux-ci allaient contaminer la chaîne alimentaire. Croyant comprendre que le DDT a été interdit dans l'agriculture mais non pas pour la lutte antivectorielle, l'intervenant demande qu'une déclaration catégorique soit faite sur la question de savoir si l'usage du DDT pour la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des locaux est associé d'une façon quelconque à la contamination de la chaîne alimentaire. Ainsi que l'a souligné un précédent orateur, les pays fortement infestés par les moustiques ne pourront jamais éradiquer le paludisme sans une action antivectorielle. Sous réserve de ces observations, il appuie le projet de résolution.

Le Dr PARK Ki-dong (République de Corée) dit que, dans son pays, le paludisme a été éradiqué depuis la fin des années 70 grâce à l'action menée par le Gouvernement en collaboration avec l'OMS, mais qu'il est réapparu au milieu des années 90 sur la péninsule coréenne comme dans d'autres parties de l'Asie de l'Est. Etant donné que la majeure partie des cas observés dans le pays l'ont été dans les zones frontalières et que le paludisme est également réapparu en République populaire démocratique de Corée, le Gouvernement apporte son soutien au programme de lutte antipaludique de cette dernière depuis 2001, avec l'aide de l'OMS. Il participe également aux efforts collectifs d'intensification de la lutte entrepris en étroite collaboration avec l'OMS et d'autres Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est. Cela a permis de faire régresser l'incidence de la maladie de manière spectaculaire, mais l'éradication totale demandera encore plusieurs années. Le Gouvernement de la République de Corée a l'intention de participer davantage encore à la collaboration internationale. Il escompte que l'OMS intensifiera les efforts qu'elle déploie pour lutter contre le paludisme, et ce en étroite coopération avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de façon à développer davantage encore l'appui aux Etats Membres les moins nantis. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr DE LIMA (Sao Tomé-et-Principe) déclare que malgré les progrès enregistrés dans la lutte contre le paludisme, celui-ci reste l'une des principales causes de morbidité et de mortalité, notamment dans les pays pauvres, et constitue d'ailleurs l'une des causes de la pauvreté. Pour combattre le paludisme avec de réelles chances de succès, la communauté internationale devra investir davantage dans la recherche de nouveaux médicaments, de vaccins efficaces et de nouveaux insecticides ; de leur côté, les pays affectés doivent veiller à ce que les groupes de population les plus vulnérables aient accès aux médicaments et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide, tout en sachant que les nouvelles molécules sont plus chères que la chloroquine.



La coopération et le partenariat sont des éléments importants pour combattre le paludisme. L'intervenant remercie l'OMS et les pays partenaires du soutien qu'ils apportent à un projet de lutte antipaludique mené dans son pays, projet qui s'organise autour de trois axes fondamentaux : prise en charge des cas, lutte antivectorielle et surveillance épidémiologique. Des fonds récemment alloués par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme devraient être versés durant l'année en cours. L'intervenant souscrit à la déclaration faite par le délégué de la Zambie et appuie sans réserve le projet de résolution à l'examen.

Le Professeur KORTE (Allemagne) rappelle que son pays soutient résolument les efforts déployés sur le plan international pour combattre le paludisme, par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme notamment. Mais des domaines tels que la gestion et l'exécution nécessitent aussi un appui technique de la part de l'OMS et d'autres institutions, et notamment d'organismes techniques bilatéraux ; c'est de façon soutenue que l'Allemagne continuera à aider les pays à se doter de la capacité de gestion nécessaire pour tirer le meilleur parti des ressources disponibles. En ce qui concerne les recherches sur la mise en oeuvre et les aspects biomédicaux, la collaboration engagée avec le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales bénéficiera aussi d'une coopération accrue. L'Allemagne se félicite de l'initiative « quick win » (actions à gain rapide) et la soutiendra par le biais de la coopération pour le développement. Il souscrit sans réserve au projet de résolution.

Le Dr NLOME NZE (Gabon), souscrivant à la déclaration du délégué de la Zambie, dit que le paludisme représente un grave problème de santé publique au Gabon, car il n'est pas encore possible de satisfaire aux besoins de toutes les couches de la population, et notamment des femmes enceintes et des enfants. Peu de femmes enceintes bénéficient d'un traitement préventif intermittent et 1 % seulement des enfants gabonais ont accès aux moustiquaires imprégnées d'insecticide. Par ailleurs, la résistance aux antipaludiques classiques constitue toujours un obstacle majeur. Il remercie l'OMS d'avoir aidé son pays à obtenir des fonds supplémentaires pour la lutte antipaludique auprès du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) fait observer que dans tout système de santé, la lutte antipaludique devrait faire partie intégrante des soins de santé primaires. Naguère la Grèce, avec 2 millions de cas par an, était le pays d'Europe où l'incidence du paludisme était la plus élevée d'Europe, mais grâce à un programme efficace de lutte contre le paludisme, l'éradication de cette maladie a été attestée en 1974. La transmission autochtone de la maladie n'en demeure pas moins un risque en raison de la fréquence des voyages internationaux et de l'immigration, de la présence de moustiques vecteurs compétents et de conditions écologiques favorables à la transmission. Une commission créée au sein du Ministère grec de la Santé a été chargée de s'occuper du paludisme et d'autres maladies tropicales ; elle a notamment pour mission d'autoriser la lutte contre les moustiques, d'assurer la formation de personnel médical et technique et d'améliorer les possibilités de diagnostic et de traitement précoces. Elle souhaiterait savoir si des progrès ont été faits en ce qui concerne la préparation de vaccins. Elle appuie le projet de résolution et suggère d'en modifier l'intitulé en remplaçant « Paludisme » par « Lutte antipaludique ».

Le Dr RUIZ (Mexique) indique qu'après des années de lutte contre le paludisme, son pays est parvenu à réduire sensiblement la superficie des zones impaludées moyennant un programme énergique et très novateur fondé sur une surveillance épidémiologique active, un diagnostic et un traitement précoces et, surtout, sur une lutte antivectorielle menée au moyen de pesticides inoffensifs pour l'environnement et reposant sur une large participation communautaire. Actuellement, le Mexique enregistre le nombre de cas de paludisme le plus faible de son histoire, et l'usage d'insecticides y est parvenu au niveau le plus bas jamais atteint. Le DDT est abandonné depuis plusieurs années.

Le Dr Ruiz appuie le projet de résolution mais propose d'y insérer un nouveau paragraphe après le paragraphe 1.6), où les Etats Membres seraient instamment priés d'encourager la participation communautaire aux programmes de lutte antivectorielle. Etant donné que les mouvements migratoires sont également un facteur de risque, le paragraphe 1.7) devrait être modifié comme suit : « à mettre sur pied ou renforcer la coopération entre les pays pour lutter contre la propagation du paludisme par-delà leurs frontières communes et par les voies migratoires ; ».

Le Dr NABLI (Tunisie) constate que les progrès réalisés pour atteindre les cibles fixées en matière de lutte antipaludique en Afrique sont fort lents, et appuie le projet de résolution. Les Etats Membres doivent s'unir pour lutter contre une recrudescence de l'épidémie qui menace même les pays où la maladie a été éradiquée. Il est indispensable d'intensifier la prise de conscience et de mobiliser des ressources humaines et financières qui se situent à un niveau inférieur aux objectifs et aux espoirs que l'on s'était donnés. Il convient de mieux se préparer à tous les niveaux, afin de faire de la lutte antipaludique une priorité économique et sociale, surtout dans les zones infectées. Les systèmes de soins de santé primaires doivent être améliorés, surtout dans les pays qui se trouvent en première ligne, afin que ces systèmes puissent s'acquitter efficacement de leur mission, qu'il s'agisse de la mise en oeuvre des programmes ou du fonctionnement des services. La société civile et le secteur privé ont aussi un rôle à jouer dans le combat contre le paludisme.

Le Professeur KINDE-GAZARD (Bénin) souligne que les travaux de la Commission revêtent une importance capitale pour son pays, dans la mesure où ils concernent la plupart des endémies qui y sévissent, lesquelles constituent un frein au développement du continent africain tout entier. Elle appuie la déclaration du Groupe africain sur la lutte antipaludique. Elle remercie le partenariat Faire reculer le paludisme pour les ressources mises à disposition, et en particulier le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de qui son pays a reçu une aide financière pour la lutte antipaludique dès la première série d'octroi de subventions : le taux d'utilisation des crédits a été de plus de 90 % au cours de la première phase. Il n'en demeure pas moins que des enfants de moins de cinq ans continuent de mourir en raison de la résistance accrue du parasite à la plupart des antipaludiques disponibles. Le Bénin a maintenant opté pour les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et souhaite que le Fonds mondial tienne compte de ce qu'il a accompli et de ses capacités de bonne gestion des ressources et qu'il fera droit à sa demande au cours de la cinquième série d'octroi de subventions, afin de lui permettre d'acquérir ces nouveaux médicaments. Tenir le paludisme en échec est un enjeu stratégique pour le Bénin ; y parvenir lui permettra de se rapprocher des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr SANGALA (Malawi) souscrit au point de vue exposé par le Groupe africain. Dans le cadre de sa politique nationale de lutte contre le paludisme, et conformément au mot d'ordre de la Journée mondiale de la Santé 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », le Malawi est en train de mettre en oeuvre son programme intégré de gestion des maladies de l'enfant, ainsi qu'un nouveau programme de triage pédiatrique dans les hôpitaux de district, destiné à repérer les enfants atteints de paludisme et à leur appliquer rapidement un traitement d'urgence approprié. Les femmes enceintes se voient proposer un traitement préventif intermittent. Les mères se présentant dans les centres de consultation prénatale ou les dispensaires pour les enfants de moins de cinq ans peuvent se procurer des moustiquaires imprégnées d'insecticide subventionnées pour la somme fort modique de US \$0,50. Dans les collectivités rurales, où elles sont vendues au prix unitaire de US \$1, ce sont 2,5 millions de moustiquaires qui ont été distribuées. Chaque année, à l'occasion de la semaine de la lutte contre le paludisme organisée par la Communauté de Développement de l'Afrique australe, les moustiquaires peuvent être réimprégnées gratuitement, et le taux de réimprégnation est passé de 7 % en 2002 à 61 % en 2004. Toutefois, les moustiquaires imprégnées demeurent insuffisamment utilisées (par 35 % des enfants de moins de cinq ans et 31 % des femmes enceintes) ; il est prévu de réaliser une étude sur l'effet qu'a la distribution de moustiquaires à son niveau actuel sur les taux globaux de morbidité et de mortalité imputables au paludisme. Le Malawi a présenté une demande au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Tous les montants versés au titre

d'une subvention quelle qu'elle soit seront centralisés pour tenir compte de l'approche sectorielle qui a été adoptée. L'intervenant appuie le projet de résolution.

Le Dr XIAO Donglong (Chine) appuie le projet de résolution. Il souscrit aussi à la demande instante adressée aux Etats Membres dans le rapport tendant à ce que ceux-ci développent leurs programmes de surveillance et d'évaluation pour faire en sorte que, d'ici 2010, 80 % des personnes très exposées au paludisme bénéficient des interventions existantes, conformément à l'objectif convenu. Il faudrait s'inquiéter davantage de la fréquence accrue des flambées de formes tierces du paludisme en Asie, en élaborant une stratégie de lutte efficace et en favorisant la coopération entre les Régions et les pays. Il conviendrait de mettre au point une stratégie de lutte contre la réapparition du paludisme dans certaines Régions, et l'OMS devrait développer l'étude des médicaments comportant de l'artémisinine afin d'élargir l'éventail des traitements disponibles. La Chine est en train de préparer des plans nationaux à moyen et à long terme afin de mettre fin à la transmission d'ici 2010 et d'éradiquer complètement la maladie avant la fin de 2015.

Le Dr MOSA (Madagascar) souligne à quel point le paludisme est un fardeau pour son pays : en 2003, on a recensé 2 250 000 cas de paludisme, dont 35 % concernaient des enfants de moins de cinq ans. Cette année-là, on a compté quelque 3 millions de jours d'absentéisme scolaire et plus de 4 millions de journées de travail perdues en raison de cette maladie, soit des pertes financières directes de plus de US \$5 millions. Le programme national de lutte contre le paludisme met l'accent sur la prise en charge précoce des cas et sur la pulvérisation à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide sont distribuées aux groupes vulnérables soit gratuitement, soit moyennant une somme modique. Madagascar a décidé de recourir à une association médicamenteuse comportant de l'artémisinine, tout en étant conscient du coût relativement élevé de cette option. Aussi souscrit-il au projet de résolution à l'examen, qui tend à rendre cette thérapie accessible au plus grand nombre.

Le Dr CONOMBO-KAFONDO (Burkina Faso) indique que, dans son pays, le paludisme demeure l'une des premières causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans, avec un taux de létalité de 43 %. Diverses stratégies ont été mises en oeuvre, dont la prise en charge des cas simples avec des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et des cas plus graves avec des sels de quinine. En outre, l'assainissement du milieu et le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide sont encouragés, quoique le taux d'utilisation de celles-ci ne soit que de 8 %. On est actuellement en train de tester un vaccin dans le cadre d'un essai de phase 1b financé par le Réseau africain de lutte contre le paludisme (AMANET).

Le Burkina Faso bénéficie du soutien du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et a instauré des partenariats avec diverses organisations non gouvernementales. Elle appuie le projet de résolution à l'examen, et en particulier les paragraphes 1.2) et 1.9) du dispositif. Bien qu'il ait adopté un nouveau schéma thérapeutique comprenant des associations médicamenteuses à base d'artémisinine, le Burkina Faso ne dispose toujours pas de ces médicaments. Le coût de ce traitement est plus élevé que celui de la chloroquine, et le personnel devra être formé à sa prescription. L'intervenant souscrit à la déclaration faite au nom du Groupe africain.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) déclare que son pays attache une importance primordiale à la lutte menée contre le paludisme à l'échelle mondiale, rappelant en particulier qu'il apporte son soutien au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et aux initiatives internationales prises en la matière, qu'il s'emploie à mettre au point de nouveaux antipaludiques et qu'il fournit une assistance technique bilatérale par l'intermédiaire de l'Agence japonaise de Coopération internationale. Son Gouvernement déplore qu'en dépit de l'appui financier accru apporté par l'intermédiaire du Fonds mondial, les progrès accomplis vers les objectifs fixés dans la Déclaration d'Abuja aient été inférieurs à ce que l'on attendait. Le paludisme demeure un problème de santé publique d'ampleur planétaire et les pays et les autres parties prenantes doivent redoubler d'efforts.

Quant aux stratégies visant à développer l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide, il faut les développer.

Le projet de résolution n'évoque pas la coopération dans le secteur public, et le paragraphe 1.8) pourrait être modifié comme suit : « à encourager la collaboration intersectorielle, publique et privée, à tous les niveaux, en particulier dans le domaine de l'éducation ; ».

Pour ce qui est d'accroître le soutien financier, il conviendrait sans doute, pour atteindre les objectifs de l'initiative Faire reculer le paludisme, d'élaborer des plans stratégiques de plus longue haleine et tirant un meilleur parti de budgets limités. Il faudrait procéder à des évaluations du coût-efficacité des plans d'action et des progrès accomplis.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) relève qu'en dépit des efforts déployés dans le monde entier, le paludisme demeure l'une des causes principales de décès chez les enfants de moins de cinq ans : il représente un fardeau très lourd pour les services de santé, tant en ce qui concerne les consultations externes que les hospitalisations ; le taux de prévention est faible, ainsi que l'atteste le fait que seuls 2 % des enfants de moins de cinq ans dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide ; et les femmes enceintes ne bénéficient pas autant qu'il conviendrait du traitement préventif intermittent.

Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme procure des ressources pour le court terme, mais la Thaïlande demeure inquiète en ce qui concerne le financement des activités à plus long terme. Il faut des systèmes de santé solides pour mettre les programmes en oeuvre efficacement ; or, un peu partout, la migration des agents de santé, principalement des pays en développement vers les pays développés, perturbe gravement le bon déroulement des programmes de lutte antipaludique.

La Thaïlande accueille favorablement la proposition faite par l'Institute of Medicine des Etats-Unis d'Amérique d'accorder une subvention globale pour l'achat d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, ainsi que l'enquête en grappes à indicateurs multiples qui sera menée par l'UNICEF en 2005-2006 pour mesurer l'impact au niveau des ménages des actions menées dans le cadre de la lutte antipaludique. La Thaïlande appuie le projet de résolution à l'examen mais, compte tenu des inquiétudes qu'elle nourrit au sujet du financement à long terme, elle propose d'ajouter les mots « à assurer la viabilité financière et » au début du paragraphe 1.4).

Le Dr SINGH (Inde) appuie sans réserve le projet de résolution. Il serait souhaitable d'encourager la réalisation d'études sur le terrain bien ciblées pour lutter contre la transmission de l'infection et d'instaurer des réseaux pour le transfert de technologie aux niveaux national et international, puisqu'il n'existe aucun vaccin susceptible d'être largement utilisé. Il faudrait soutenir la recherche d'un vaccin antipaludique dans le but de mettre au point un produit capable de faire régresser la morbidité et la mortalité ainsi que la propagation de l'infection.

Le Dr ASSI GBONON (Côte d'Ivoire) souscrit à la déclaration faite au nom du Groupe africain, tout en soulignant qu'il convient d'insister sur la lutte antivectorielle. Il serait souhaitable de mettre en oeuvre une politique environnementale permettant de détruire les lieux de reproduction des vecteurs du paludisme et en particulier les caniveaux à ciel ouvert. Il est indispensable à cet égard de sensibiliser les collectivités, et elle en appelle aux organisations internationales pour qu'elles contribuent à une lutte antivectorielle respectueuse de l'environnement. Elle tient à remercier l'OMS d'avoir conclu un partenariat avec certains laboratoires pharmaceutiques pour fournir aux pays africains des antipaludiques à moindre coût, et souligne qu'il faudrait mettre en place des systèmes de pharmacovigilance. Il serait souhaitable que la recherche sur les vaccins s'intensifie. Elle appuie le projet de résolution, tel qu'amendé par la Thaïlande.

Le Dr WINT (Jamaïque) rappelle que son pays, comme beaucoup d'autres dans la région des Caraïbes, a éradiqué le paludisme dès les années 60. Mais la surveillance et la lutte antipaludiques demeurent très actives en ce qui concerne les cas importés, dont le nombre a sensiblement augmenté

ces dernières années. En 2004, 141 cas de paludisme ont en effet été enregistrés à la Jamaïque, en raison principalement d'un afflux soudain de réfugiés venus d'un pays voisin de forte endémie. Ses capacités de diagnostic et de traitement ayant été mises à rude épreuve, la Jamaïque sait gré à l'OMS d'avoir accédé à sa demande d'assistance pour revoir et mettre à jour ses protocoles de traitement et pour réactualiser la formation du personnel de laboratoire. A l'avenir, il serait souhaitable que la documentation relative au paludisme évoque le problème de la réapparition de la maladie. C'est pourquoi l'intervenant propose d'insérer au paragraphe 2.2) du projet de résolution, après l'expression « les partenaires du projet Faire reculer le paludisme », le membre de phrase « et les pays exempts de paludisme exposés à un réel risque de réémergence ». La Jamaïque appuie l'amendement proposé par le Mexique.

Le Professeur MAJORI (Italie) estime que même si l'accès au diagnostic et au traitement du paludisme demeure un problème crucial dans de nombreuses régions et en particulier en Afrique subsaharienne, il est permis d'être optimiste en ce qui concerne l'avenir de la lutte antipaludique. Des moyens efficaces existent, comme par exemple les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine récemment mises sur le marché, et les moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent. Il faut renforcer les partenariats locaux et déployer des ressources humaines solidement formées sur le terrain si l'on veut mettre en oeuvre à grande échelle les programmes de lutte antipaludique fondés sur la stratégie Faire reculer le paludisme. L'Italie appuie le projet de résolution et confirme l'importance qu'elle attache à la lutte mondiale contre le paludisme.

Le Dr NYIKAL (Kenya) souscrit à la déclaration faite au nom du Groupe africain, soulignant que le paludisme demeure un grave problème de santé publique dans son pays ; quelque 20 millions de personnes y sont régulièrement exposées à cette maladie. A lui seul, le paludisme est à l'origine de 30 à 50 % de toutes les consultations externes et de 19 % des hospitalisations, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes étant les plus touchés. Chaque année, environ 34 000 enfants de moins de cinq ans décèdent de complications liées au paludisme. L'apparition de souches résistantes de *Plasmodium falciparum* a aggravé le problème et les épidémies sont de plus en plus fréquentes depuis les années 90. Au cours des trois dernières années, des stratégies ont été mises en place pour généraliser l'accès rapide à un traitement efficace, prévenir et traiter la maladie durant la grossesse, encourager le recours aux moustiquaires imprégnées d'insecticide et aux moyens de lutte antivectorielle tels que la pulvérisation de pyréthrinoïdes à l'intérieur des locaux, et se préparer à faire face promptement et efficacement aux épidémies dans les zones qui y sont sujettes. Trois problèmes difficiles subsistent : tout d'abord, la lutte antivectorielle (à propos de laquelle il demande instamment à l'OMS de se prononcer clairement au sujet de l'emploi du DDT) ; en second lieu, le coût des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, surtout lorsqu'un financement par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme n'est plus offert (un soutien et une action de sensibilisation s'imposent sur le plan international pour modérer les prix) ; enfin, l'absence de tout vaccin efficace (des investissements internationaux en faveur de la recherche sur les vaccins sont indispensables). Il appuie le projet de résolution.

M. PAK Jong Min (République populaire démocratique de Corée) indique que, dans son pays qui en était resté indemne jusque en 1970, le paludisme est désormais l'un des principales maladies transmissibles, avec 300 000 cas répertoriés en 2000. Avec l'appui de l'OMS, les autorités ont pris des mesures afin d'interrompre la propagation de cette maladie et de l'éliminer. La stratégie de lutte adoptée est spécifique au pays et tient compte du fait que le paludisme à *vivax* est prévalent sur son territoire. Les communautés vivant dans les zones à haut risque bénéficient d'une chimioprophylaxie de masse, et des interventions antivectorielles sont menées dans tout le pays. Grâce à ces efforts, le nombre de cas de paludisme a diminué sensiblement et on espère éliminer totalement la maladie en une ou deux années. L'intervenant remercie l'OMS et les donateurs du soutien qu'ils apportent et il appuie le projet de résolution.

Le Professeur BOUPHA (République démocratique populaire lao) fait savoir que si la prévalence du paludisme dans son pays a diminué ces dernières années, cette maladie y est encore présente, notamment dans les zones défavorisées, et elle demeure un problème de santé publique. Grâce à l'assistance du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et à la coopération bilatérale et multilatérale, et avec l'appui technique de l'OMS, le programme lao de lutte antipaludique se poursuit de manière satisfaisante. L'action menée doit néanmoins s'intensifier. Il appuie sans réserve le projet de résolution.

**La séance est levée à 12 h 45.**

## SIXIEME SEANCE

**Jeudi 19 mai 2005, 15 heures**

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES :** Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Paludisme :** Point 13.5 de l'ordre du jour (résolution EB115.R14 ; document A58/8) (suite)

M. KAMWI (Namibie), faisant sienne la déclaration faite par le délégué de la Zambie, dit que, la lutte contre le paludisme qui touche plus de 600 000 personnes par an, soit un tiers de la population, est une priorité nationale. Le pays est confronté à l'émergence de la résistance à la chloroquine et, dans une moindre mesure, à la sulfadoxine-pyriméthamine, l'efficacité du traitement étant inférieure respectivement à moins de 75 % et à moins de 80 à 90 %. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé une politique nationale révisée de lutte antipaludique en avril 2005, laquelle comprend les quatre éléments fondamentaux de la stratégie mondiale de lutte antipaludique, et notamment la fourniture d'un diagnostic rapide et d'un traitement prompt, ainsi que la mise en oeuvre de mesures de prévention sélectives et durables (notamment la lutte antivectorielle au moyen de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations). La Namibie continue d'utiliser le DDT pour lutter contre les moustiques vecteurs, dont *Anopheles funestus*, après réduction de leur densité. Il appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R14.

Mme BELLA ASSUMPTA (Cameroun), faisant observer que le Cameroun est un pays à forte endémicité palustre, dit que son pays s'est fermement engagé à atteindre les objectifs de l'initiative Faire reculer le paludisme. La sensibilisation communautaire, la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans, l'utilisation des associations thérapeutiques préconisées par l'OMS, le traitement intermittent chez la femme enceinte et le traitement de l'accès palustre simple à domicile figurent parmi les stratégies mises en oeuvre en même temps que la lutte antivectorielle et la recherche opérationnelle.

Elle fait sienne la déclaration du délégué de la Zambie et propose deux amendements au projet de résolution. Au paragraphe 2.3), il faudrait ajouter les termes « qui le souhaitent » après le membre de phrase « en étudiant la possibilité que l'OMS procède à des achats en gros au nom des Etats Membres ». Le transfert de technologie étant un élément incontournable de la lutte antipaludique, elle demande que le paragraphe 2.5) intègre l'idée d'encourager la fabrication locale des antipaludiques.

Deux événements de portée internationale se tiendront à Yaoundé à la fin de 2005 : le Cinquième Forum mondial des partenaires Pour faire reculer le paludisme et la Quatrième Conférence panafricaine de l'initiative multilatérale sur le paludisme. Avec l'engagement du Secrétariat, des Etats Membres, des partenaires privés, de la société civile et de la communauté scientifique, ces deux événements donneront une nouvelle impulsion à la lutte contre le paludisme et aux progrès en vue d'atteindre l'objectif de la lutte antipaludique qui figure dans les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr DIALLO (France) fait observer que, en dépit des progrès enregistrés dans le cadre de l'initiative Faire reculer le paludisme, ce fléau tue encore plus d'un million de personnes par an et que, dans de nombreux pays, on constate une augmentation des taux de morbidité et de mortalité de

l'enfant. L'une des principales causes de cette tendance est l'émergence de la chloroquinorésistance. Aussi convient-il de souligner la nécessité de développer les efforts de prévention et d'accélérer l'accessibilité aux associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. La France, deuxième contributeur au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, apporte un soutien substantiel à la lutte contre ces maladies et soutient directement l'initiative Faire reculer le paludisme en finançant un projet dans sept pays du Sahel. Elle soutient également les efforts de lutte dans plusieurs pays dans le cadre de la coopération bilatérale. Consciente de l'obstacle que le paludisme constitue pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la mortalité de l'enfant, la France soutient pleinement le projet de résolution.

Le Dr MAMADOU-YAYA (République centrafricaine) soutient la déclaration faite par le délégué de la Zambie et appuie le projet de résolution. Le paludisme est une endémie majeure dans le pays, représente 40 % des consultations chez les enfants de moins de cinq ans et est l'une des principales causes de la mortalité infanto-juvénile et maternelle. La République centrafricaine s'efforce de mettre en oeuvre des stratégies régionales de lutte antipaludique mais n'enregistre qu'un succès limité du fait de la très faible capacité du pays à mobiliser des ressources nationales et de l'insuffisance du financement extérieur qui permettrait de couvrir le coût élevé des associations thérapeutiques. Les autres problèmes sont l'insuffisance du personnel de santé, notamment en zone rurale, la faiblesse du système de surveillance, la pénurie fréquente de moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'appel à propositions tardif au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour la quatrième série. Il remercie l'OMS de son soutien permanent ainsi que les autres partenaires et demande à l'Organisation d'inviter d'autres instances et organisations du système des Nations Unies, dans le cadre de leur mandat, et d'autres donateurs, à soutenir les efforts déployés par la République centrafricaine pour accélérer son programme de lutte antipaludique et notamment satisfaire les besoins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit que son pays soutient sans réserve la déclaration du délégué de la Zambie et le projet de résolution sur le paludisme. Le Zimbabwe a signé la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique. Sa stratégie vise à prévenir la mortalité, réduire la morbidité et diminuer les pertes sociales et économiques dues au paludisme ; les moyens utilisés sont par ordre de priorité : la lutte antivectorielle au moyen de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations avec du DDT et des pyréthrynoïdes selon une configuration dite « mosaïque » ; la protection personnelle, notamment par l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la protection des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes ; la détection précoce des cas et leur prise en charge ; le suivi et l'évaluation ; la surveillance de la maladie ; la sensibilisation ; et la recherche. Même si le Zimbabwe encourage l'utilisation de tous les instruments disponibles, sa première ligne de défense reste la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, et notamment de DDT. Les pays d'Amérique du Nord et d'Europe ont éradiqué le paludisme des décennies plus tôt en tuant les moustiques avec du DDT, et c'est grâce à la lutte antivectorielle que le Zimbabwe et les Etats voisins d'Afrique australe ont enregistré des succès dans la lutte contre le paludisme. L'intervenant encourage le Directeur général à continuer de recommander aux Etats Membres d'adopter la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, instrument dont l'efficacité est avérée.

Le Zimbabwe a décidé d'utiliser les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, mais le prix élevé de ces traitements et l'absence de financement pour leur achat par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme entravent ses efforts. L'intervenant prie instamment le Directeur général de persuader le Fonds mondial d'infléchir sa position.

M. ABID (Iraq) dit que son pays est fier du programme de lutte antipaludique financé par son Gouvernement, qui bénéficie également de l'appui de l'OMS. Il a permis de réduire le nombre de cas de 2000 en 2003 à 155 en 2005, tous survenus dans le nord du pays. Le programme intégré comprend la lutte contre les vecteurs de la maladie et leur surveillance, le diagnostic précoce, le traitement,



l'éducation sanitaire et l'utilisation des moustiquaires, de préférence traitées aux insecticides. La principale intervention est la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations, mais le Gouvernement iraquien s'inquiète des effets secondaires de ces produits sur l'environnement et la santé publique. Il propose un amendement mineur au paragraphe 2.5) du projet de résolution, à savoir l'ajout du membre de phrase « de promouvoir la recherche afin de créer et d'utiliser des moyens écologiques de lutte contre les vecteurs de la maladie ».

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) reconnaît pleinement l'importance de la lutte antipaludique mondiale en particulier pour les enfants et les femmes enceintes dans les zones d'endémie palustre, et pour le développement économique. Les taux de mortalité et de morbidité demeurent extrêmement élevés à cause de l'application insuffisante d'instruments efficaces. Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont devenues un élément important de la lutte antipaludique, mais il faut être vigilant pour pallier les pénuries d'approvisionnement en artémisinine et faire extrêmement attention à la planification et à la mise en oeuvre à court et à long terme. Elle encourage la poursuite des débats sur les questions de réglementation et de contrôle de la qualité liées à la formulation des médicaments en associations fixes pour inclure les antipaludiques. Un financement adéquat aurait l'impact souhaité à condition qu'il soit utilisé pour acheter des médicaments dont l'innocuité et l'efficacité sont avérées et qui sont approuvés par les autorités nationales de réglementation. Des médicaments en associations fixes simplifieraient les schémas thérapeutiques et amélioreraient de ce fait l'observance par le patient, faciliteraient les interventions et empêcheraient le développement d'une pharmacorésistance. Les fonds versés au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme représentent le plus gros investissement fait par son Gouvernement dans la lutte antipaludique et elle encourage tous les pays à le soutenir. Le rapport mentionne l'augmentation rapide du nombre de traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine financés par le Fonds mondial, mais cet effort louable doit s'accompagner d'une pharmacovigilance accrue. Le déséquilibre entre l'approvisionnement mondial en artémisinine en grosse quantité et la demande de ses dérivés antipaludiques exige une coopération internationale entre les secteurs public et privé. Les gouvernements des nations productrices devraient veiller à ce que le prix de l'artémisinine ne soit pas indûment augmenté du fait d'une production insuffisante. Elle se félicite des progrès accomplis par l'Opération Médicaments antipaludiques pour commercialiser un nouvel antipaludique tous les cinq ans. Les Etats-Unis d'Amérique reconnaissent le rôle préventif de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations et approuvent le recours croissant à cette méthode, notamment en Afrique. Elle soutient vigoureusement le projet de résolution tel qu'il est rédigé.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) appelle l'attention sur une observation inquiétante qui figure dans le rapport selon laquelle la charge mondiale de la maladie en termes de morbidité et de mortalité n'a guère changé depuis 2000. Il est improbable que les objectifs de la Déclaration d'Abuja soient atteints en 2005 ; par ailleurs, le fait de devoir déboursier environ US \$3,2 milliards par an, dont US \$1,9 milliard pour l'Afrique, si l'on veut atteindre les cibles pour 2010, est préoccupant. A Cuba, le dernier cas de paludisme a été enregistré en 1967. En 1973, le pays a été certifié exempt de paludisme et ce statut a été maintenu grâce à une surveillance épidémiologique efficace. La coopération interpays en matière de programmes antipaludiques est cruciale si on veut les rendre plus efficaces et éviter une contamination transfrontières. La lutte contre le paludisme dépend en grande partie de la disponibilité des médicaments et insecticides ; il faut poursuivre la recherche pour mettre au point des vaccins, des médicaments et des insecticides efficaces. Il soutient le projet de résolution tel qu'il a été amendé par le Mexique, mais propose qu'au paragraphe 1, on invite instamment les Etats Membres « à assurer une participation multisectorielle et communautaire à la lutte antivectorielle et aux autres actions préventives ». On ne peut lutter contre les vecteurs sans la participation active de la communauté et d'autres secteurs en plus du secteur de la santé publique. Ainsi, les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont incorrectement utilisées du fait de l'absence de participation communautaire et d'information sur les avantages de ce type de prévention.

M. SHONGWE (Swaziland) dit que le paludisme demeure un problème de santé publique majeur au Swaziland, notamment en ce qui concerne les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Le soutien de l'OMS et d'autres partenaires a consolidé les efforts déployés par son pays pour atteindre les cibles énoncées dans la Déclaration d'Abuja et l'objectif 6 du Millénaire pour le développement. Le programme de lutte antipaludique du Swaziland comprend la poursuite de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, le traitement des personnes infestées, la surveillance, l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, et la coopération avec l'Afrique du Sud et le Mozambique. Il remercie le Secrétariat de son appui technique ainsi que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour le soutien apporté au programme national de lutte antipaludique. Le Swaziland soutient pleinement le projet de résolution ainsi que les observations faites par le délégué de la Zambie.

Le Dr KAMANA (Burundi) dit que son Gouvernement a examiné le projet de résolution avec attention. Les pays touchés par le paludisme devraient être encouragés à détruire les gîtes larvaires en prenant des mesures énergiques dans les zones urbaines et en nettoyant l'environnement en général. Les organismes de financement devraient être prêts à financer ces activités élémentaires car les pays qui ont réussi à éliminer le paludisme ont investi considérablement dans l'aménagement de l'environnement. Au Burundi, où le paludisme est endémique, l'artémisinine et l'amodiaquine ont été introduites après que la résistance à la sulfadoxine-pyriméthamine eut été démontrée. L'OMS devrait accélérer la recherche en concertation avec d'autres partenaires afin de dégager un consensus sur une stratégie de traitement intermittent pour les femmes enceintes, dans les zones où la sulfadoxine-pyriméthamine n'est plus efficace. Le Burundi, pays pauvre se relevant d'un conflit, devrait être davantage soutenu par l'OMS et ses partenaires pour subventionner le traitement au moyen de nouveaux médicaments et des examens de laboratoire. Les préparations pharmaceutiques destinées aux enfants devraient être prioritaires et les processus de présélection accélérés. Il faudrait également encourager la pharmacovigilance et la constitution de stocks.

Le Professeur JOHNSTONE (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) se félicite du projet de résolution car une action concertée et énergique est nécessaire pour mettre fin à une situation où chaque année 800 000 enfants de moins de cinq ans meurent en Afrique à cause de cette maladie, malgré l'existence d'une prévention et d'un traitement efficaces. L'accès au traitement par artémisinine devrait être assuré aux Etats Membres qui l'ont inclus dans leurs politiques pharmaceutiques. Il faut des mécanismes novateurs plus efficaces pour coordonner et sécuriser l'achat et la distribution, moyennant le financement nécessaire. Il faut par ailleurs élargir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Il est clair que les Etats Membres sont les mieux placés pour trouver les approches qui conviennent, telles que la livraison gratuite et subventionnée et le soutien aux marchés locaux. Ces mesures devraient être mises en place rapidement.

Le Dr AHMED (Pakistan) dit que le paludisme demeure un problème de santé publique majeur au Pakistan. Même si l'OMS a donné la priorité à la lutte contre cette maladie, il partage la préoccupation d'autres intervenants selon laquelle le partenariat Faire reculer le paludisme doit rééchelonner ses cibles. On pourrait renouveler les engagements qui ont été pris et rajouter des ressources, ce qui permettrait d'atteindre les objectifs régionaux et mondiaux de la campagne. Le programme national de lutte antipaludique du Pakistan progresse à un rythme raisonnable vers ces cibles et de nouvelles interventions, telles que les traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et les moustiquaires imprégnées d'insecticide, devraient être utiles. On attend des progrès décisifs pour ce qui est de la conception d'un vaccin antipaludique et de la mise au point de nouveaux antipaludiques. L'intervenant soutient le projet de résolution.

Le Dr AL-OWEIDI (Oman) remercie l'OMS pour son soutien constant aux pays impaludés, notamment en Afrique. Jusqu'en 1990, date à laquelle un programme antipaludique a été mis en place,

l'Oman comptait 40 000 cas par an. Depuis lors, suite à l'intensification des mesures de lutte, le nombre de cas est tombé à une dizaine par an, tous importés, et aucun cas autochtone n'a été enregistré au cours des cinq dernières années. Chaque année, environ un million de passagers en provenance de régions d'endémie font l'objet d'un dépistage. En 2004, l'OMS et des organisations régionales ont salué le programme omanais et en ont étudié les résultats afin de les appliquer à d'autres pays. L'OMS devrait adopter des indicateurs précis semblables à ceux qui sont utilisés pour la poliomyélite ; il demande que les ressources allouées à la lutte antipaludique soient augmentées, notamment pour les pays les plus défavorisés. L'Oman soutient le projet de résolution.

Le Dr ZAHER (Egypte) dit que l'Egypte n'a enregistré aucun cas endémique de paludisme depuis 1998, grâce aux mesures intégrées et globales prises dans le cadre de la campagne de lutte antipaludique menée par le pays, laquelle repose sur l'application de méthodes de lutte biologiques et mécaniques et l'utilisation d'insecticides écologiques. Les divers ministères concernés ont travaillé de façon coordonnée depuis 1996, avant l'adoption en 2000 de la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme. Dans le cadre du programme actuel, le Ministère de la Santé et de la Population fournit les médicaments nécessaires : de la chloroquine comme traitement de première intention et de la sulfadoxine-pyriméthamine et de la méfloquine comme traitement de deuxième intention. Il existe également un protocole conjoint de coopération avec le Soudan pour lutter contre *Anopheles gambiae*, ce qui a permis d'éliminer tous les vecteurs du paludisme dans une zone de 650 kilomètres au nord du Soudan. En matière de lutte contre la maladie, ce protocole est un bon exemple de coopération bilatérale entre pays voisins.

Le Dr GAMBOA PEÑARANDA (Costa Rica), rappelant que les participants à la cent quinzième session du Conseil exécutif s'étaient inquiétés de ce que le rapport du Secrétariat ne contenait pas d'informations sur le paludisme dans les Amériques,<sup>1</sup> souligne la nécessité de mettre en lumière les efforts qui sont déployés dans cette Région pour éradiquer la maladie. Environ 36 % de la population vivent dans des zones exposées au paludisme et 57 % dans les 21 pays où le paludisme est transmis : au total, 293 millions de personnes résident dans des zones où les conditions socio-économiques et écologiques prédisposent à la transmission. Il faut espérer que l'OMS continuera à soutenir les tentatives faites pour combattre le paludisme dans la Région des Amériques. Il appuie pleinement le projet de résolution, mais convient qu'il faut tenir compte des amendements présentés par Cuba, la Jamaïque et le Mexique pour rendre le texte plus exhaustif.

M. SILBERSCHMIDT (Suisse) s'inquiète de la lenteur des progrès réalisés pour atteindre les cibles arrêtées lors du Sommet africain Pour faire reculer le paludisme tenu à Abuja en 2000, malgré la distribution à grande échelle d'antipaludiques, d'insecticides et de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Dans le cadre de son programme d'aide bilatérale, la Suisse a participé à plusieurs programmes nationaux de lutte antipaludique et, en collaboration avec les pays concernés, conçoit de nouveaux modèles de financement de la santé et favorise la mise en place de moyens scientifiques et gestionnaires. Elle soutient également la recherche pour mettre au point de nouveaux outils et modes d'administration en matière de lutte. En ce qui concerne l'initiative Faire reculer le paludisme, la collaboration étroite avec diverses entités et différents programmes mondiaux est essentielle.

Il appuie le projet de résolution et les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande.

Le Dr DUALE (Somalie) dit que, bien que l'OMS ait joué un rôle majeur dans les efforts visant à prévenir et à soigner le paludisme en envoyant du personnel qualifié et en fournissant des moustiquaires imprégnées d'insecticide, la Somalie continue d'avoir le taux de prévalence le plus élevé d'Afrique orientale. Il n'y a aucun gouvernement central en Somalie depuis plus de 14 ans et, de

---

<sup>1</sup> Document EB115/10.

ce fait, le pays, qui a cruellement besoin de ressources – et notamment de personnel de santé, d'équipements et de médicaments essentiels –, demande une assistance d'urgence.

Le Dr GARCÍA (République bolivarienne du Venezuela) exprime son soutien au projet de résolution et à la proposition faite par le Mexique d'inclure une référence à « la participation communautaire » qui est essentielle dans la lutte contre le paludisme. Le texte pourrait également refléter le fait que les mouvements migratoires risquent d'accroître l'incidence du paludisme et souligner le rôle important de la pharmacovigilance dans la surveillance de la pharmacorésistance et dans les plans de lutte antipaludique.

Mme AHO (Togo) dit que, en 2004, grâce à l'appui des partenaires de son pays, il a été possible de protéger 46 % des enfants de moins de cinq ans et 36 % des femmes enceintes en distribuant des moustiquaires imprégnées et de pulvériser des insecticides dans les prisons, les commissariats et les centres de délinquants mineurs. En mars 2005, un traitement à la sulfadoxine-pyriméthamine a été fourni aux 35 districts du pays. En ce qui concerne le paludisme et la filariose lymphatique, les campagnes de sensibilisation du public se sont également poursuivies. Les défis majeurs actuels consistent à pouvoir prendre en charge les cas au niveau communautaire au moyen d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et de surveiller l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les foyers.

Elle prie instamment l'OMS et les partenaires de son pays de maintenir leur appui en fournissant des moustiquaires imprégnées et de nouvelles associations médicamenteuses. Le Gouvernement togolais soutient le projet de résolution et l'intervention du délégué de la Zambie.

Le Dr RAMSAMMY (Guyana) dit que le paludisme est un problème de santé publique dans son pays et qu'il est responsable de la perte de 150 000 personnes/jour en 2004. Jusque-là, le paludisme était dû à une infection à *Plasmodium falciparum* et *P. vivax*, mais plus tard on a observé des cas d'infection à *P. malariae*. Le Gouvernement a mis en place en 2004 un traitement par association médicamenteuse à dose fixe pour le paludisme à *P. falciparum*. Il a commencé à fournir à chaque foyer des moustiquaires imprégnées d'insecticide et entrepris la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans chaque foyer des zones impaludées. Il a également commencé à tester toutes les femmes enceintes se rendant dans les centres de soins prénatals, mais l'infection transfrontières reste préoccupante. Le Guyana a demandé à l'OPS d'inscrire le paludisme au programme de la Conférence sanitaire panaméricaine et proposé que l'on désigne le 6 novembre Journée des Amériques contre le paludisme et la semaine qui coïncide avec cette date Semaine des Amériques contre le paludisme. Si ces propositions sont acceptées, la Région des Amériques célébrera sa première Journée du paludisme en 2005. Compte tenu du fait que les Etats africains célèbrent aussi une journée du paludisme, le Dr Ramsammy se demande si l'on ne pourrait pas inclure dans le projet de résolution une proposition visant à désigner une journée mondiale du paludisme commune à tous. Il fait siens les amendements proposés par Cuba, la Jamaïque et le Mexique.

Le Dr TENNAKOON (Sri Lanka) dit que, dans son pays, le paludisme est reconnu comme problème majeur de santé publique depuis longtemps et que ce problème a un impact négatif sur l'économie en réduisant la productivité. Toutefois, un programme de dépistage efficace, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et des plans de sensibilisation communautaire ont fait baisser considérablement le nombre des cas diagnostiqués entre 2002 et 2005. La mortalité due au paludisme est très faible. Le Gouvernement sri-lankais remercie l'OMS du soutien qu'elle a apporté dans la fourniture d'articles essentiels, dans la logistique et dans la formation, et se félicite de la collaboration intersectorielle et de la participation communautaire dans les activités de lutte antipaludique. Le soutien de l'Association internationale de Développement et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est également vivement apprécié. Mais le renforcement des capacités, le développement des ressources humaines et l'amélioration des efforts de suivi et d'évaluation font encore cruellement défaut à Sri Lanka. La recherche de nouveaux

insecticides et vaccins doit être poursuivie, de même que leur mise au point. En outre, on a toujours besoin du soutien de l'OMS pour la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide et les activités de participation communautaire.

Le Dr KYAW NYUNT SEIN (Myanmar) dit que, si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, il faut d'urgence accélérer la lutte antipaludique, notamment élargir la couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide et renforcer la mobilisation sociale pour rendre le public plus sensible à leur utilisation. La collaboration est nécessaire aux niveaux régional et national pour surveiller et combattre la contrefaçon d'antipaludiques. Pour être efficace et rentable, la lutte antipaludique exige des approches multisectorielles exhaustives intégrées dans des systèmes de santé solides au niveau du district. Il faudrait donc renforcer les capacités dans tous les domaines concernés, et notamment l'entomologie. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est un bon exemple du type de collaboration et de soutien requis. Il est essentiel que les mécanismes de financement mondiaux fonctionnent correctement. Par ailleurs, l'OMS et d'autres partenaires devraient fournir un soutien technique et financier afin de combler les lacunes des plans nationaux. Il soutient l'amendement proposé par le délégué de la Thaïlande concernant le financement durable.

Le Dr MUKELABAI (UNICEF) dit que, en tant que membre fondateur du partenariat Faire reculer le paludisme, l'UNICEF soutient le projet de résolution. L'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ne sera pas atteint par de nombreux pays africains si l'on n'arrive pas à prévenir et à combattre efficacement le paludisme. Des interventions d'un bon rapport coût/efficacité existent. L'UNICEF travaille en étroite collaboration avec les pays d'endémie palustre pour accroître la fourniture de moustiquaires imprégnées, et notamment celles qui sont à imprégnation durable, et va accroître ses propres stocks afin de les mettre à disposition à bref délai. Il est préférable de distribuer les moustiquaires imprégnées dans le cadre des campagnes de vaccination systématique ou de vaccination antirougeoleuse, ce qui permet d'accroître rapidement le nombre de personnes ayant accès à des moustiquaires, ou par l'intermédiaire des centres de soins prénatals ; de cette façon, on peut augmenter à la fois la couverture vaccinale et la fréquentation de ces centres. L'UNICEF soutient également les pays pour qu'ils puissent acheter le nouveau traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine.

Les grands enjeux actuels de la lutte antipaludique sont le coût élevé des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, la quantité limitée de ces deux produits, et le manque d'accès aux mesures préventives et à un traitement précoce. Il prie instamment tous les partenaires du projet Faire reculer le paludisme d'encourager le secteur commercial à rendre tous ces produits plus accessibles, et notamment les moustiquaires à imprégnation durable et les nouvelles associations médicamenteuses. Il prie par ailleurs les pays où le paludisme est endémique de réduire les taxes et les tarifs douaniers sur les moustiquaires imprégnées pour mieux les mettre à la portée des enfants et de leur famille et d'encourager la production commerciale locale. L'UNICEF recommande vivement la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes enceintes. Aucun enfant ni aucune femme enceinte ne devrait se voir refuser l'accès aux moustiquaires imprégnées ou au traitement à cause de leur seul coût.

Le Dr MBIZVO (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, réaffirme que l'organisation qu'elle représente continuera d'apporter son soutien, en tant que principal partenaire, aux activités visant à Faire reculer le paludisme et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et des cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja sur le paludisme en Afrique (avril 2000).

Depuis 2002, la Fédération internationale, dans le cadre d'un partenariat concernant la rougeole, a favorisé une approche intégrée de la distribution à grande échelle des moustiquaires à imprégnation durable afin d'élargir rapidement la couverture pour un coût modique, par exemple au Ghana et en

Zambie. Au Togo, une campagne intégrée à l'échelle de la nation, qui associe la vaccination antirougeoleuse et antipoliomyélitique à la distribution de mébendazole et de moustiquaires à imprégnation durable, a atteint plus de 850 000 enfants à la fin de 2004, et une campagne analogue sera menée au Niger à la fin de 2005, avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Ces efforts à grande échelle sont possibles si l'on réunit trois conditions : la mise en commun des ressources et des technologies dans le cadre de partenariats efficaces, une planification et une mise en oeuvre commune et transparente regroupant toutes les parties intéressées, et la prépondérance accordée à la mobilisation communautaire afin de veiller à la bonne utilisation des moustiquaires.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) donne lecture des amendements proposés au projet de résolution. La Grèce a suggéré de remplacer le titre « Paludisme » par « Lutte antipaludique » ; la Thaïlande a proposé que les termes « à assurer la viabilité financière et » soient insérés au début du paragraphe 1.4) ; Cuba et le Mexique ont demandé que le paragraphe 1.6) soit libellé comme suit : « à favoriser la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, lorsque cette intervention est indiquée dans les conditions locales, et à obtenir une participation communautaire et une collaboration multisectorielle à la lutte antivectorielle et aux autres actions préventives ». Le Mexique a en outre proposé que les termes « et par les voies migratoires » soient ajoutés à la fin du paragraphe 1.7) ; le Japon a proposé que le paragraphe 1.8) soit amendé comme suit : « à encourager la collaboration intersectorielle, publique et privée, à tous les niveaux, en particulier dans le domaine de l'éducation ». La Jamaïque a demandé que les termes « et les pays exempts de paludisme exposés à un réel risque de réémergence, » soient insérés entre « Faire reculer le paludisme » et « afin que les pays » au paragraphe 2.2). Le Cameroun a proposé d'ajouter « qui le souhaitent ... » après les termes « des Etats Membres » au paragraphe 2.3) ; et l'Iraq a demandé que le terme « écologiques » soit inséré après « modes d'application » au paragraphe 2.5).

Le Dr RUIZ (Mexique) dit que, plutôt que d'amender le paragraphe 1.6), sa délégation préfère que soit ajouté un nouveau paragraphe entre les paragraphes 1.6) et 1.7) invitant instamment les Etats Membres à obtenir une participation communautaire aux activités de lutte antivectorielle.

Le PRESIDENT, confirmant qu'il sera tenu compte de cette suggestion, invite la Commission à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R14, ainsi amendée.

### **Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**Variole :** Point 13.6 de l'ordre du jour (documents A58/9 et A58/10)

Le Professeur FURGAL (Fédération de Russie) exprime son soutien à la recommandation du Comité ad hoc sur les Orthopoxviroses et à la proposition visant à mettre en place une réserve mondiale de vaccin antivariolique telle qu'elle est décrite dans le document A58/9. Les préoccupations du Secrétariat sont pleinement justifiées, car aucun être humain de moins de 25 ans n'est protégé contre le risque d'infection, que celle-ci soit due à une source naturelle ou à un acte de bioterrorisme. Par ailleurs, le précédent vaccin ne convient pas à la vaccination de masse. Même si la seule décision correcte dans ces circonstances est de mettre en place et de maintenir une réserve stratégique d'au moins 205 millions de doses de vaccin, cette décision n'allège en rien la nécessité stratégique de poursuivre la recherche sur les vaccins de nouvelle génération, qui remplaceront progressivement les stocks existants.

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le deuxième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.2.

Il fait siennes les conclusions et recommandations formulées par le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique lors de sa sixième réunion. Ce Comité s'est déclaré satisfait que les stocks de virus soient dotés de garde-fous adaptés et a clairement recommandé que la recherche se poursuive sur la mise au point de nouveaux antiviraux. Conformément aux résolutions WHA52.10 et WHA55.15, la Fédération de Russie poursuit ses recherches sur des moyens diagnostiques, prophylactiques et thérapeutiques de nouvelle génération contre la variole au centre collaborateur de l'OMS pour le diagnostic des orthopoxviroses et conservatoire des souches et de l'ADN du virus variolique relevant du Centre de Recherche de l'Etat sur la Virologie et la Biotechnologie ; tout cela est rigoureusement conforme aux recommandations et aux exigences du Comité consultatif et se fait sous le contrôle du Secrétariat et avec la participation de ce dernier. Les conclusions et les résultats obtenus sont à la disposition de tous les Etats Membres intéressés.

Au cours de l'année écoulée, les méthodes de comptabilisation des stocks de virus ont fait l'objet d'une étude afin d'harmoniser les différentes pratiques, et une mission d'inspection de l'OMS doit se rendre dans le pays ultérieurement dans le courant de l'année pour évaluer les activités de ce centre collaborateur. Les résultats de cette étude ont été examinés lors de la réunion du Comité consultatif en novembre 2004 et jugés positifs.

Les scientifiques russes, convaincus que la recherche portant sur le virus variolique vivant doit se poursuivre afin notamment de permettre l'identification de n'importe quelle souche en cas de dissémination délibérée du virus de la variole, n'ont pu accepter la conclusion du Comité consultatif figurant au paragraphe 3 du document A58/10. Il suggère par conséquent d'étudier la question plus avant à la septième réunion du Comité consultatif ou lors d'une session spéciale.

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que le monde devrait se préparer à la lutte antivariolique et à la prévention du bioterrorisme et que, de ce fait, il est d'accord, en principe, avec la proposition visant à mettre en place une réserve mondiale de vaccin antivariolique. Toutefois, il faudrait prévoir des mécanismes pour s'assurer que les pays qui n'ont pas la capacité de produire ou de stocker des vaccins aient accès à des vaccins en temps utile si nécessaire. L'OMS devrait convoquer une réunion d'experts pour mettre en place et publier des normes et des critères relatifs à la production de vaccin antivariolique, et les Etats Membres devraient être tenus informés des progrès réalisés dans ce domaine.

Il faut prendre toutes les mesures voulues pour prévenir toute dissémination accidentelle du virus de la variole. L'OMS doit promulguer des règles pour garantir une gestion stricte des stocks de virus existants et pour améliorer les mécanismes de surveillance des laboratoires, et faire rapport régulièrement sur la situation à ses organes directeurs. Tant que l'on utilise le virus variolique vivant pour la recherche, il y a risque au niveau de la biosécurité et menace pour la santé de l'homme. Les méthodes de lutte antivariolique existantes se sont avérées efficaces ; le risque associé à une rétention longue des stocks de virus vivants l'emporte largement sur les avantages qui découlent de la mise au point d'antiviraux efficaces pour soigner un petit nombre de patients. Le recours au virus vivant pour la recherche devrait donc cesser dès que possible ; une fois le séquençage de l'ADN et du virus de la variole et les tests diagnostiques rapides achevés, l'OMS devrait fixer une date pour la destruction des stocks de virus variolique.

Le Dr SINGH (Inde) approuve le maintien des stocks de virus variolique, des diluants et des aiguilles bifurquées par le Secrétariat à Genève, mais demande l'établissement de procédures transparentes concernant la gestion d'une réserve de ce type. L'Inde a le potentiel voulu pour fabriquer le vaccin antivariolique, mais aurait besoin qu'on lui fournisse la souche du virus actuellement utilisé pour la fabrication du vaccin, et qu'on lui transfère les techniques de pointe indispensables à la production d'un vaccin sûr et actif. Il faudrait étudier de plus près ces besoins.

Le Dr AKBARI (République islamique d'Iran) dit que la destruction des deux stocks restants de virus variolique vivant mettrait enfin un terme à la variole. La poursuite de la recherche à partir du virus vivant ne ferait qu'étendre le risque d'une dissémination accidentelle ou d'une infection accidentelle du personnel de laboratoire, comme cela s'est produit au cours de la recherche sur le

syndrome respiratoire aigu sévère et sur la tularémie. La possibilité d'actes bioterroristes exige des contre-mesures vigoureuses. Il soutient par conséquent la résolution WHA55.15 ainsi que la destruction des stocks dès que possible.

Mme PODESTA (Australie) convient qu'il faut poursuivre la recherche à partir du virus variolique vivant afin de mettre au point un vaccin sans danger et des antiviraux efficaces, et que cette recherche exige des directives claires, un suivi attentif et le partage de l'information. Elle se félicite des progrès accomplis dans l'élaboration de moyens diagnostiques pour la variole et soutient la nécessité d'une recherche continue pour évaluer les tests diagnostiques sur des lésions varioliques authentiques chez des primates infectés ou bien sur des échantillons historiques. Par ailleurs, les progrès réalisés dans le séquençage de l'ADN et la modélisation chez les primates pour faciliter la mise au point de vaccins expérimentaux et d'antiviraux sont dignes d'éloge. Le rapport présente une approche mûrement réfléchie de la poursuite de la recherche, et l'Australie approuve la demande selon laquelle le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique devrait réexaminer la question à sa prochaine réunion.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce), se référant à la mise en place d'une réserve mondiale de vaccin antivariolique, dit que de nombreux pays, dont le sien, ont des stocks de vaccin antivariolique lyophilisé proches de leur date de péremption. Elle souhaite savoir combien de temps après l'expiration de cette date il est possible d'utiliser ce type de vaccin et demande quelles seront les prochaines étapes relatives à la constitution de la réserve mondiale.

Le Dr NISHIJIMA (Japon) se félicite des recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique à sa sixième réunion et des progrès importants réalisés en matière de recherche. Les résultats de cette recherche devraient être partagés avec toutes les nations et les peuples et servir les objectifs mondiaux ; ils ne devraient pas demeurer la propriété de pays ou de sociétés particuliers. Les recommandations faites par le Comité consultatif sont cruciales et devraient être toutes mises en oeuvre. Il est important de conserver des archives détaillées sur la destruction des isolements de virus variolique. Le Japon soutient la poursuite du séquençage de l'ADN afin d'assurer la traçabilité.

Le Japon a commencé à constituer une réserve nationale en 2001 et conserve des stocks en quantité nécessaire. Il est prêt à fournir un appui technique dans ce domaine par l'intermédiaire de l'OMS, compte tenu de l'excellente qualité de son vaccin antivariolique.

(Voir la poursuite du débat dans le procès-verbal de la septième séance, section 4, p. 124.)

**La séance est levée à 17 h 45.**



## SEPTIEME SEANCE

Vendredi 20 mai 2005, 9 h 30

Président : Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### 1. DEUXIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A58/54)

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de deuxième rapport de la Commission A.

**Le rapport est adopté.<sup>1</sup>**

### 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Révision du Règlement sanitaire international :** Point 13.1 de l'ordre du jour (documents A58/4, A58/41, A58/41 Add.1 et A58/41 Add.2) (suite de la première séance, section 3)

M. SILBERSCHMIDT (Suisse), prenant la parole en sa qualité de président du groupe de rédaction, indique que le groupe s'est réuni quatre fois et que la participation de l'ensemble des Régions a été importante. Les délégués étaient déterminés à trouver un compromis, et le projet de résolution qui suit a recueilli un large consensus :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le projet de Règlement sanitaire international révisé ;<sup>2</sup>  
Considérant les articles 2 *k*), 21 *a*) et 22 de la Constitution de l'OMS ;

Rappelant qu'il a été fait état de la nécessité de réviser et de mettre à jour le Règlement sanitaire international dans les résolutions WHA48.7 sur la révision et la mise à jour du Règlement sanitaire international, WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie, WHA55.16 sur la présence naturelle, la dissémination accidentelle ou l'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale, WHA56.28 sur la révision du Règlement sanitaire international, et WHA56.29 sur le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), afin de répondre à la nécessité d'assurer la santé publique mondiale ;

Se félicitant de la résolution 58/3 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde, qui souligne l'importance du Règlement sanitaire international et demande instamment d'accorder un rang de priorité élevé à sa révision ;

Affirmant l'importance que continue de revêtir le rôle de l'OMS en matière d'alerte en cas d'épidémie et d'action face à des événements de santé publique au niveau mondial, conformément à son mandat ;

---

<sup>1</sup> Voir p. 389.

<sup>2</sup> Voir document A58/4.

Soulignant l'importance que continue de revêtir le Règlement sanitaire international comme instrument mondial fondamental pour la protection contre la propagation internationale des maladies ;

Se félicitant du succès des travaux du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international ;

1. ADOPTE le Règlement sanitaire international révisé, désormais désigné sous le nom de « Règlement sanitaire international (2005) », joint à la présente résolution ;<sup>1</sup>
2. INVITE les Etats Membres et le Directeur général à mettre pleinement en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005), conformément à l'objet et à la portée énoncés à l'article 2 et aux principes définis à l'article 3 ;
3. DECIDE aux fins du paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) que les Etats Parties et le Directeur général soumettront leur premier rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé et qu'à cette occasion l'Assemblée de la Santé examinera le calendrier de présentation des rapports ultérieurs et le premier examen du fonctionnement du Règlement conformément au paragraphe 2 de l'article 54 ;
4. DECIDE EN OUTRE qu'aux fins du paragraphe 1 de l'article 14 du Règlement sanitaire international (2005), les autres organisations intergouvernementales et les organismes internationaux compétents avec lesquels l'OMS est appelée à coopérer et à coordonner ses activités, selon le cas, sont notamment les suivants : Organisation des Nations Unies, Organisation internationale du Travail, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, Agence internationale de l'Energie atomique, Organisation de l'Aviation civile internationale, Organisation maritime internationale, Comité international de la Croix-Rouge, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Association du Transport aérien international, Fédération internationale des Armateurs, et Office international des Epizooties ;
5. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à acquérir, renforcer et maintenir les capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et à mobiliser les ressources nécessaires à cette fin ;
  - 2) à collaborer activement entre eux et avec l'OMS conformément aux dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) de façon à en assurer la mise en oeuvre effective ;
  - 3) à apporter un soutien aux pays en développement et aux pays à économie en transition qui en font la demande pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
  - 4) à prendre toutes les mesures appropriées pour promouvoir le but puis la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005), en attendant son entrée en vigueur, y compris l'acquisition des capacités de santé publique requises et la mise au point des dispositions juridiques et administratives qui s'imposent, et en particulier à entamer le processus visant à introduire l'utilisation de l'instrument de décision qui fait l'objet de l'annexe 2 ;
6. PRIE le Directeur général :
  - 1) de notifier rapidement l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), conformément au paragraphe 1 de l'article 65 dudit Règlement ;
  - 2) d'informer d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux compétents de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) et, le cas échéant, de coopérer avec eux à la mise à jour de leurs normes, et de coordonner avec ceux-ci les activités de l'OMS au titre du Règlement sanitaire international (2005), afin

---

<sup>1</sup> Le projet de Règlement sanitaire international, annexé au document A58/4, sera joint sous le nom de « Règlement sanitaire international (2005) » à la version du présent projet de résolution que la Commission A transmettra à l'Assemblée de la Santé.

d'assurer l'application de mesures adéquates pour la protection de la santé publique et le renforcement de l'action mondiale de santé publique face à la propagation internationale des maladies ;

3) de transmettre à l'Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI) les modifications recommandées à la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef<sup>1</sup> et, lorsque l'OACI aura achevé sa révision de la Déclaration générale d'aéronef, d'en informer l'Assemblée de la Santé et de remplacer l'annexe 9 du Règlement sanitaire international (2005) par la partie relative aux questions sanitaires de la Déclaration générale d'aéronef telle que révisée par l'OACI ;

4) d'acquérir et de renforcer les capacités de l'OMS à exécuter pleinement et de manière efficace les fonctions qui lui sont confiées au titre du Règlement sanitaire international (2005), en particulier au moyen des opérations sanitaires stratégiques qui apportent un soutien aux pays en vue du dépistage et de l'évaluation des urgences de santé publique et en vue de l'action pour y faire face ;

5) de collaborer avec les Etats Parties au Règlement sanitaire international (2005) s'il y a lieu, notamment en fournissant ou en facilitant la coopération technique et l'appui logistique ;

6) de collaborer avec les Etats Parties dans la mesure du possible à la mobilisation de ressources financières afin d'apporter un soutien aux pays en développement en vue de l'acquisition, du renforcement et du maintien des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;

7) d'élaborer, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour l'application des mesures sanitaires aux postes-frontières terrestres, conformément à l'article 29 du Règlement sanitaire international (2005) ;

8) de créer le Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) conformément à l'article 50 dudit Règlement ;

9) de prendre immédiatement des mesures en vue de l'élaboration de lignes directrices concernant la mise en oeuvre et l'évaluation de l'instrument de décision contenu dans le Règlement sanitaire international (2005), notamment l'élaboration d'une procédure pour l'examen de son fonctionnement, qui seront soumises à l'examen de l'Assemblée de la Santé conformément au paragraphe 3 de l'article 54 dudit Règlement ;

10) de prendre des mesures pour établir une liste d'experts du RSI et de solliciter des candidatures, conformément à l'article 47 du Règlement sanitaire international (2005).

**Le projet de résolution est approuvé par acclamation.<sup>2</sup>**

Le PRESIDENT remercie Mme Mary Whelan (Irlande), Président du groupe de travail intergouvernemental, M. Silberschmidt (Suisse), président du groupe de rédaction, et les délégués pour le travail considérable qu'ils ont fourni.

**3. PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006-2007 : Point 12 de l'ordre du jour (documents PB/2006-2007 et PB/2006-2007 Corr.1, A58/INF.DOC./1 et A58/INF.DOC./3) (suite de la cinquième séance, section 2)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2006-2007, formulé comme suit :

---

<sup>1</sup> Document A58/41 Add.2.

<sup>2</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le troisième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.3.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé

1. DECIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2006-2007, un crédit de US \$995 315 000 imputé sur le budget ordinaire et se répartissant comme suit :

<b>Section</b>	<b>Objet</b>	<b>Montant</b> US \$
1.	Interventions sanitaires essentielles	238 343 000
2.	Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs	164 913 000
3.	Déterminants de la santé	96 156 000
4.	Appui à l'exécution des programmes	251 770 000
5.	Présence essentielle de l'OMS dans les pays	128 624 000
6.	Autres	35 509 000
	Budget effectif	915 315 000
7.	Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
	<b>Total</b>	<b>995 315 000</b>

2. DECIDE de financer le budget ordinaire pour l'exercice 2006-2007 comme suit :

<b>Source de financement</b>	<b>Montant</b> US \$
Recettes diverses estimatives	22 200 000
Contributions nettes des Membres au budget ordinaire <sup>1</sup>	893 115 000
Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
<b>Total</b>	<b>995 315 000</b>

3. DECIDE EGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections du budget effectif jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement ; il sera rendu compte de tous ces virements dans le rapport financier relatif à l'exercice 2006-2007 ; tous autres virements qui seraient nécessaires seront opérés et il en sera rendu compte conformément aux dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier ;

2) conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe 1 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux engagements contractés pendant l'exercice allant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2006-2007 aux sections 1 à 6 ;

3) dans le calcul de la somme effectivement due par chaque Membre au titre de sa contribution, sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; cette déduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; le montant de ces remboursements d'impôts étant estimé à US \$9 114 080, la contribution nette des Membres s'élève donc au total à US \$902 229 080 ;

4. DECIDE EN OUTRE que :

1) compte tenu de la résolution WHA56.34 et nonobstant les dispositions du paragraphe 5.1 du Règlement financier, un montant de US \$8 655 000 sera prélevé

<sup>1</sup> Voir également paragraphe 3.3).

- directement sur le compte pour les recettes diverses afin de financer un mécanisme d'ajustement à l'intention des Etats Membres dont le taux de contribution aura augmenté entre l'exercice 2000-2001 et l'exercice 2006-2007 et qui informent l'Organisation qu'ils souhaitent bénéficier du mécanisme d'ajustement ;
- 2) le montant requis pour effectuer les paiements dus aux Membres au titre du plan d'incitation financière pour 2006 et pour 2007 prévu au paragraphe 6.5 du Règlement financier, montant estimé à US \$1 million, sera financé directement par le compte pour les recettes diverses ;
  - 3) le niveau du fonds de roulement restera fixé à US \$31 millions, comme cela a été décidé antérieurement par la résolution WHA56.32 ;
5. NOTE que le montant des dépenses inscrites au budget programme pour 2006-2007 à financer par des contributions volontaires est estimé à US \$2 398 126 000, ce qui donne un budget total, pour toutes les sources de fonds, de US \$3 313 441 000 ;
6. FELICITE le Directeur général des nouveaux progrès accomplis pour mettre en oeuvre un cadre de gestion fondé sur les résultats et appuie l'examen systématique de toutes les politiques et méthodes gestionnaires et administratives de base en vue de simplifier et modifier la façon dont l'OMS s'emploie à accroître l'efficacité de son action tout en maintenant des opérations d'un coût moins élevé ;
7. PRIE le Directeur général :
- 1) de présenter, à partir de la cent seizième session du Conseil exécutif et en ayant à l'esprit l'article XV du Règlement financier – Résolutions entraînant des dépenses et l'article 13 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, un rapport sur les incidences administratives et financières de toute résolution soumise pour adoption au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé, et de faire en sorte que ce rapport soit présenté avant l'examen de la résolution ;
  - 2) de continuer à faire preuve de rigueur financière en veillant à la transparence des allocations de ressources au Siège, aux activités mondiales, aux Régions et aux pays, ainsi qu'à l'élimination des fonctions faisant double emploi à l'intérieur de l'Organisation ;
  - 3) de mettre en oeuvre les projets d'amélioration de l'efficacité prévus dans le budget programme 2006-2007 et de fixer des cibles claires et mesurables concernant l'efficacité pour le budget de cet exercice et des exercices ultérieurs ;
  - 4) de veiller à ce que soient rapidement mises en oeuvre les recommandations concernant la vérification des comptes qui ne sont pas encore appliquées, et de proposer au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session un programme permettant de suivre les recommandations relatives à la vérification intérieure et extérieure des comptes et prévoyant des délais de mise en oeuvre ;
  - 5) de concrétiser son engagement résolu à rendre l'Organisation plus performante encore, en particulier au niveau des Régions et des pays ;
  - 6) de donner des orientations concernant les priorités relatives de l'OMS lorsque sont sollicitées des contributions volontaires ;
  - 7) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) explique que la version révisée du projet de résolution tient compte d'un certain nombre de questions et de commentaires formulés par les délégués.

M. NAKAZAWA (Japon), rappelant que la délégation japonaise a exprimé certaines préoccupations, remercie les autres délégués de s'être montrés disposés à réviser le projet de résolution, et signale que le Japon est prêt à s'associer au consensus.

**Le projet de résolution est approuvé.<sup>1</sup>**

**4. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES :** Point 13 de l'ordre du jour (reprise)

**Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses :** Point 13.4 de l'ordre du jour (résolution EB114.R1 ; document A58/7) (suite de la cinquième séance, section 3)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur une version modifiée du projet de résolution relatif au financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses recommandé par le Conseil exécutif dans la résolution EB114.R1 ; cette version incorpore les amendements proposés par les délégués de l'Inde, du Mexique, de l'Ouganda, du Swaziland et de la Thaïlande, et se lit comme suit :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur le financement durable de la lutte antituberculeuse ;  
Consciente de la nécessité de diminuer la charge mondiale de tuberculose et de réduire ainsi cet obstacle au développement socio-économique ;

Notant avec préoccupation l'augmentation du nombre des cas de tuberculose polypharmacorésistante et l'aggravation de la morbidité et de la mortalité chez les malades de la tuberculose positifs pour le VIH, notamment dans la Région africaine ;

Saluant les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse pour 2005 après l'établissement, en application de la résolution WHA51.13, de l'initiative Halte à la tuberculose ;<sup>2</sup>

Notant que le succès des activités de lutte antituberculeuse nécessite le renforcement du développement des systèmes de santé ;

Soulignant l'importance que revêt l'engagement de tout l'éventail des dispensateurs de soins de santé pour la fourniture de soins conformes à la norme internationale de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) ;

Craignant que l'engagement insuffisant en faveur d'un financement durable de la lutte antituberculeuse n'entrave la bonne planification à long terme que nécessite la réalisation de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Encourageant l'élaboration d'un plan mondial pour la période 2006-2015 qui évoque le besoin d'un financement durable 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. ENCOURAGE tous les Etats Membres :

1) à estimer le montant total des ressources nécessaires pour prévenir et combattre la tuberculose, y compris la tuberculose liée au VIH et la tuberculose polypharmacorésistante, à moyen terme, et le montant des ressources pouvant être fournies par des sources nationales et internationales afin de déterminer le déficit financier ;

2) à s'acquitter des engagements pris lors de l'adoption de la résolution WHA53.1, et par là même des engagements figurant dans la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose, y compris l'engagement à assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le troisième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.4.

<sup>2</sup> Devenue depuis le partenariat Halte à la tuberculose.

concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

3) à renforcer l'intégration entre les partenaires financiers, opérationnels et sociaux en établissant un partenariat Halte à la tuberculose dans chaque pays ;

4) à veiller à ce que tous les malades de la tuberculose aient accès à des soins conformes à la norme universelle fondée sur le diagnostic, le traitement et la notification appropriés conformément à la stratégie DOTS, en s'attachant à promouvoir à la fois l'offre et la demande ;

5) à renforcer la prévention de la tuberculose et la mobilisation sociale contre cette maladie ;

6) à établir une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH afin de combattre plus efficacement la double épidémie de tuberculose et de VIH ;

7) à intégrer la prévention de la tuberculose et la lutte antituberculeuse au centre de leurs plans de développement sanitaire ;

8) à former des partenariats Halte à la tuberculose dans les pays pour qu'ils canalisent le soutien à la mise en oeuvre des plans d'extension à long terme de la stratégie DOTS par le biais de comités nationaux de coordination interinstitutions ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier l'appui aux Etats Membres pour développer la capacité et améliorer les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans le cadre général du renforcement des systèmes de santé afin :

a) d'accélérer les progrès en vue de la réalisation de la cible mondiale, à savoir le dépistage de 70 % des nouveaux cas d'infection et la guérison de 85 % des cas dépistés ;

b) de maintenir cette cible 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 ;

2) de renforcer la coopération avec les Etats Membres pour améliorer la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH dans le but :

a) de mettre en oeuvre la stratégie élargie de lutte contre la tuberculose liée au VIH ;

b) de renforcer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, y compris la fourniture d'un traitement antirétroviral aux malades de la tuberculose qui sont également infectés par le VIH ;

3) d'appliquer et de renforcer des stratégies efficaces de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et de prise en charge des malades atteints de cette forme de maladie ;

4) de jouer un rôle mobilisateur, sous la direction des autorités sanitaires nationales, auprès des partenaires en vue de renforcer et de soutenir des dispositifs permettant de faciliter le financement durable de la lutte antituberculeuse ;

5) de renforcer l'appui fourni par l'OMS au partenariat Halte à la tuberculose dans son action 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 ;

6) lors du prochain examen des objectifs du Millénaire pour le développement par l'Assemblée générale des Nations Unies, d'obtenir que la tuberculose soit nommée dans l'objectif 6, cible 8, et non incluse parmi d'autres maladies ;

7) de promouvoir la recherche et le développement de nouveaux instruments de lutte dans le cadre du plan mondial destiné à mettre fin à la tuberculose.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) demande un délai pour permettre un examen plus approfondi du projet de résolution modifié.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la huitième séance, section 2.)

**Variole :** Point 13.6 de l'ordre du jour (documents A58/9 et A58/10) (suite de la sixième séance)

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) rappelle qu'en 1999, l'Assemblée de la Santé a réaffirmé que les stocks de virus variolique restants devaient être détruits. L'Afrique du Sud a donc proposé que les recherches sur le virus cessent immédiatement et que l'Assemblée de la Santé mette sur pied une équipe élargie pour évaluer les travaux de recherche effectués par les pays développés et les pays en développement. L'Afrique du Sud est prête à participer aux activités de l'équipe, laquelle doit également s'intéresser aux problèmes soulevés par le Directeur général et faire rapport à l'Assemblée de la Santé qui suivrait.

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) rappelle que la proposition relative à la réserve de vaccin visait à constituer un stock stratégique de 5 millions de doses au Siège de l'OMS, et un stock supplémentaire de 200 millions de doses que des pays s'engageraient à fournir et qui demeureraient sous le contrôle de ces pays jusqu'à leur utilisation. Par ailleurs, les pays capables de produire des vaccins étaient priés de prévoir une capacité de réserve. Les quantités mentionnées sont bien en deçà de celles fixées par le plan qui prévoyait une réserve de 25 millions de doses détenue au Siège et un stock promis de 475 millions de doses. L'Allemagne se félicite de l'initiative de l'OMS tendant à apporter un soutien aux pays qui ne sont pas en mesure de s'approvisionner en vaccins en cas d'urgence, et s'est engagée à mettre à la disposition de l'Organisation 2 millions de doses qui pourraient être utilisées en cas de flambée de variole.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) fait observer qu'après avoir réussi à éradiquer la variole, le monde est entré dans une ère nouvelle où le bioterrorisme est devenu une menace pour la santé publique, le virus variolique étant l'un des agents les plus redoutés de ce terrorisme. De nombreux pays, dont le sien, ont décidé de se préparer à faire face à une nouvelle flambée, notamment en fabriquant des vaccins et en augmentant la réserve mondiale de vaccin antivariolique. Il s'agit d'une initiative judicieuse que les Pays-Bas appuient sans réserve. Ils se félicitent de la proposition visant à conserver des stocks de virus variolique pour mener des travaux de recherche liés à la santé publique. Les Pays-Bas s'inquiètent toutefois du danger que pourraient comporter de tels plans de manipulation génétique du virus, et le document A58/10 ne prévoit pas de garanties suffisantes contre le risque de prolifération dû à un manque de précautions. Il faudrait limiter le plus possible les travaux de recherche sur le virus variolique et les soumettre à l'examen minutieux d'un organe indépendant. C'est la raison pour laquelle l'intervenant soutient fermement la demande selon laquelle le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique devrait examiner à nouveau la question puis faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr MASSÉ (Canada) appuie fortement les initiatives de l'OMS visant à augmenter la capacité de la communauté internationale à riposter à une flambée de variole. Le Canada aussi constitue une réserve de vaccin antivariolique sous les auspices de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale. Allant dans le sens des débats qui ont eu lieu à la dernière réunion du Comité ad hoc de l'OMS sur les Orthopoxviroses, le Canada demande que l'on accorde une attention particulière au contrôle de la qualité des différents stocks de vaccin. Il approuve également la mise en place d'un groupe stratégique s'intéressant spécifiquement à la variole au sein du réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, ainsi que l'élaboration d'un cadre opérationnel et d'un plan d'urgence, comme le prévoit le document A58/9.

Si le Canada reconnaît l'importance des travaux entrepris pour mettre au point des tests diagnostiques rapides et analyser la séquence génomique du virus variolique, la résolution WHA55.15 insiste sur le fait que les recherches doivent rester axées sur les résultats et être limitées dans le temps



et, en 2003 et 2004, le Conseil exécutif a rappelé qu'elles devaient être considérées comme essentielles à la santé publique. Or l'actuel programme de recherche est toujours axé sur la mise au point d'antiviraux, et le Canada craint qu'il ne s'agisse d'une initiative longue et coûteuse ; l'intervenant se demande s'il s'agit vraiment d'un volet essentiel de l'intervention de santé publique prévue pour riposter à une épidémie de variole. Le programme de recherche proposé entraîne un risque de transmission du virus variolique en cas d'accident de laboratoire ou de création d'un virus recombinant. Le Canada approuve la recommandation du Directeur général selon laquelle le Comité consultatif devrait réexaminer la question de l'expression de certains gènes du virus variolique dans un orthopoxvirus recombinant à sa prochaine réunion, et soutient fermement que les stocks devraient être détruits dès que les recherches sur le virus vivant ne présenteront plus d'intérêt sanitaire.

Le Dr TANGI (Tonga) trouve rassurant qu'un stock de vaccin antivariolique existe et qu'en cas de flambée, il puisse être mis à la disposition de pays qui n'en ont pas, comme les Tonga. Toutefois, le risque de bioterrorisme et d'attaque biologique est préoccupant. Officiellement, il n'existe que deux endroits où des stocks de virus variolique sont conservés, mais il est possible que d'autres pays aient des stocks officieux et, tandis que l'on s'intéresse essentiellement aux stocks officiels, on n'a aucun moyen de savoir ce que ces pays pourraient faire de leurs stocks éventuels. La conservation de stocks de virus variolique ailleurs que dans les deux conservatoires officiels devrait être considérée comme un crime contre l'humanité.

La possibilité d'effectuer des recherches sur l'ADN du virus variolique est un autre sujet de préoccupation. Le document A58/10 mentionne cinq domaines où des recherches devraient être faites sous la supervision du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique qui fait rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif. En ce qui concerne la distribution de petits fragments d'ADN à différents laboratoires du monde entier, il suffirait d'un scientifique irresponsable sachant utiliser ces fragments pour reconstituer le virus, lequel pourrait tomber entre les mains de terroristes, ce qui risquerait d'avoir des conséquences très graves. Le paragraphe 8 du document A58/10 indique que les tentatives de synthèse de génomes entiers du virus variolique à partir de fragments d'ADN plus petits restent strictement interdites, mais l'intervenant n'est pas convaincu que cette interdiction soit suffisamment dissuasive. Il pense aussi qu'il faudrait prévoir de détruire les stocks de virus vivant le plus tôt possible.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) se dit satisfait de l'élaboration d'un cadre opérationnel pour constituer une réserve mondiale de vaccin antivariolique, mais ajoute qu'il reste beaucoup à faire ; il faut notamment établir des protocoles relatifs à la distribution et à l'administration de vaccins dans les situations d'urgence. Les Etats-Unis sont fiers d'avoir contribué à instaurer la première ligne de défense véritable pour riposter à une attaque biologique n'importe où dans le monde, en s'engageant à prélever 20 millions de doses de vaccin sur leur stock national pour en faire don, et invitent instamment les autres Etats Membres à prendre des engagements ou à faire des dons du même ordre ; ils les encouragent aussi à élaborer des plans nationaux pour se préparer à faire face à une flambée de variole ou à une attaque bioterroriste. L'intervenant partage l'avis du délégué des Tonga concernant les risques liés à la conservation de stocks ailleurs que dans les deux conservatoires officiels. C'est précisément pour tenir compte de ces risques que les Etats-Unis ont instamment demandé à l'OMS de constituer un stock.

S'agissant du programme de recherche, l'intervenant approuve entièrement les observations faites par le délégué de la Fédération de Russie. Il existe un mécanisme d'examen du programme qui est déjà décidé, même s'il faut souligner que ce programme n'est pas définitif. D'autres travaux de recherche doivent être faits sur les agents antiviraux. Il existe des orientations claires sur les paramètres de recherche, et les Etats-Unis ne pensent pas que la fixation arbitraire d'une date pour la destruction des stocks de virus se justifie. Les deux conservatoires fonctionnent en respectant les normes les plus strictes en matière de sécurité et de sûreté biologiques, et le risque d'accident ou de dissémination est infime. Les Etats-Unis appuient les recommandations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique dans leurs grandes lignes, mais n'approuvent pas la conclusion figurant au paragraphe 3 du document A58/10, car, selon eux, il faut poursuivre les recherches sur le

séquençage de l'ADN viral afin de créer de meilleurs outils de diagnostic. Les Américains et les Russes procèdent différemment pour collecter des isollements de virus, et il est nécessaire de mieux séquencer les souches de la collection russe. Il a été entendu que l'OMS comptait faciliter l'accès aux nouveaux dispositifs et techniques de diagnostic, dès leur mise au point, par l'intermédiaire des réseaux de laboratoires internationaux.

Mme SICARD (France) dit que la réapparition de la variole, notamment dans un pays qui n'aurait pas facilement accès au vaccin, exposerait le monde entier à un risque de santé publique majeur. C'est pourquoi, comme l'a souligné le membre désigné par la France au cours de la cent quinzième session du Conseil exécutif, la constitution d'une réserve de vaccin antivariolique sous l'égide de l'OMS représente un moyen judicieux de faire face sans délai à une épidémie où qu'elle apparaisse. Cette action a été soutenue par les ministres qui ont participé à la cinquième réunion ministérielle de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale qui s'est tenue à Paris le 10 décembre 2004. La France met à la disposition de l'OMS 5 millions de doses de vaccin antivariolique prélevées sur son stock stratégique national, et, par l'intermédiaire de son Agence de sécurité sanitaire des produits de santé, elle a mis en place un mécanisme de contrôle périodique de son stock pour veiller au maintien de la qualité des lots. Le rapport souligne qu'il faut réfléchir aux moyens pratiques de faire respecter, en cas d'urgence, les engagements pris. De nombreuses questions se posent encore à propos du conditionnement, de l'acheminement et de la distribution des vaccins. La France est prête à collaborer étroitement avec l'OMS pour élaborer des protocoles et des plans opérationnels afin que la réserve mondiale soit utilisée le plus efficacement possible en cas d'urgence.

Le Dr ESTÉVEZ TORRES (Cuba) dit que certains Etats Membres redoutent une réintroduction de la variole suite à un accident de laboratoire ou à un acte de terrorisme, mais que de tels événements ne peuvent pas se produire si le contrôle des stocks de virus est fait correctement. Cela dit, il faudrait fixer une date butoir pour la destruction des stocks de virus variolique. Il existe toutefois un risque de mutations génétiques aboutissant à de nouveaux virus pour lesquels il n'existe aucun vaccin.

Le Comité sur les Orthopoxviroses a proposé de créer des réserves de vaccin qui seraient détenues, entre autres, par l'OMS, et distribuées aux pays qui en auraient besoin. L'intervenant propose que les membres du Secrétariat et du Conseil exécutif préparent un projet de résolution en ce sens qui sera soumis à l'examen de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr ZAHER (Egypte) partage les vues du Comité ad hoc sur la nécessité de garder une réserve de vaccins et sur le maintien d'une réserve stratégique au Siège de l'OMS. Les stocks actuels devraient être conservés afin que l'on dispose d'au moins 5 millions de doses. Les pays capables de garder une réserve devraient le faire et être invités à prévoir les moyens voulus pour faire face à toute urgence. Elle approuve les observations du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique qui concernent la sécurité, la valeur scientifique, l'utilisation plus large de l'ADN et les recherches autorisées en la matière dans les cinq domaines mentionnés par le rapport.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite) se félicite du plan visant à garder une réserve internationale de vaccins. L'analyse du séquençage de l'ADN et les recherches sur les tests diagnostiques ont déjà permis d'atteindre les objectifs ; c'est pourquoi il faudrait mettre un terme à toute recherche sur les virus vivants et à toute manipulation de ces virus, ou, du moins, fixer une date butoir pour la destruction des stocks en se fondant sur la résolution déjà adoptée par l'Assemblée de la Santé.

Le Dr AHMED (Pakistan) partage les préoccupations suscitées par une possible réintroduction de la variole due à un accident de laboratoire ou à un acte de bioterrorisme, et est entièrement favorable au projet de l'OMS visant à créer une réserve mondiale de vaccin antivariolique. Chaque Etat Membre devrait avoir un accès libre et équitable à ce stock en cas de besoin. Il approuve le principe du maintien de stocks de virus variolique pour une période limitée, étant entendu que les

travaux de recherche menés dans les deux conservatoires puissent être entièrement contrôlés par l'OMS, et qu'un système élaboré soit mis en place pour inventorier le matériel de recherche ; les résultats de ces recherches devraient être publiés.

M. BARBOSA DA SILVA JR (Brésil) appuie les recommandations concernant les recherches sur le virus variolique et accueille avec satisfaction la remarque clairement formulée sur l'élaboration de nouvelles techniques de diagnostic et le séquençage de l'ADN. Il pense aussi que les isolements de virus devraient être détruits, car leur conservation ne se justifie pas d'un point de vue scientifique. Il importe de faire connaître aux Etats Membres les résultats des recherches faites à partir des stocks de virus existants, et de fournir des informations détaillées sur les nouvelles méthodes de diagnostic mises au point dans le cadre de programmes de recherche autorisés. Les études permettant d'évaluer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des nouvelles générations de vaccins sont nécessaires et doivent être encouragées et coordonnées par l'OMS. Il approuve la proposition de créer une nouvelle réserve mondiale de vaccin antivariolique.

Le Dr HARPER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que son pays est favorable à la création d'un stock mondial de vaccin antivariolique et qu'il a largement contribué à sa constitution. Il souhaite continuer à prendre une part active aux futurs débats internationaux sur cette question d'importance vitale. L'intervenant note avec satisfaction les progrès de la recherche et partage les vues du Comité ad hoc sur les Orthopoxviroses et du Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique : il faut maintenir l'accès au stock de virus variolique vivant pour faciliter l'élaboration et la mise à l'épreuve de nouveaux vaccins et d'agents antiviraux. Toutes les recherches de ce type doivent être axées sur les résultats et surtout être limitées dans le temps. Les propositions concernant les autres recherches autorisées ont des incidences importantes pour la sécurité des Etats Membres, et il partage les préoccupations du Directeur général concernant la sécurité et la sûreté biologiques. Il cherche à s'assurer que l'on prêtera la plus grande attention au maintien de toutes les recherches sur le virus variolique sous le contrôle de l'OMS et que toutes les garanties nécessaires seront prises pour prévenir le risque de création de souches plus virulentes et le risque de prolifération.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) approuve l'observation faite par le délégué d'Afrique du Sud. Il demande instamment à l'Assemblée de la Santé d'encourager l'élargissement de l'équipe spéciale pour y inclure des membres provenant de pays en développement. Les travaux relatifs au virus variolique sont très importants, et l'Assemblée de la Santé devrait être tenue dûment informée des avancées.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) se félicite des recommandations formulées par le Comité consultatif. Aux précédentes Assemblées de la Santé, la délégation thaïlandaise a fait part de sa préoccupation à propos de l'engagement pris vis-à-vis de la résolution WHA55.15 sur la destruction des stocks de virus, et elle appuie la recommandation faite à ce sujet. S'agissant notamment des paragraphes 7 et 8 du document A58/10, il propose que le Comité consultatif envisage d'accorder au cas par cas des autorisations limitées pour les travaux de recherche sur le virus et la distribution de celui-ci, plutôt qu'une autorisation d'une durée indéterminée.

Le Dr AL MUTAWAA (Emirats arabes unis) se félicite des activités de l'OMS qui concernent la variole et appuie la décision d'augmenter le stock de vaccin et les mesures prises pour empêcher toute dissémination du virus. Les pays capables de produire le vaccin devraient avoir la possibilité de constituer des stocks, et il faudrait trouver des moyens de distribuer des doses quand cela est nécessaire. Il n'y a absolument aucune garantie que la surveillance des stocks de virus variolique des conservatoires internationaux soit sans faille mais quoiqu'il en soit, pour prévenir la propagation du virus, il ne devrait pas exister d'autres conservatoires de ce type.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) dit qu'il a pris note de la proposition visant à prier le Comité consultatif de réexaminer ses recommandations. Il trouve encourageant qu'une grande majorité des participants soit favorable à une augmentation de la réserve de vaccin antivariolique et il les remercie d'avoir rappelé que l'essentiel de la question est la capacité mondiale à prévenir une flambée de variole, à la contenir et à y faire face ; la constitution d'un stock de vaccins est une des étapes importantes pour atteindre cet objectif. Une flambée de variole constituerait une urgence de santé publique de portée internationale. L'OMS espère que d'autres Etats Membres apporteront leur soutien pour renforcer les capacités nationales et internationales et élaborer des protocoles.

Répondant au délégué de la Grèce, il dit qu'il faudra tenir compte des circonstances et des principaux risques et options avant toute utilisation de vaccins périmés.

### **La Commission prend note des rapports.**

**Projet de stratégie mondiale de vaccination :** Point 13.8 de l'ordre du jour (documents A58/12 et A58/12 Add.1)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif), présentant le sujet, appelle l'attention sur le projet de résolution contenu dans le document A58/12. Le projet de stratégie mondiale de vaccination est probablement l'une des questions les plus importantes dont sont saisis les organes directeurs. Grâce à la vaccination, la variole a été éradiquée, et il faut espérer que l'élargissement de la couverture vaccinale pour d'autres maladies transmissibles aura le même succès. A sa cent quinzième session, le Conseil a examiné le projet « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » élaboré par l'OMS et l'UNICEF pour servir de cadre aux Etats Membres, aux organisations internationales et aux autres partenaires en matière de planification et de collaboration. Depuis le début de 2004, le document a fait l'objet de maintes consultations et de nombreux débats lors des réunions de l'OMS et de l'UNICEF qui se sont déroulées aux niveaux mondial, régional et des pays, et lors des réunions des Etats Membres et de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

Le Dr RUIZ (Mexique) dit que le programme de vaccination a considérablement amélioré les prestations des soins de santé dans le monde. Au Mexique, ce type de programme existe depuis longtemps et associe les services publics, la société civile, le secteur privé et, surtout, les communautés locales. Un organe de contrôle indépendant s'assure de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins. Le programme couvre plus de 95 % des enfants d'un an et plus de 98 % des enfants d'un à quatre ans ; l'hiver dernier, il a prévu l'administration de vaccins contre la grippe aux enfants âgés de 6 à 26 semaines et aux groupes d'adultes les plus vulnérables.

Le fait que le projet de stratégie envisage une vaccination contre d'autres maladies telles que l'hépatite B et l'infection à *Haemophilus influenzae* type b est un motif de satisfaction, mais cette vaccination pourrait avoir un coût élevé. C'est pourquoi la stratégie devrait prévoir un soutien aux pays moyennement développés et aux pays en phase de décollage économique qui ne bénéficient pas actuellement des aides proposées aux pays les plus pauvres par certains organismes tels que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Sinon, le principe d'équité face à la santé risquerait d'être remis en cause. Dans le projet de résolution, il faudrait donc prier le Directeur général de trouver d'autres possibilités de financement.

En 2004, le Mexique s'est trouvé dans l'impossibilité d'acheter suffisamment de vaccins antituberculeux en raison d'une pénurie mondiale. Ces difficultés ont été surmontées, mais le Dr Ruiz appelle l'attention sur les cas de figure qui pourraient se présenter. Il approuve le projet de stratégie mondiale de vaccination.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas), prenant la parole au nom des 14 pays Membres de la Communauté des Caraïbes, approuve le projet de stratégie mondiale de vaccination et se félicite de l'importance donnée à l'objectif du maintien de la couverture vaccinale. Pour l'atteindre, il faudra toutefois entretenir les infrastructures et trouver les ressources financières voulues. Le budget

programme 2006-2007 prévoit que la plupart des fonds viendront des contributions volontaires, et il faut louer l'impulsion donnée par le Directeur général qui s'emploie à encourager ce type de financement. Le Dr Dahl-Regis partage le point de vue du délégué du Mexique selon lequel il faudrait accorder des fonds aux pays qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier du soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Les pays de la Communauté des Caraïbes craignent par ailleurs de ne pas bénéficier de l'égalité d'accès aux nouvelles technologies et aux nouveaux vaccins à mesure qu'ils deviendront disponibles. Elle approuve le projet de stratégie, mais souhaiterait que le rapport présenté à la prochaine Assemblée de la Santé indique les mesures destinées à financer la réalisation des objectifs de vaccination mentionnés dans le document.

Le Dr GØTRIK (Danemark), prenant également la parole au nom de la Finlande, de l'Islande, de la Norvège et de la Suède, se félicite du projet de stratégie mondiale de vaccination et approuve sans réserve l'action de l'OMS qui continue à jouer un rôle clé dans la prévention de maladies transmissibles. La stratégie sera un instrument précieux pour les partenaires, notamment pour l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Les programmes nationaux de vaccination sont essentiels au renforcement des systèmes de santé et vont contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Malheureusement, de nombreux pays n'ont toujours pas les moyens d'assurer une couverture vaccinale appropriée tandis que d'autres, y compris dans la Région européenne, disposent des ressources nécessaires mais sont confrontés à une recrudescence de certaines maladies évitables en raison d'une couverture insuffisante qui s'explique, entre autres, par une méfiance injustifiée à l'égard de la vaccination. C'est pourquoi l'OMS doit prendre l'initiative en fournissant aux Etats Membres des données à jour pour mettre fin aux conséquences désastreuses d'une mauvaise information. Elle doit aussi mettre au point des vaccins nouveaux et plus efficaces. Le Dr Gøtrik approuve entièrement le projet de stratégie et le projet de résolution.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) se félicite des objectifs concernant la vaccination fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire consacrée aux enfants en 2002, et appuie le projet de stratégie mondiale de vaccination. Ces dernières années, le Ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Protection sociale s'est intéressé à la lutte contre les maladies à prévention vaccinale, notamment à la possibilité d'offrir une deuxième chance de vaccination antirougeoleuse et antirubéolique dans le cadre de programmes de vaccination systématique des enfants. S'agissant du lien entre vaccins et vaccination, le Gouvernement encourage depuis longtemps les activités du programme élargi de vaccination en accordant des fonds aux organisations internationales, notamment à l'OMS et à l'UNICEF, en fournissant une aide bilatérale et en facilitant le transfert de technologie pour la production de vaccins et le contrôle de leur qualité, notamment vers les pays capables de fabriquer des vaccins eux-mêmes de manière durable. Cette coopération présente également un intérêt sur le plan de la sécurité sanitaire mondiale.

Le Dr NLOME NZE (Gabon), prenant la parole au nom du Groupe africain, se félicite grandement du projet de stratégie mondiale de vaccination. La pertinence du projet de résolution et le rapport du Conseil exécutif présenté à sa cent quinzième session<sup>1</sup> ont conduit les pays africains à soutenir la stratégie proposée, ce qui incitera les Etats Membres à faire de la vaccination une véritable priorité des programmes nationaux de santé et la force motrice de la réforme des systèmes de santé, permettant d'atteindre les objectifs visés, de rattraper les retards en matière de vaccination systématique et de réduire la charge des maladies transmissibles. Les stratégies retenues, en particulier l'intégration de la vaccination, des interventions sanitaires apparentées et de la surveillance au sein des systèmes de santé, le développement des ressources humaines, l'amélioration de la logistique et l'obtention de ressources financières rendront ces systèmes plus dynamiques et plus efficaces. L'adoption et la fourniture de technologies et de vaccins nouveaux pour prévenir des maladies contre

---

<sup>1</sup> Document EB115/13.

lesquelles il n'existe actuellement pas de vaccins permettraient aux pays de se rapprocher considérablement du taux de couverture vaccinale recommandé. Les vaccins, mais également les autres produits nécessaires à la vaccination, doivent être disponibles. Le Dr Nlome nze souhaite que les gouvernements s'engagent davantage et que la collaboration internationale s'intensifie pour pouvoir relever les différents défis, notamment pour trouver les moyens financiers nécessaires et, partant, assurer le succès de la stratégie ; ainsi, le taux de mortalité par rougeole serait réduit de 90 % sur la décennie 2000-2010, et la couverture vaccinale serait d'au moins 90 % dans chacun des pays en retard.

Le Dr REN Minghui (Chine) approuve entièrement les quatre axes stratégiques du projet de stratégie mondiale de vaccination. Le quatrième axe « Vacciner dans un monde interdépendant » contribuera notamment à garantir que l'ensemble des pays aient accès à la vaccination. L'axe stratégique 3 « Intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé » pourra servir de base à l'établissement de systèmes de surveillance et de réseaux plus efficaces et à la préparation aux situations d'urgence. En 2003, au moment de la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère, les systèmes de vaccination chinois ont contribué à faire face à la situation. Comme il va de soi que les groupes les plus vulnérables qui ont un accès limité aux services de vaccination, ou qui n'y ont pas accès du tout, se trouvent dans les pays en développement, il faudrait accorder une attention particulière à la mise en oeuvre de la stratégie dans les pays et les régions en développement afin de leur apporter le soutien et les ressources dont ils ont besoin pour atteindre les cibles. Il faudrait également mettre l'accent sur les travaux de recherche relatifs aux nouvelles épidémies. Il approuve le projet de résolution.

Le Dr ZAHER (Egypte) approuve le projet de stratégie mondiale de vaccination et appuie le projet de résolution. La stratégie nationale de vaccination appliquée en Egypte a permis d'atteindre une couverture de 98 %. Les enfants sont vaccinés contre neuf maladies avant l'âge d'un an et se voient administrer une injection de rappel 12 mois plus tard. Une seringue à usage unique est utilisée pour chaque enfant, ce qui représente au total environ 40 millions de seringues chaque année. Des campagnes de vaccination contre la poliomyélite et le tétanos néonatal sont organisées sur une grande échelle, et une attention particulière est accordée à des groupes vulnérables à certaines maladies. La vaccination a lieu dans les écoles, dans les camps militaires et les prisons, et est proposée aux personnes qui se rendent dans des pays où certaines maladies, comme la fièvre jaune, sont endémiques. Une chaîne du froid garantit que les vaccins restent efficaces jusqu'à leur utilisation.

Le Dr NABLI (Tunisie) se félicite du projet de stratégie mondiale de vaccination, soulignant en particulier l'importance de la consultation, du partenariat et de la coopération, notamment entre les secteurs public et privé. Pour assurer le succès de la stratégie, il faudra avant tout trouver une solution au problème du financement afin que tous les pays aient accès aux vaccins et aux ressources nécessaires pour mener des campagnes de vaccination.

Le Dr ZOMBRE (Burkina Faso) dit que la vaccination est sans doute l'une des interventions les plus rentables pour sauver des vies ; c'est pourquoi le Burkina Faso a lancé un programme élargi de vaccination en 1985 pour réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies évitables par la vaccination. En 2001, avec le soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, de l'OMS et de l'UNICEF, les activités du programme ont été renforcées et ont donné des résultats encourageants. Il est prévu d'utiliser de nouveaux vaccins contre l'hépatite B et l'infection à *Haemophilus influenzae* type b à partir de janvier 2006. Le Dr Zombre adhère au projet de stratégie mondiale de vaccination, soulignant qu'il faut d'urgence trouver des moyens de rendre les nouveaux vaccins abordables et appuie le projet de résolution. Il approuve la déclaration faite par le délégué du Gabon.

Le Dr HAMADI (Maroc) appuie également le projet de stratégie mondiale de vaccination. Au Maroc, le taux de couverture vaccinale est supérieur à 90 % depuis 1995 et a atteint 94 % en 2004. Pour assurer le succès et la pérennité de la nouvelle stratégie proposée, certaines mesures sont indispensables et il faut notamment apporter à tous les pays un soutien technique et financier suffisant pour maintenir une couverture vaccinale optimale et une surveillance épidémiologique active, améliorer la collaboration et la coordination intrarégionales et interrégionales et garantir à tous les pays en développement un approvisionnement en vaccins régulier et durable.

Le Dr NSENGIYUMVA (Burundi) reprend à son compte la déclaration du délégué du Gabon et se félicite du projet de stratégie mondiale de vaccination. Il approuve que la priorité soit donnée aux groupes les plus vulnérables qui ont peu de moyens. S'agissant de l'axe stratégique 2, en février 2004, le Burundi a commencé à utiliser de nouveaux vaccins contre l'hépatite virale B et l'infection à *Haemophilus influenzae* type b dans le cadre de la vaccination systématique. En 2002, il a également commencé à intégrer une supplémentation en vitamine A pour les enfants dans les programmes de vaccination systématique ; enfin, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide doit faire partie du programme élargi de vaccination dès cette année.

M. ADAMCZEWSKI (Pologne) dit que le projet de stratégie mondiale de vaccination appelle l'attention sur certaines faiblesses du système de financement des programmes de vaccination nationaux et sur la nécessité d'y apporter des changements, notamment pour que l'achat de vaccins se fonde sur une analyse épidémiologique et sur un recensement de la population à vacciner. Etant donné que de nombreux pays disposent de ressources limitées d'une part et qu'il faut mettre en oeuvre les recommandations de l'OMS d'autre part, on pourrait envisager de financer les programmes de vaccination en utilisant des crédits provenant de différentes sources ; par exemple, certaines recherches scientifiques sur les vaccins pourraient être cofinancées par les fabricants. S'agissant des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies, compte tenu de l'immunologie moderne, il semble justifié de mettre au point des vaccins en ayant recours à la recombinaison génétique pour renforcer leur activité et leur innocuité. M. Adamczewski est favorable à l'idée de cibler les groupes à risque pour leur faire bénéficier d'une vaccination contre les maladies à prévention vaccinale.

Le Dr AHMED (Pakistan) fait observer que la vaccination représente l'une des interventions de santé publique les plus efficaces. Aux taux actuels de couverture, elle permet de sauver la vie de deux à trois millions d'enfants chaque année. Un à deux millions de vies supplémentaires pourraient être épargnées chaque année d'ici 2015 si les pays élargissaient considérablement leur couverture par des vaccins classiques ou nouveaux tels que les vaccins antirotavirus et antipneumococciques. Il ne fait nul doute qu'il faut mettre en place une stratégie mondiale de vaccination bien conçue qui tienne compte des nouveaux vaccins et des nouvelles technologies. Il approuve le projet de stratégie mondiale de vaccination et appuie le projet de résolution. Toutefois, les vaccins coûtent cher et des ressources financières importantes sont nécessaires à leur conservation et à leur distribution. Tant que les pays en développement ne bénéficieront pas du soutien de la communauté internationale voulu pour se procurer des vaccins de qualité garantie, la stratégie pourrait ne pas donner les résultats escomptés même avec un système de distribution adéquat. Un financement durable est donc essentiel pour assurer sa mise en oeuvre effective.

Le Dr ESTÉVEZ TORRES (Cuba) présente le programme de vaccination de Cuba et les résultats obtenus. Le taux de couverture vaccinale est de plus de 95 % pour 13 maladies, dont 5 ont été éliminées, y compris la rougeole. L'incidence de deux autres maladies est inférieure à 0,1 pour 100 000 personnes. Pour les autres maladies, la morbidité et la mortalité ont été réduites de 95 %. Tous les vaccins utilisés sont de qualité, 8 d'entre eux sont produits au niveau national. Le pays fait passer de 8 à 10 le nombre de vaccins, dont l'un est un vaccin tétravalent fabriqué sur place. Un système a été mis sur pied en 1998 pour surveiller l'incidence de la poliomyélite, de la rougeole, de la rubéole, des oreillons et de la coqueluche, qui sont également couverts par un réseau de laboratoires de

diagnostic. Le système de surveillance internationale a été renforcé pour veiller à ce que la réémergence de maladies éradiquées, notamment à Cuba, soit rapidement détectée. Les services de vaccination fonctionnent dans 485 polycliniques, dans toutes les maternités et dans plus de 10 000 écoles. Depuis 1962, l'ensemble de la population est couverte, enfants comme adultes. Estimant que la vaccination est un élément déterminant pour promouvoir la santé de l'enfant, il approuve entièrement le projet de stratégie mondiale de vaccination.

Mme SICARD (France) loue le projet de stratégie mondiale de vaccination qui permettra certainement de renforcer substantiellement la coordination et l'efficacité de l'action menée par la communauté internationale en matière de vaccination, en particulier pour étendre la couverture dans les pays en développement. Ces dernières années, la communauté internationale a appuyé certaines initiatives telles que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le partenariat contre la rougeole en Afrique afin de contribuer à prévenir les maladies évitables par la vaccination.

Elle soutient pleinement le projet de stratégie. Le principal problème qui se pose aujourd'hui est de rendre les vaccins accessibles à de larges groupes démunis des pays en développement ; il est donc essentiel d'assurer la couverture la plus large possible et de combler le déficit de couverture vaccinale des nourrissons. La stratégie mondiale doit donc en priorité aider les pays à résoudre les problèmes de fonctionnement structurels des services de santé de base en privilégiant les niveaux national et de district et surtout les niveaux plus périphériques. Les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies sont prometteurs et il est indispensable qu'ils soient commercialisés à des prix abordables pour les pays à faible revenu. Elle appuie le projet de résolution et approuve entièrement l'action de l'OMS en matière de vaccination, car il s'agit là d'un domaine d'action prioritaire.

Le Dr PARK Ki-dong (République de Corée) appuie sans réserve le projet de stratégie mondiale de vaccination. S'il ne fait nul doute que l'élaboration et l'utilisation de nouveaux vaccins sont importantes, il ne faut pas négliger la nécessité de fournir des vaccins élémentaires en quantités suffisantes et de renforcer la capacité de production. L'OMS devrait jouer un rôle plus actif dans ce domaine. La République de Corée est disposée à participer aux initiatives de la communauté internationale.

Le Dr MENDOZA (République bolivarienne du Venezuela) accueille avec satisfaction le projet de stratégie mondiale de vaccination. Comme la vaccination présente un rapport coût/efficacité élevé, il ne peut y avoir de véritable amélioration de n'importe quel secteur de la santé publique sans progrès de la vaccination. Son pays a mis en place un programme accéléré de grande ampleur visant des populations qui, jusqu'alors, ne bénéficiaient pas des mesures sociales, notamment les populations des zones urbaines marginalisées et des zones frontalières et les communautés indigènes. De nouveaux vaccins sont utilisés depuis 2000 et, depuis deux ans, un projet national de vaccination est mis en oeuvre pour renforcer le programme élargi de vaccination. Les investissements publics ont triplé. Des accords ont été conclus avec d'autres pays en développement tels que le Brésil, Cuba et l'Inde pour accroître la production nationale de vaccins en partant du principe que la production nationale est un moyen essentiel de préserver la souveraineté du pays. L'Assemblée de la Santé devrait promouvoir l'octroi de crédits non remboursables pour financer la vaccination dans les pays qui ne peuvent acheter des vaccins. Son pays a proposé la création d'un fonds humanitaire international pour garantir la viabilité des plans relatifs aux programmes mondiaux de vaccination. Si la communauté internationale considère que l'équité n'est pas un vain mot, les pays ne doivent pas se contenter d'assurer une couverture vaccinale complète à l'intérieur de leurs frontières, ils doivent aussi veiller à ce que des fonds soient disponibles pour permettre aux autres pays de réaliser de nets progrès.

Le Dr AL-OWEIDI (Oman) appuie le projet de stratégie mondiale de vaccination. La vaccination est certainement l'une des interventions qui présente le meilleur rapport coût/efficacité. Le programme élargi de vaccination constitue la priorité absolue en Oman et le taux de vaccination est de 95 % depuis 10 ans. L'adoption du projet de stratégie par l'Assemblée de la Santé entraînerait



probablement une augmentation des ressources humaines et financières en faveur de la vaccination. Les coûts sont un élément non négligeable et peuvent représenter un sérieux obstacle à la mise en oeuvre. Il propose de créer un mécanisme à l'appui de la stratégie proposée.

Le Dr AGARWAL (Inde) se félicite de la qualité du rapport qui aborde des questions techniques relatives à la vaccination et souligne par ailleurs qu'il faut établir des liens harmonieux entre les programmes de vaccination et les systèmes de santé dans un monde interdépendant, et chercher à les renforcer. En Inde, pour mettre en oeuvre la politique nationale de santé 2002, il faut qu'un approvisionnement continu en vaccins soit assuré à un prix abordable dans le cadre du programme national de vaccination universelle contre les maladies évitables. La politique prévoit que pas moins de la moitié des vaccins et des sérums devraient être fournis par des institutions du secteur public indien afin de réduire au minimum les risques liés à la volatilité du marché mondial et, partant, de garantir une sécurité sanitaire à long terme. De plus, l'Inde commence à utiliser des seringues autobloquantes (à usage unique).

M. XIMENES (Timor-Leste) approuve le projet de stratégie mondiale de vaccination. Bien que le Timor-Leste soit un pays pauvre, il consacre 10 à 11 % de son budget annuel total au secteur de la santé. Néanmoins, le Gouvernement n'est toujours pas en mesure de faire face au coût de la vaccination et s'efforce actuellement, en collaborant avec l'OMS et l'UNICEF, de trouver d'importants moyens financiers dans le cadre de l'aide bilatérale. Son pays aura encore besoin des conseils et des orientations de l'OMS dans les années à venir, jusqu'à ce qu'il dispose lui-même de ressources suffisantes. La couverture vaccinale étant inférieure à 80 %, le pays risque d'être touché par une flambée de poliomyélite, puisque de nouveaux cas ont été signalés en Indonésie. En collaboration avec l'OMS et l'UNICEF, des mesures ont déjà été prises pour mettre en oeuvre une campagne nationale de vaccination en 2005.

Le Dr ELSAYID (Soudan) approuve sans réserve le projet de stratégie mondiale de vaccination. Il reprend à son compte la déclaration du délégué du Gabon et appuie la proposition du délégué du Mexique visant à trouver des possibilités de financement pour adopter de nouveaux vaccins. Il sollicite une assistance et une orientation techniques pour intégrer et renforcer davantage les systèmes de vaccination soudanais dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement. Il remercie l'OMS, l'UNICEF, le Japon et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination pour l'aide qu'ils ont apportée au Soudan et exprime l'espoir qu'elle sera élargie et que le pays continuera à en bénéficier pour assurer la pérennité des programmes de vaccination.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) se félicite du projet de stratégie mondiale de vaccination qui permettra le maintien d'une couverture vaccinale élevée, favorisera l'adoption de nouveaux vaccins et fournira un cadre pour mettre en oeuvre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il appuie le projet de résolution.

Mme PODESTA (Australie) soutient le projet de stratégie. L'OMS doit maintenir des niveaux d'aide suffisants pour la vaccination, notamment pour assurer une surveillance et atteindre une couverture élevée. La Région du Pacifique occidental a été déclarée exempte de poliomyélite, mais ses caractéristiques géographiques et les problèmes de ressources qu'elle rencontre, auxquels s'ajoutent la précarité des approvisionnements mondiaux en vaccins eux-mêmes soumis à des fluctuations, font que l'aide doit être maintenue.

S'agissant de la stratégie elle-même, elle demande davantage d'informations sur les rôles respectifs de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, du Fonds pour les vaccins, du partenariat contre la rougeole de l'OMS et de l'UNICEF, et sur les modalités d'une coopération efficace. L'OMS doit prendre en considération les obstacles auxquels se heurtent les pays qui cherchent à élargir leurs services de vaccination. Mme Podesta demande également à l'Organisation

qu'en encourageant la demande de vaccination, elle prête attention à la qualité et à l'innocuité des vaccins, ainsi qu'au rôle joué par l'éducation dans le domaine de la santé publique.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud), reprenant à son compte la déclaration faite par le délégué du Gabon, dit que la vaccination est une stratégie essentielle pour assurer la survie d'un plus grand nombre d'enfants, notamment lorsqu'elle est associée à d'autres interventions comme les campagnes de déparasitage et la supplémentation en vitamine A. Dans son pays, la vaccination a été intégrée aux services de santé infantile ordinaires dans le cadre de la stratégie visant à atteindre chaque district. Toutefois, les services de vaccination font toujours face à de nombreux problèmes de fonctionnement tels que la pénurie de personnel, la médiocrité des infrastructures, les obstacles géographiques et les difficultés liées à l'approvisionnement en vaccins et à la conservation de ceux-ci. Les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies pourraient résoudre ces problèmes. Tout retard de vaccination chez les enfants et d'autres groupes vulnérables pourrait entraîner une morbidité et une mortalité élevées dues aux maladies à prévention vaccinale ainsi que des flambées régionales liées aux migrations.

Elle se félicite du projet de stratégie mais relève qu'il n'y est fait aucune référence à la gestion de la chaîne du froid. Pour permettre l'amélioration des mécanismes de surveillance demandée, il faudra tenir compte du fait que la vaccination ne cible plus uniquement les enfants mais qu'elle vise d'autres classes d'âge.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) se félicite des efforts déployés par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'OMS et l'UNICEF en vue de renforcer les services de vaccination, d'améliorer la couverture, d'encourager le recours à des vaccins nouveaux ou sous-utilisés et de promouvoir des méthodes permettant d'assurer la sécurité des injections dans les pays en développement dont le revenu annuel par habitant est inférieur à US \$1000. Il partage les préoccupations exprimées par de nombreux orateurs à propos du coût des vaccins, qui constitue l'un des principaux obstacles à la mise en oeuvre des programmes de vaccination dans de nombreux pays.

Il propose des amendements au projet de résolution. Il faudrait insérer un nouveau paragraphe après le cinquième alinéa du préambule, qui se lirait comme suit : « Reconnaissant l'utilité des efforts déployés par l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et tous les partenaires pour renforcer les services de vaccination, étendre la couverture vaccinale et introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays en développement ». Un nouveau paragraphe 3.1) devrait être inséré, qui se lirait comme suit : « de veiller à ce que le coût des vaccins nouveaux soit abordable pour les pays, afin d'accélérer leur mise en place » ; cette disposition tient compte du débat de la Commission. Le paragraphe 3.3) devrait être amendé comme suit : « de faire rapport tous les trois ans à l'Assemblée de la Santé sur la progression vers les cibles mondiales concernant la vaccination ». Cette disposition permettrait de s'assurer que l'Assemblée de la Santé reçoit trois rapports au cours de la période de mise en oeuvre de la stratégie.

Le Dr AYDINLI (Turquie) dit que la Turquie compte éradiquer la rougeole d'ici 2010. Il est prévu d'administrer à tous les enfants de 9 mois à 14 ans – soit 20 millions d'enfants au total – une dose supplémentaire de vaccin antirougeoleux. Environ 9,5 millions d'enfants de 6 à 14 ans ont été vaccinés contre la rougeole grâce à un programme mis en oeuvre à l'école, ce qui représente une couverture de 97 %. Une autre campagne de vaccination d'un mois est en cours et cible les groupes qui n'ont pas été vaccinés en 2004, lors de la précédente campagne. Par la suite, la Turquie mettra en place une surveillance de la rougeole fondée sur une identification des cas avec confirmation en laboratoire. Elle espère atteindre une couverture vaccinale systématique supérieure à 95 %, et entend participer à des projets de collaboration mondiaux afin d'aider d'autres pays à exécuter leurs programmes de vaccination.

M. GRBEŠA (Croatie) dit qu'en Croatie, la vaccination est organisée par les pouvoirs publics et qu'elle est gratuite. La population est vaccinée contre 10 grandes maladies, notamment contre toutes

les maladies cibles du programme élargi de vaccination. L'action de l'OMS est coordonnée par un directeur national dudit Programme à l'Institut national croate de la Santé publique. Le Gouvernement procède à l'évaluation de vaccins nouveaux (comme le vaccin contre la varicelle et le vaccin antipneumococcique) qui devront être intégrés dans le programme national de vaccination. Il appuie le projet de stratégie.

M. SHONGWE (Swaziland), adhérant aux observations faites par le délégué du Gabon, se félicite du projet de stratégie et appuie le projet de résolution. Le programme élargi de vaccination du Swaziland assure une couverture complète pour tous les enfants jusqu'à cinq ans ; il remercie l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires pour l'assistance qu'ils ont prêtée. Il craint lui aussi que les pays en développement ne puissent se procurer les nouveaux vaccins et les nouvelles technologies. Il appuie la proposition d'établir un fonds spécial en faveur des Etats Membres qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier du soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

Le Dr CHITUWO (Zambie) se félicite du projet de stratégie qui contribuera largement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Même limitée, l'expérience de la Zambie montre que les politiques décrites dans la stratégie peuvent être mises en place. En 2003, un programme national de vaccination a permis de ramener la morbidité et la mortalité rougeoleuses à moins de 1 %. Grâce à la participation de la communauté, à la mise en place d'une chaîne du froid et au soutien de partenaires locaux et internationaux, 4 millions d'enfants de moins de 15 ans ont été vaccinés. Avec le soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Zambie a adopté le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b ; des vaccins pentavalents devraient être adoptés courant 2005. Les services de santé sont parvenus à établir des liens entre la vaccination, la supplémentation en vitamine A, les programmes de déparasitage, le retraitement des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la surveillance de la croissance. Le Gouvernement a alloué des crédits au programme de vaccination, mais il exprime des craintes quant à sa viabilité financière, les nouveaux vaccins étant très coûteux. Le Dr Chituwo demande donc aux partenaires de mobiliser des ressources supplémentaires.

Mme BELLA ASSUMPTA (Cameroun) remercie les nombreux partenaires qui ont permis au Cameroun d'améliorer la couverture vaccinale et d'adopter de nouveaux vaccins contre l'hépatite B, l'infection à *Haemophilus influenzae* type b et la fièvre jaune. Toutefois, d'autres améliorations doivent être apportées aux programmes de vaccination systématique. Comme la vaccination est une intervention d'un excellent rapport coût/efficacité, le Cameroun adhère pleinement au projet de résolution et appuie la déclaration faite par le délégué du Gabon, mais souhaite que l'on mette davantage l'accent sur la participation et l'autonomisation communautaires et sur le renforcement du système de surveillance au niveau du district.

Le Dr FOURAR (Algérie), reprenant à son compte la déclaration faite par le délégué du Gabon, dit qu'il est favorable au projet de stratégie. Même si, en Algérie, le programme de vaccination est entièrement pris en charge par l'Etat, il serait utile de mettre en place un mécanisme permanent assurant un accès généralisé à la vaccination systématique et aux nouveaux vaccins. Il faudrait définir des stratégies régionales pour atteindre les populations nomades qui, souvent, accèdent difficilement aux soins de santé de base et échappent de ce fait aux services de vaccination.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que la vaccination est un élément essentiel à la mise en oeuvre des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et au renforcement des systèmes de santé. Il se félicite du projet de stratégie qui souligne à juste titre l'importance de la vaccination systématique, notamment pour les enfants, et mentionne d'autres groupes tels que les adultes, les adolescents, les pèlerins, les travailleurs migrants et les professionnels de la santé. L'OMS devrait apporter un soutien aux pays pour qu'ils adoptent les mesures voulues et améliorent la formation.

Il se dit préoccupé par le coût élevé des vaccins qui s'explique en partie par la difficulté de prévoir les besoins en vaccins et d'anticiper l'évolution des maladies. Il demande à l'OMS de promouvoir la production locale de vaccins avec la collaboration des autorités nationales chargées de la surveillance, ce qui permettrait de réduire les coûts et d'augmenter le nombre de vaccins disponibles en maintenant leur qualité.

Comme la stratégie ne s'intéresse pas aux sérums, qui constituent un supplément aux vaccins important mais onéreux, et qui pourraient être fabriqués sans risques ni effets néfastes pour la santé, il prie l'OMS d'élaborer des lignes directrices sur la participation des laboratoires pharmaceutiques et des centres de recherche internationaux à leur fabrication.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que, dans de nombreux pays, les enfants pauvres et marginalisés ne sont pas vaccinés et paient par conséquent le plus lourd tribut en termes de mortalité imputable aux maladies à prévention vaccinale. Il approuve l'élaboration d'une stratégie mondiale de vaccination, mais regrette que le projet de stratégie dans son ensemble ait été communiqué trop tard pour faire l'objet d'un examen approfondi.

Pour être crédible et bénéficier du soutien des donateurs internationaux, toute stratégie mondiale de vaccination doit fixer des objectifs précis en matière de couverture vaccinale et de réduction de la mortalité en fonction des différentes maladies. Elle doit également contribuer à la mise en place de systèmes de prestation de soins de santé durables. Le suivi de la couverture vaccinale, la surveillance des maladies et la mise en réseau des laboratoires sont des composantes essentielles de la stratégie. Si les pays ne sont pas dotés d'une infrastructure de vaccination et de systèmes de santé solides, ils ne pourront pas profiter des nouveaux vaccins ni des nouvelles techniques d'administration. Il serait peut-être utile que l'OMS et l'UNICEF développent les infrastructures destinées à éradiquer la poliomyélite et à réduire la mortalité rougeoleuse afin d'améliorer le système de vaccination systématique, la surveillance et les moyens des laboratoires pour toutes les maladies à prévention vaccinale, ainsi que les moyens de communication et de sensibilisation propres à consolider ce système. Les services de santé pourraient tirer parti des possibilités offertes par la vaccination pour mener d'autres interventions de santé publique, à condition que ces dernières soient efficaces, offrent un bon rapport coût/efficacité et qu'elles soient entreprises en collaboration avec les partenaires mondiaux et nationaux.

Il souhaite proposer des amendements au projet de résolution et suggère qu'un petit groupe de rédaction se réunisse.

Le Dr FIKRI (Emirats arabes unis) dit que le projet de stratégie met l'accent sur l'élargissement de la couverture vaccinale, sur la nécessité d'une préparation aux situations d'urgence au niveau international, sur la réduction de la mortalité par rougeole et sur l'extension de la couverture vaccinale pour les maladies les plus courantes. L'adoption de techniques et de vaccins nouveaux a une importance pour l'ensemble des services de santé. Dans son pays, 95 % des nouveau-nés sont vaccinés contre 10 maladies courantes. Des vaccins nouveaux et sûrs sont adoptés. L'incidence des maladies courantes donne lieu à une surveillance et le Gouvernement observe les recommandations mondiales et régionales de l'OMS.

Le Dr Fikri approuve la stratégie proposée et demande à l'OMS de surveiller sa mise en oeuvre de façon systématique afin de garantir une couverture vaccinale universelle. Il convient avec de précédents orateurs qu'une assistance devrait être fournie aux pays les plus pauvres pour les aider à se procurer les nouveaux vaccins dont le coût est élevé.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) se félicite du projet de stratégie et appuie le projet de résolution. Son pays fait face régulièrement à des épidémies de maladies évitables par la vaccination, notamment de rougeole et de coqueluche ; par conséquent, il mesure combien il est important de parvenir à une couverture vaccinale optimale. Il remercie les partenaires internationaux qui soutiennent son programme de vaccination, lequel fait l'objet d'améliorations pour assurer une couverture contre six antigènes, et inclura bientôt un vaccin contre l'hépatite B.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite) se félicite également du projet de stratégie qui vise à protéger les enfants du monde entier et permettra de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Son pays a amélioré sa couverture vaccinale, laquelle porte maintenant sur 10 maladies, et de nouveaux vaccins seront adoptés en fonction des besoins. La stratégie mondiale de vaccination va renforcer les programmes nationaux. Elle sera modifiée au fil des années et devrait donc être réexaminée à intervalles réguliers comme le prévoit le projet de résolution, voire tous les ans.

Le Dr GULLY (Canada) dit que le Canada fournit d'importants crédits pour financer les programmes mondiaux de vaccination, et qu'il a dégagé la somme de Can \$160 millions en faveur de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination en février 2005. Il se demande quelles mesures suivront l'adoption du projet de stratégie, notamment pour combler le déficit prévu en ce qui concerne les activités mondiales de vaccination.

Le Dr OTTO (Palaos) se dit favorable à la stratégie proposée et au projet de résolution. La couverture vaccinale contre les maladies évitables par la vaccination, qui est d'environ 95 % aux Palaos, serait difficile à atteindre et à maintenir sans une aide extérieure. Comme le délégué de l'Australie, il souhaiterait obtenir des précisions sur les modalités de la collaboration entre l'OMS et l'UNICEF sur le terrain, notamment dans la Région du Pacifique occidental.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite de la stratégie proposée qui viendra compléter les efforts des Etats Membres destinés à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Elle appuie le projet de stratégie avec les amendements proposés par la Thaïlande.

Le Dr LUM CHONG (Panama) approuve le projet de résolution, relevant que le programme élargi de vaccination a eu des effets considérables au Panama au cours des 25 dernières années. Le pays a été certifié exempt de poliomyélite et, depuis 1995, il n'y a eu aucun cas de rougeole. Un taux de couverture de 95 % a été atteint pour la vaccination systématique. Il demande instamment à l'OMS et à l'UNICEF de poursuivre leur collaboration à l'appui des pays, notamment pour trouver des stratégies permettant d'augmenter les stocks de vaccins en vue de faciliter l'adoption de nouveaux vaccins et, surtout, de maintenir l'approvisionnement dans le cadre des programmes élargis de vaccination.

Le Dr SEYA (Côte d'Ivoire) appuie sans réserve le projet de stratégie et soutient la déclaration faite par le délégué du Gabon. Remerciant la communauté internationale pour le soutien qu'elle fournit à la Côte d'Ivoire, il insiste sur les problèmes qui entravent la mise en oeuvre du programme de vaccination tels que le manque de fonds pour l'achat de vaccins, les problèmes logistiques et de formation qui se posent aux équipes de vaccinateurs et les effets négatifs de la crise ivoirienne actuelle sur la mobilisation sociale.

Le Dr NAVARRO MARÍN (El Salvador), approuvant le projet de stratégie mondiale de vaccination, se félicite de la collaboration entre l'UNICEF et le Bureau régional OMS des Amériques, qui vise à renforcer le programme élargi de vaccination d'El Salvador, notamment par l'intermédiaire du fonds renouvelable. Il exprime sa préoccupation au sujet du coût de la vaccination qui, dans son pays, est de US \$1,79 par habitant, et qui a augmenté durant la campagne de vaccination contre la grippe menée en 2004-2005. Cette année, malgré des mesures visant à assainir l'environnement, le pays a dû faire face à une flambée d'infections à rotavirus qui a touché environ 127 000 enfants de moins de quatre ans. Malheureusement, les enfants salvadoriens n'avaient probablement jamais été exposés à la souche responsable (G9P8), et le Dr Navarro Marín émet des réserves quant au coût et à l'efficacité du vaccin. S'agissant de la coqueluche, même si le taux de couverture se situe entre 83 et 100 % depuis 10 ans, ces trois dernières années, des cas de maladie ont été observés et, en 2005, on a

recensé 20 cas, dont 2 mortels qui ont concerné des enfants. Compte tenu du coût prohibitif du vaccin acellulaire, cette situation est inquiétante.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que le programme de vaccination du Népal a permis d'atteindre une couverture supérieure à 80 % pour tous les antigènes en 2004 ; le vaccin contre l'hépatite B a été intégré dans la vaccination systématique en 2002, une phase d'extension devant avoir lieu en 2005 ; la surveillance des maladies à prévention vaccinale a été élargie en 2004 pour inclure la rougeole, le tétanos néonatal et l'encéphalite japonaise. Malgré les progrès réalisés, différents problèmes empêchent la mise en oeuvre du programme tels que le relief accidenté, les difficultés logistiques, les dépenses élevées liées au maintien de la chaîne du froid, la difficulté de retenir les professionnels de la santé dans les zones éloignées et la facilité à franchir les frontières avec les pays voisins.

Le Dr Acharya apprécie le généreux soutien des partenaires du développement externes, notamment de l'OMS, et espère que le Népal va continuer à en bénéficier. Il appuie le projet de stratégie mondiale de vaccination avec les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande.

Mme ANGHELUTĂ (Roumanie), indiquant que le programme de vaccination de la Roumanie comprend neuf vaccins et qu'il doit être amélioré davantage, appuie sans réserve le projet de stratégie qui permettra à son pays de surmonter les obstacles à l'exécution du programme et d'atteindre les cibles correspondant aux objectifs pertinents du Millénaire pour le développement.

M. COURT (UNICEF) remercie les participants d'avoir soutenu le projet de stratégie qui repose sur de nombreuses années d'expérience de l'OMS et de l'UNICEF dans les pays. La stratégie vise à encourager une action mondiale et collective en matière de vaccination et à obtenir des gouvernements et des donateurs qu'ils s'engagent à atteindre une couverture maximale pour les enfants.

Il reconnaît que les nouveaux vaccins sont coûteux et que les pays les plus pauvres auront besoin de temps pour absorber les coûts dans leur budget. Le projet de stratégie doit fournir un cadre permettant aux pays de procéder aux ajustements voulus dans un délai raisonnable. Se félicitant des activités menées par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination en vue d'aider les pays qui souhaitent adopter de nouveaux vaccins, il dit que le projet de stratégie est l'occasion de s'intéresser aux inégalités considérables en matière d'accès aux services de santé. L'UNICEF va continuer à collaborer avec les pays et les partenaires pour garantir que, plusieurs fois par an, les populations sous-desservies et marginalisées puissent être vaccinées et pour offrir en même temps la possibilité de dispenser un ensemble de soins adéquats. Les campagnes contre la poliomyélite menées auprès de ces populations ont montré que cette méthode pouvait être efficace. La transmission des connaissances acquises lors de ces activités permettrait d'établir de nombreux contacts avec les enfants et les familles, comme le prévoit le projet de stratégie ; cela représenterait une occasion unique de protéger les familles des maladies qui les touchent actuellement.

Le Dr ST JOHN (Barbade) appuie les amendements au projet de résolution proposés par le délégué de la Thaïlande.

Le Dr GRANGE (Association internationale de Pédiatrie), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, fait observer qu'une réduction des deux tiers de la morbidité évitable par la vaccination contribuerait largement à la réduction de la mortalité infantile visée par l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Le projet de stratégie alourdit en réalité la tâche des agents des services pédiatriques censés en faire la promotion. Ils doivent collaborer avec d'autres acteurs en renforçant la capacité des équipes de district à exploiter au mieux les ressources et les possibilités locales pour lever les obstacles qui entravent le système tout entier. Ils ont notamment un rôle important à jouer en matière de formation en veillant au respect de normes pratiques optimales, lesquelles sont essentielles au renforcement des services de vaccination systématique et à la pérennité des programmes. Le Dr Grange prie donc les Etats Membres de faire participer les associations nationales de pédiatrie et les autres organisations professionnelles intéressées aux comités chargés de planifier et de mettre en

oeuvre les programmes de vaccination. Actuellement, l'Association qu'elle représente mobilise ses membres pour intensifier l'action de sensibilisation en faveur de la vaccination infantile.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se déclare préoccupée par le fait qu'en Afrique subsaharienne, le taux de couverture vaccinale a chuté de 25 % depuis les années 90. Le rapport ne mentionne pas les effets négatifs de l'intensification de la lutte contre certaines maladies sur les systèmes de santé de district et sur les priorités en matière d'achat. Il faut tirer certains enseignements avant de mettre en oeuvre des stratégies nouvelles et d'utiliser de nouveaux vaccins.

Elle approuve le projet de résolution où les Etats Membres sont instamment priés de donner la priorité à la vaccination dans le cadre des services de santé essentiels, mais elle leur demande de hiérarchiser les vaccins en utilisant des données plus solides sur la charge de morbidité, car si l'on renforçait les systèmes pour sauver la vie de quelque 2 millions d'enfants, on pourrait progresser vers les cibles correspondant aux objectifs pertinents du Millénaire pour le développement.

The Save the Children Fund propose une collaboration et un soutien afin de faciliter l'accès aux populations marginalisées et difficiles à atteindre. Mme Keith demande au Directeur général de donner la priorité à la fourniture d'un appui technique en matière d'information sanitaire et de ressources humaines pour la santé, et le prie instamment de veiller à ce que la société civile soit considérée comme un partenaire essentiel pour la mise en oeuvre de la stratégie proposée. Pour la présentation des rapports, il faudrait utiliser des données ventilées sur les indicateurs de systèmes, la charge de morbidité et les ressources humaines afin de prendre des décisions judicieuses sur les résultats escomptés en matière de santé et la pérennité des systèmes. D'autres facteurs liés à la demande doivent être examinés et les services doivent être gratuits au point d'accès. Il faut d'urgence réaliser des investissements en faveur des ressources humaines et des systèmes de santé pour assurer des services de qualité.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) remercie les Etats Membres, les groupes régionaux et les autres partenaires de leurs observations très intéressantes et du soutien qu'ils ont accordé au projet de stratégie. Elle prend note des inquiétudes exprimées concernant les problèmes d'accès et de la nécessité d'associer les communautés et tous les acteurs intéressés aux niveaux national et international. Elle reconnaît que la viabilité financière et l'estimation du coût des interventions sont problématiques. Le transfert de technologie et le renforcement des systèmes sont indispensables ; Mme Phumaphi se félicite de la proposition du délégué des Bahamas visant à établir un rapport sur le coût de la vaccination, si celle-ci devait être approuvée par l'Assemblée de la Santé.

Certains orateurs ont évoqué les obstacles financiers qui entravent l'exécution du programme élargi de vaccination. Convenant que ces difficultés représentent un problème majeur, elle approuve les amendements qu'il est proposé d'ajouter au projet de résolution et attend avec intérêt les conclusions du groupe de rédaction. On pourrait tirer des enseignements des nombreuses innovations dans ce domaine, telle la mise en place du fonds renouvelable pour l'achat de vaccins par le Bureau régional OMS des Amériques, mécanisme qu'il serait facile d'instaurer ailleurs.

Elle reconnaît qu'il existe une grave pénurie de vaccins et qu'il faudrait y faire face en veillant à ce que l'OMS, l'UNICEF, les partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et les autres acteurs intéressés fassent une estimation correcte des besoins et assurent un approvisionnement en conséquence.

Elle se félicite qu'un participant ait souligné l'importance du transfert de technologie pour la mise en oeuvre de la stratégie proposée ; ce transfert continuera à avoir une influence majeure sur le prix des vaccins mais aussi sur la capacité des pays en développement à participer aux activités mondiales de vaccination.

Pour atteindre les objectifs mondiaux concernant la vaccination, il faut mettre en place de solides partenariats entre les secteurs public et privé au sein de l'Alliance mondiale et à l'extérieur ; il est donc essentiel de coopérer avec les fabricants qui sont des partenaires importants et qui jouent un rôle crucial pour trouver des solutions durables aux problèmes d'accessibilité financière, d'amélioration de l'accès et d'inégalité. Elle prend note des préoccupations exprimées à propos du

coût des nouveaux vaccins mais relève que le coût du vaccin contre l'hépatite B a été considérablement réduit depuis son adoption, en grande partie grâce à l'augmentation du nombre de fabricants dans les pays en développement. En adoptant la stratégie proposée, on s'engage à promouvoir l'apparition de nombreux fabricants dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement.

Le Secrétariat va continuer à collaborer avec les partenaires pour rassembler des informations par l'intermédiaire des réseaux nationaux de surveillance des maladies transmissibles ; les initiatives visant à renforcer ce domaine se poursuivront afin de mieux veiller à l'exactitude de l'information.

Mme Phumaphi pense aussi que, pour assurer le succès de la stratégie proposée, il est indispensable de consolider les systèmes et d'intensifier les activités courantes relevant du Programme élargi de vaccination. Comme l'a souligné le délégué de l'Afrique du Sud, cela constituera un volet important des projets que devront élaborer les Etats Membres.

Une fois le projet de stratégie adopté par l'Assemblée de la Santé, les Etats Membres devront réaliser une planification dans leur pays avec le concours du Secrétariat, de l'UNICEF et des partenaires nationaux. Puis l'OMS, l'UNICEF, divers membres de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et les partenaires mondiaux apporteront un soutien aux pays pour que ceux-ci élaborent des projets pluriannuels et chiffrés où seront repris les éléments de la stratégie qui concernent la mise en oeuvre dans les pays. Ces activités seront suivies par la mise en place de projets régionaux complets et pluriannuels, l'ensemble du processus se fondant sur une prévision des besoins financiers au niveau mondial, sur les budgets nationaux et régionaux et sur les plans de ressources financières nationaux, régionaux et mondiaux. Par la suite, un projet mondial sera mis sur pied à partir des projets nationaux et régionaux afin que les objectifs fixés donnent lieu à un suivi fiable.

Le PRESIDENT propose de ne pas clore l'examen de ce point de l'ordre du jour.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 166.)

**La séance est levée à 12 h 50.**



## HUITIEME SEANCE

Vendredi 20 mai 2005, 15 h 5

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### 1. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le PRESIDENT annonce que, vu le nombre de points inscrits à l'ordre du jour de la Commission A qui n'ont pas encore été examinés, le Bureau de l'Assemblée a décidé que les points 13.2, Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et 13.21, Migration internationale des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement, seraient transférés à l'ordre du jour de la Commission B.

### 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses :** Point 13.4 de l'ordre du jour (résolution EB114.R1 ; document A58/7) (suite de la septième séance, section 4)

Le Dr ISLAM (Secrétaire) dit que, suite aux consultations informelles qui se sont tenues entre les délégations intéressées, plusieurs amendements supplémentaires au projet de résolution ont été soumis. Il est proposé de réunir les paragraphes 1.3) et 1.8) en un seul paragraphe 1.3), ainsi libellé « à renforcer l'intégration entre les partenaires financiers, opérationnels et sociaux, en établissant un partenariat national Halte à la tuberculose dans chaque pays et à faire en sorte que ces partenariats au niveau des pays canalisent le soutien à la mise en oeuvre des plans d'extension à long terme de la stratégie DOTS par l'intermédiaire de comités nationaux de coordination interinstitutions ». Il a été en outre proposé qu'au paragraphe 2.4), on remplace « sous la direction des » par « en coopération avec les » ; qu'on ajoute à la fin du paragraphe 2.5) le membre de phrase « et de soumettre régulièrement des rapports sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs » ; et que le paragraphe 2.6) soit amendé comme suit : « de recommander que la tuberculose soit spécifiquement mentionnée dans l'objectif 6 et la cible 8 et non incluse parmi d'autres maladies à la Réunion plénière de haut niveau sur l'issue du Sommet du Millénaire de l'Assemblée générale des Nations Unies chargée d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation des engagements énoncés dans la Déclaration du Millénaire. ».

Répondant à M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba), le PRESIDENT propose que l'examen du projet de résolution soit reporté en attendant qu'une version révisée du texte incorporant les derniers amendements ait été distribuée.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2, p. 164.)

**Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action :** Point 13.9 de l'ordre du jour (résolution EB115.R16 ; document A58/13)

Le PRESIDENT attire l'attention sur le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16 et sur un projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, proposé par les délégations des pays suivants : Australie, Canada, Etats-Unis d'Amérique, France, Iles Marshall, Japon, Malaisie, Mexique, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Palaos, Pays-Bas, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Suisse, Thaïlande et Turquie, libellé comme suit :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Estimant que la libération d'agents et de toxines microbiologiques peut avoir des ramifications mondiales ;

Constatant que le confinement d'agents et de toxines microbiologiques au laboratoire est indispensable pour prévenir les flambées de maladies émergentes et réémergentes telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ;

Reconnaissant les travaux de l'OMS en matière de promotion de la sécurité biologique en laboratoire ;

Constatant que certains Etats Membres ont effectivement mis en place des mesures et des recommandations efficaces applicables à la sécurité biologique en laboratoire afin de gérer les risques dus aux agents et aux toxines microbiologiques pour le personnel de laboratoire et la communauté ;

Reconnaissant que certains Etats Membres n'ont peut-être pas mis en place les mesures de sécurité biologique adéquates ;

Notant qu'une approche intégrée de la sécurité biologique en laboratoire et du confinement des agents et des toxines microbiologiques favorise la sécurité sanitaire mondiale ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à réexaminer la sécurité de leurs laboratoires et les protocoles existants concernant la manipulation sécurisée d'agents et de toxines microbiologiques, conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique ;

2) à mettre en oeuvre des programmes spécifiques afin de promouvoir la sécurité biologique et les pratiques de laboratoire qui garantissent la manipulation en toute sécurité et le confinement des agents et des toxines microbiologiques conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique ;

3) à élaborer des programmes susceptibles d'accroître l'observance des recommandations de sécurité biologique par les laboratoires, y compris dans le secteur public, dans les universités et les centres de recherche et dans le secteur privé, en particulier lorsqu'ils sont appelés à manipuler des agents et des toxines microbiologiques hautement virulents ;

4) à mobiliser des ressources humaines et financières pour accroître la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques, afin de réduire au minimum le risque d'infections contractées au laboratoire et leur propagation ultérieure dans la communauté ;

5) à encourager la mise sur pied de programmes de formation à la sécurité biologique ainsi que l'élaboration de normes de compétence professionnelle pour le personnel de laboratoire, afin d'améliorer la sensibilisation au problème de la sécurité et la sécurisation des pratiques de laboratoire ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que l'OMS assume clairement son rôle directeur concernant l'amélioration de la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;

- 2) de fournir un soutien à d'autres programmes et partenaires afin de renforcer leurs efforts pour promouvoir une meilleure sécurité biologique en laboratoire et un meilleur confinement des agents et des toxines microbiologiques ;
- 3) de fournir un appui pour l'élaboration et la mise en commun des connaissances et des données d'expérience entre les Etats Membres afin de renforcer la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques, y compris l'actualisation régulière des recommandations et manuels correspondants de l'OMS ;
- 4) de fournir aux Etats Membres qui en font la demande un soutien technique pour le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;
- 5) de faire rapport au Conseil exécutif à intervalles réguliers sur la situation concernant la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques au niveau mondial, et sur les risques y afférents.

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif) déclare que le Conseil a reconnu la gravité de la menace de pandémie de grippe qui pèse sur l'ensemble des pays et souligné la nécessité d'intensifier les mesures de préparation dans un esprit de solidarité mondiale lors de sa cent quinzième session. De vives préoccupations ont été exprimées concernant le nombre insuffisant de vaccins et d'antiviraux disponibles et les problèmes d'accessibilité économique ; les membres ont reconnu qu'il était difficile à l'OMS d'intervenir sur des questions de coûts dans le cas de produits fabriqués par le secteur privé. Il a été demandé à l'OMS de fournir un appui aux Etats Membres pour élaborer des plans nationaux de préparation et de renforcer son système d'alerte mondiale, à savoir le réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe. Le Conseil a adopté la résolution EB115.R16 recommandant à l'Assemblée de la Santé d'adopter une résolution.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des pays candidats à l'adhésion – Croatie et Turquie –, et des pays relevant du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'entrée dans l'Europe – Albanie, Bosnie-Herzégovine, Ex-République yougoslave de Macédoine et Serbie-et-Monténégro –, indique que la menace d'une pandémie de grippe exige des mesures urgentes et efficaces pour renforcer les mécanismes de préparation et d'action. L'OMS a un rôle capital à jouer et il faut se féliciter de sa coopération avec l'Union européenne. Cette dernière a renforcé les plans d'action communautaires et nationaux et accélère les travaux relatifs à la production de vaccins et à la recherche d'autres procédures d'urgence ; elle espère élargir sa coopération avec l'OMS pour y inclure les travaux du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies sur l'identification, l'évaluation et la communication des menaces que font peser sur la santé les maladies transmissibles. L'Union européenne apporte son soutien au projet de résolution recommandé dans la résolution EB115.R16 et au projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, qu'elle souhaite également parrainer.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) fait observer que la préparation et l'action face à la pandémie de grippe représentent une question de sécurité sanitaire mondiale. Le Ministère japonais de la Santé collabore avec d'autres ministères concernés à la mise au point de plans d'action conformément aux recommandations formulées par le comité consultatif national sur la pandémie de grippe.

Pour promouvoir les plans nationaux, il faut mieux comprendre les conséquences possibles d'une pandémie de grippe sur la santé publique mondiale. Diverses méthodes d'évaluation existent, y compris le logiciel FluAid, mais elles n'ont pas été validées par l'OMS ; le Secrétariat devrait entreprendre des recherches dans ce domaine. La surveillance des flambées et l'échange des échantillons et isolements de virus doivent être renforcés par l'intermédiaire du réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe et conformément au Règlement sanitaire international (2005). L'isolement récent d'un virus grippal résistant à l'oseltamivir chez des malades recevant un traitement par ce médicament au Japon souligne la nécessité de renforcer les recherches sur les virus pharmacorésistants et leur incidence sur la santé publique.

Le Dr GULLY (Canada) exprime son soutien au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16 et attire l'attention sur l'importance de la surveillance épidémiologique et au laboratoire, de la préparation aux situations d'urgence, des interventions internationales au cours des premiers stades de la pandémie, y compris une communication claire avec le grand public, ainsi que de la recherche et du développement de vaccins. L'OMS devrait fournir des orientations concernant les politiques d'utilisation des antiviraux et des vaccins, ainsi que les interventions non médicales.

Lors de l'élaboration de son plan de lutte contre la pandémie de grippe, le Canada a renforcé sa préparation en améliorant la surveillance et la capacité d'intervention en cas d'urgence, en mettant en place un système d'alerte en temps réel et en augmentant les moyens permettant de partager rapidement l'information. Ces mesures ont également permis d'améliorer la capacité du système de santé publique à faire face à d'autres menaces sanitaires. Le Canada reste vigilant et poursuit sa collaboration avec l'OMS pour veiller à ce qu'on puisse identifier rapidement tout cas éventuel de maladie respiratoire grave.

Le Dr AGARWAL (Inde) soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16 et demande instamment à l'OMS et aux autres partenaires internationaux de faciliter la production commerciale d'un vaccin anti-grippe aviaire. Des flambées récentes de maladies transmissibles, telle celle de grippe aviaire en Asie du Sud-Est, constituent un rappel brutal de la menace que constitue une pandémie de grippe majeure. Une fois qu'elle aura démarré, il sera trop tard pour entreprendre des activités visant à réduire au minimum ses effets. L'anticipation en matière de planification et de préparation sont essentielles. Si la vaccination constitue une des mesures les plus efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité grippales, le recours aux antiviraux durant la première vague d'infections constitue une mesure importante. L'OMS devrait prêter son concours aux Etats Membres pour constituer des stocks de ces médicaments afin de permettre que des réserves suffisantes soient disponibles au début d'une pandémie.

Le Dr NYIKAL (Kenya) appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. Les Etats Membres doivent élaborer des mesures d'intervention avant qu'une pandémie de grippe ne se produise. Le Kenya recommande plusieurs stratégies : constituer en lieu sûr des réserves suffisantes de vaccins et d'antiviraux et établir des plans pour les distribuer ; rendre obligatoire la vaccination annuelle anti-grippe des agents de santé en contact avec les malades ; renforcer les activités d'information afin de mieux sensibiliser le grand public et les agents de soins de santé à la gravité et aux conséquences possibles d'une pandémie de grippe, ainsi qu'à la façon de prévenir, reconnaître et traiter la grippe ; améliorer à tous les échelons au moyen d'un plan détaillé la coordination, la communication et la planification des interventions pour faire face à la pandémie. Pour cela, les budgets nécessaires devront être étudiés à l'avance.

Mme PODESTA (Australie) appuie également le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. L'Assemblée de la Santé a une occasion unique de se préparer compte tenu de la menace potentielle d'une pandémie de grippe. Les systèmes de surveillance épidémiologique doivent être renforcés partout dans le monde. Elle félicite l'OMS pour son rôle de direction dans les activités de préparation, pour l'assistance qu'elle a prêtée aux Etats Membres et pour son initiative qui a consisté à organiser une réunion informelle avec les fabricants de vaccins antigrippaux, les organismes nationaux d'homologation et les représentants des gouvernements (Genève, 11-12 novembre 2004) –, une réalisation importante pour mobiliser tous les moyens de production de vaccins. En outre, la consultation OMS récente sur les interventions de santé publique prioritaires avant et pendant une pandémie de grippe a apporté des améliorations importantes aux phases de préparation à la pandémie, en prêtant notamment une attention plus grande aux phases d'infection des animaux et d'infection précoce chez l'homme, au cours desquelles il est possible de ralentir ou d'éviter la pandémie.

Après les flambées récentes de SRAS et de grippe aviaire qui ont sévi dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, l'Australie donne la priorité absolue à la préparation et est bien placée pour mettre en oeuvre les mesures énoncées dans le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. Elle apporte également ses compétences techniques pour soutenir l'action

internationale. La compétence technique et le rôle de direction de l'OMS sont reconnus et respectés par les Etats Membres des Régions qui ont déjà subi ces flambées.

La présentation du projet de résolution sur la sécurité biologique en laboratoire, que l'Australie a parrainé, est le résultat d'une réunion régionale fructueuse sur la sécurité biologique en laboratoire et la sûreté biologique tenue à Singapour en avril 2005, au cours de laquelle les participants ont examiné les problèmes posés par la gestion des risques biologiques liés à la conservation sécurisée des toxines et germes pathogènes dangereux utilisés dans les laboratoires. La question est très importante pour la Région du Pacifique occidental étant donné que les trois flambées de SRAS qui se sont déjà produites étaient dues à des défaillances dans les méthodes de sécurité biologique. De nombreux pays de la Région ont revu leurs politiques de sécurité biologique et de sécurité en laboratoire, élaboré des recommandations nationales et introduit des réglementations, ce qui a conduit à incorporer les méthodes de sécurité biologique dans les activités quotidiennes et à développer une « culture de la sécurité biologique ». La sécurité biologique en laboratoire est une préoccupation mondiale ; elle renvoie aux mesures de sécurité institutionnelles et personnelles destinées à prévenir la perte, le vol ou l'utilisation abusive de produits biologiques. Il n'existe actuellement aucun accord international sur les critères d'évaluation des méthodes de confinement en laboratoire, ni aucun modèle uniforme de formation à la sécurité biologique du personnel de laboratoire. L'échange international croissant de germes pathogènes dangereux à des fins d'identification, de diagnostic et de recherche exige que l'on partage de la même façon les informations et la formation sur les meilleures pratiques de sécurité et de confinement biologique. En se préparant à une pandémie éventuelle de grippe, les pays doivent se concentrer sur les aspects évitables, par exemple le risque d'infections contractées au laboratoire. Le fait de disposer de normes fiables pour la manipulation, le confinement et le transport sécurisés des germes pathogènes employés dans les laboratoires renforcerait les moyens de prévention des flambées de maladies sur les plans national et mondial sans pour autant mettre fin à la recherche et à la collaboration internationales. Mme Podesta demande instamment que l'on soutienne le projet de résolution et remercie les délégations qui ont participé à sa rédaction.

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) déclare que le risque de transmission interspécifique des souches de virus grippal et, partant, la menace d'une pandémie ont considérablement augmenté depuis la flambée de grippe aviaire survenue en Asie du Sud-Est en 2004. De telles flambées et le rappel de la pandémie de grippe de 1957-1958 soulignent la nécessité d'accélérer les efforts de préparation exhaustive à une pandémie qui ne serait pas uniquement causée par la souche H5N1. La disponibilité de réserves suffisantes d'un vaccin sûr et efficace est une condition préalable pour réduire la morbidité et la mortalité dues à un virus se propageant sur le mode pandémique. Certains des problèmes liés à la production de vaccins mentionnés dans le rapport ont été récemment résolus, notamment les difficultés techniques et ceux ayant trait aux questions réglementaires et à la propriété intellectuelle. Toutefois, des problèmes demeurent concernant la manipulation sans risque d'organismes génétiquement modifiés en cours de fabrication, la mise au point d'un vaccin « économe en antigènes » et la capacité de production limitée.

Lorsqu'on envisage de stocker du vaccin contre la grippe due à la souche H5N1, il faut tenir compte du fait que l'efficacité de la protection contre un virus qui a été modifié et qui pourrait se propager rapidement dans la population n'est pas prévisible. Il convient cependant de soutenir la production de quantités suffisantes d'un vaccin utilisable dans les études cliniques. Il faut également se pencher sur la question de savoir si l'on pourrait utiliser un vaccin efficace contre une souche de virus grippal circulante pour protéger les populations des régions touchées.

M. Voigtländer approuve le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, dont les principaux points ont déjà été pris en compte dans les plans nationaux de préparation à la pandémie de grippe de l'Allemagne, publiés au début de l'année 2005.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) propose après l'alinéa commençant par « Notant les lacunes des connaissances ... » d'ajouter un nouvel alinéa au préambule du projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, ainsi libellé : « Notant qu'il est important de renforcer les liens et la coopération avec les médias ».

Le Dr HAMADI (Maroc) dit que la stratégie de surveillance clinique et biologique qui est déjà en place sera étendue à l'ensemble du pays en septembre 2005, permettant ainsi d'identifier le début d'une pandémie de grippe. Cette stratégie comprend le renforcement des dispositions mises en place pour faire face au SRAS. Le Maroc va également acheter des antiviraux à utiliser en cas de flambée. Le Dr Hamadi soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16.

Mme FURMAN (Israël), soulignant la menace que fait peser sur le plan mondial une éventuelle pandémie de grippe, exprime son soutien au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. Elle demande qu'on ajoute Israël à la liste des pays parrainant le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire.

M. NGUYEN HUY NGA (Viet Nam) appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. Depuis les premiers cas de grippe humaine provoqués par la souche H5N1 du virus grippal A, il y a eu 76 cas confirmés, dont 37 mortels, dans 27 provinces et grandes villes de l'ensemble du pays. Tous les cas se sont produits dans des régions où sévissaient des flambées de grippe aviaire et 72 % étaient liés à la présence de volailles malades ou mortes. A ce jour, la transmission interhumaine n'est pas établie, mais des recherches approfondies sont nécessaires, étant donné l'augmentation du nombre de cas confirmés pour lesquels on ne retrouve aucun lien avec des volailles malades ou mortes, de cas asymptomatiques ou de groupes de cas familiaux. On a recensé un agent de santé parmi les personnes infectées.

Depuis le début de la flambée de grippe aviaire, le comité d'orientation national du Viet Nam pour le SRAS et le virus grippal A/H5N1 s'est réuni régulièrement, mettant au point des plans détaillés de lutte contre la grippe et publiant des directives et recommandations techniques sur les mesures de prévention, le traitement, le prélèvement des échantillons, l'hygiène de l'environnement et la désinfection. Des comités d'orientation provinciaux ont été mis en place pour fournir des conseils en matière de lutte contre les flambées. En janvier 2005, les pouvoirs publics ont créé un groupe de travail interinstitutions composé d'experts techniques de haut niveau, de hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Agriculture et du Développement rural, et de représentants de l'OMS et de la FAO.

Le Viet Nam a collaboré étroitement avec l'OMS pour lutter contre la grippe aviaire. Un appui technique et matériel a été mobilisé auprès de divers partenaires pour un éventail d'activités allant de l'étude épidémiologique à la formation du personnel de laboratoire. Fin avril 2005, une équipe d'experts de l'OMS s'est rendue au Viet Nam pour évaluer la situation de l'épidémie et proposer des mesures de santé publique, et une réunion OMS sur la prise en charge des cas et la recherche sur la grippe due au virus A/H5N1 s'est récemment tenue. Depuis décembre 2004, le Viet Nam a envoyé plus de 100 échantillons cliniques humains aux laboratoires d'étude de la grippe de l'OMS pour des études conjointes. Le Viet Nam apprécie vivement l'important soutien technique et matériel que lui ont fourni l'OMS et d'autres partenaires pour lutter contre la grippe aviaire.

Au cours de ces deux dernières années, le Viet Nam a consenti des efforts considérables pour lutter contre la grippe aviaire, mais des efforts importants et un financement supplémentaire seraient nécessaires pour renforcer les moyens de laboratoire afin d'améliorer l'identification, l'étude et le diagnostic de cette maladie, pour former du personnel de laboratoire, développer et multiplier les centres de soins curatifs et accélérer les activités d'information, d'éducation et de communication. Un soutien est également nécessaire pour la formulation d'un plan de préparation national, l'amélioration de la communication et de la coordination, aussi bien au Viet Nam même qu'avec la communauté internationale, et pour la constitution de stocks d'antiviraux, problème particulier pour le Viet Nam. L'appui de l'OMS serait également requis dans des domaines de la recherche tels que les voies de transmission, les réservoirs animaux du virus, les porteurs asymptomatiques, la sensibilité au virus et les facteurs génétiques et familiaux. M. Nguyen Huy Nga soutient pleinement le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16.

Le Dr KYAW NYUNT SEIN (Myanmar), appuyant le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, déclare que la planification de la préparation, notamment les exercices de

simulation et les activités de prévention, est indispensable et doit commencer immédiatement avec le soutien de l'OMS et de l'OIE, afin de réduire au minimum les effets d'une éventuelle pandémie de grippe. La coordination entre les pays et entre les secteurs public et privé est capitale. Lors de l'application du Règlement sanitaire international (2005), il conviendra également de prendre en compte les questions de tolérance et de compréhension, étant donné leur importance lorsqu'il s'agit d'endiguer une pandémie.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) insiste sur la nécessité d'une préparation contre une pandémie de grippe. Pour certains pays, notamment les pays en développement, qui risquent de ne pas disposer de suffisamment de réserves de vaccin pour faire face à une pandémie, il convient d'encourager la fabrication locale de ces vaccins. L'appui des pays développés à la mise en place d'installations de fabrication de vaccins contribuerait largement à réduire la charge de morbidité et les effets des flambées.

L'Afrique du Sud actualise ses plans et la surveillance qu'elle exerce sous les auspices de l'Institut national des maladies transmissibles, membre du réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe. Le renforcement de la collaboration entre organisations chargées de la santé humaine et animale se poursuit : une coopération étroite entre les départements de l'agriculture et de la santé a permis d'endiguer avec succès une flambée de grippe aviaire chez les autruches d'Afrique du Sud en 2004.

Le soutien technique des stratégies de promotion de la santé avant et au cours d'une pandémie, pour éviter la panique, est indispensable. La promotion de la santé doit être permanente et une coopération avec les médias est importante à cet égard. Bien que les activités de préparation à la pandémie aient été engagées, un effort supplémentaire est nécessaire ; le succès dépendra de la collaboration entre les pays, les experts et les partenaires disposant de plus de ressources. L'Afrique du Sud soutient les deux projets de résolutions.

M. SPEZIA (Brésil), appuyant le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, indique que le Brésil a élaboré un plan de préparation à la pandémie de grippe dès 2003. Un comité spécial créé à la fin de cette année-là a proposé, entre autres choses, d'améliorer les mécanismes de gestion du processus de planification ; de faciliter et d'améliorer la communication entre les divers membres grâce à un forum de discussion en ligne ; d'élargir la composition du comité pour y inclure des représentants d'autres institutions stratégiques ; de renforcer et d'élargir les systèmes de surveillance de la grippe animale et humaine ; d'augmenter la capacité de production de vaccins ; de chercher à mieux connaître les modes de circulation des virus dans les régions tropicales du pays ; et d'étudier les scénarios d'épidémie.

L'Institut Butantã vise à devenir autosuffisant dans un avenir proche pour ce qui est de la fabrication du vaccin antigrippal saisonnier mais, s'il est déjà capable de doubler sa capacité de production pour atteindre 40 millions de doses en cas d'urgence, il ne dispose pas de la technologie voulue pour produire un vaccin contre la grippe pandémique, sujet de préoccupation important pour le Gouvernement brésilien, tout comme l'est la pénurie mondiale d'antiviraux.

Le Dr PARK Ki-dong (République de Corée) dit que la préparation à une pandémie de grippe constitue une priorité sanitaire dans son pays. Celui-ci a formulé des plans d'action, commencé à stocker les antiviraux, entrepris un projet à moyen terme pour accroître sa capacité de production de vaccin et procédé à des exercices de simulation. On y a créé un comité permanent de représentants des institutions publiques et universitaires afin de renforcer la coopération entre les chercheurs dans le domaine de la santé humaine et animale, et le Gouvernement encourage les efforts de recherche conjoints afin d'intensifier la collaboration interdisciplinaire. La collaboration internationale est également renforcée.

Bien que l'OMS l'ait rapidement maîtrisé, l'incident récent au cours duquel s'est propagé le virus A/H2N2 a suscité de vives inquiétudes, rappelant qu'une nouvelle infection grippale pouvait être contractée à la suite d'une recombinaison génétique dans un laboratoire ou à partir de flambées de grippe dans les élevages. Il est indispensable que les Etats Membres reconnaissent la nécessité de

disposer d'une sûreté biologique accrue dans leurs activités de préparation et d'action et, partant, de mettre en oeuvre les mesures voulues. Le Dr Park Ki-dong demande instamment à l'OMS d'analyser la situation générale concernant la sûreté biologique et d'en traduire les résultats dans le plan mondial ; il appuie vigoureusement les deux projets de résolutions.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que, bien qu'il appuie les deux projets de résolutions, il propose d'insérer au paragraphe 1.5) du projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, le membre de phrase « aux bureaux régionaux de l'OMS, à la FAO, à l'Office international des Epizooties et aux pays voisins » entre les mots « transparence » et « les flambées » de façon à faire en sorte que la notification soit correcte et profitable aux autres pays. Il exprime également son soutien à l'amendement proposé concernant les médias.

Le Dr CHEN Xianyi (Chine) dit que l'analyse des menaces de pandémie de grippe et les propositions concernant l'adoption de mesures efficaces de préparation ont été extrêmement utiles pour mettre en place en Chine le plan national de préparation à la grippe pandémique et un réseau d'information sur la grippe aviaire. La Chine a amélioré sa technologie, ses stocks de produits et ses moyens d'analyse, procède à des recherches sur un vaccin anti-H5 et a pris des mesures pour instaurer des mécanismes intersectoriels de prévention et de lutte. Par ailleurs, dans le domaine de la surveillance des maladies et du recueil des souches virales, la coopération a été fructueuse avec l'OMS.

Pour garantir un niveau de préparation suffisant, une action mondiale s'impose. Il faut renforcer la coopération entre les pays et accroître le rôle de coordination et de direction technique de l'OMS pour permettre un échange d'informations plus rapide. Des réserves suffisantes de vaccins et d'antiviraux doivent également être disponibles. Cependant, la production de vaccins est principalement concentrée dans les pays développés, tandis que la capacité de production des pays en développement, eux-mêmes beaucoup plus exposés aux flambées de grippe aviaire, est insuffisante. Des mesures s'imposent donc pour veiller à ce que les pays disposent de stocks de vaccins suffisants lorsqu'ils en ont besoin. Les antiviraux constituent un moyen efficace de traiter et d'endiguer la grippe due au virus grippal A, mais leur coût élevé empêche certains pays en développement de s'en procurer. L'OMS pourrait, dans le cadre d'une stratégie à long terme, envisager de créer un réseau international de recherche, sans but lucratif, dans l'intérêt de tous les Etats Membres. Elle devrait par ailleurs soutenir les pays disposant des capacités de fabrication requises afin qu'ils puissent améliorer leurs techniques de fabrication et la qualité des vaccins, en sorte que des vaccins de qualité à des prix abordables puissent être produits rapidement le moment venu.

Il soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16.

M. LÉON GONZÁLEZ (Cuba) se dit favorable au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. La vaccination annuelle des populations à risque constitue l'un des moyens les plus efficaces de prévenir une pandémie de grippe. Cependant, le coût élevé des vaccins fait qu'il est de plus en plus difficile pour les pays en développement de prévenir les épidémies, et Cuba encourage vivement le Secrétariat à étudier des solutions pour rendre ces vaccins plus abordables.

Le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire doit être amélioré. Son libellé manque parfois de clarté. On n'y met pas suffisamment l'accent sur le renforcement de la coopération entre les Etats Membres et l'OMS nécessaire pour développer les moyens technologiques et techniques requis si l'on veut accroître la sécurité biologique dans les laboratoires. En outre, il est fait référence à la sécurité biologique en laboratoire et au confinement des agents et des toxines microbiologiques comme s'il s'agissait de deux notions différentes, alors que le terme même de « sécurité biologique » couvre toutes les activités de confinement des agents et des toxines microbiologiques. M. Léon González a plusieurs amendements à proposer et les soumettra par écrit.

M. SHEIKH (Pakistan) soutient le projet de résolution figurant dans la résolution EB115.R16. Les pertes probablement très importantes en vies humaines et les conséquences économiques graves



qu'engendrerait une pandémie de grippe signifient qu'il faut prendre immédiatement des mesures pour se préparer à cette pandémie. Il partage la préoccupation des orateurs précédents concernant la disponibilité et l'accessibilité insuffisantes des vaccins et antiviraux.

Il partage également les préoccupations relatives au projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, en particulier celles du délégué de Cuba. Il propose plus précisément de remplacer dans le paragraphe 2.1) « assume clairement son rôle directeur » par « joue un rôle important, conformément à son mandat, en vue de ... » et d'ajouter « grâce à un processus intergouvernemental » à la fin du paragraphe 2.3).

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique), reconnaissant la menace grandissante et l'imminence d'une pandémie de grippe, indique que le virus H5N1 évolue en Asie ; sa létalité pour un large éventail de mammifères et d'oiseaux semble avoir considérablement augmenté. L'éventualité d'une pandémie imminente et l'ampleur de ses répercussions sanitaires, économiques et sociales en font pour la communauté internationale une priorité élevée à laquelle il faut faire face sur-le-champ. Des plans nationaux de préparation et d'action doivent être établis et mis en oeuvre longtemps à l'avance et un effort collectif mondial est indispensable. Son pays a alloué des ressources importantes pour garantir une préparation maximum contre une pandémie de grippe. Il a coopéré avec l'OMS pour détacher des experts du Department of Health and Human Services dans les bureaux de l'OMS de Manille et du Siège, et prévoit d'envoyer du personnel au Viet Nam prochainement. Il dirige également les recherches visant à mettre au point un vaccin sûr et efficace contre la souche H5N1 du virus grippal et à accroître la disponibilité en antiviraux efficaces contre cette souche particulière. Ces recherches doivent se faire dans le respect des droits de propriété intellectuelle et des normes réglementaires nationales rigoureuses. La mise au point d'un vaccin se poursuit par le biais de stratégies à court et à long terme, nécessitant la coopération de partenaires publics et privés.

M. Abdoo se félicite des efforts consentis par l'OMS au Siège et dans les Régions pour aider les pays à accroître les moyens de surveillance et de laboratoire et insister sur la nécessité de la transparence et d'une notification exacte des cas.

Depuis l'adoption de la résolution EB115.R16 par le Conseil, les Etats Membres ont proposé certains amendements. Tout d'abord, l'alinéa du préambule commençant par « Notant avec inquiétude que les organisations en charge de ... » devrait être remplacé par « Soulignant qu'il est nécessaire de renforcer la collaboration sur la grippe humaine et la grippe zoonotique avec les organisations en charge de la santé humaine et animale aux niveaux local, national et international ». Deuxièmement, dans l'alinéa du préambule commençant par « Reconnaissant qu'il est nécessaire ... », le mot « interventions » devrait être remplacé par « coopération ». Enfin, il est proposé que le paragraphe 2.7) soit amendé comme suit : « de continuer à renforcer les plans et la capacité d'action de l'OMS en cas de pandémie de grippe, d'être en mesure de faire bénéficier les pays en développement d'un soutien technique, d'activités de renforcement des capacités et de transferts de technologie concernant les vaccins et les moyens de diagnostic dirigés contre le virus grippal H5N1, et de veiller à ce que les Etats Membres soient clairement informés ».

Il appuie totalement le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire et demande que son pays soit inclus dans la liste des coauteurs.

Le Dr STRAUSS (Autriche) dit qu'une pandémie de grippe constituerait une menace sanitaire majeure aux répercussions importantes sur les systèmes et infrastructures de soins de santé publique. Le Ministère autrichien de la Santé a élaboré un plan national de lutte contre la pandémie de grippe fixant les principes de l'action du système de soins de santé à tous les échelons administratifs. Les mandats des différents ministères ont été clairement définis par des groupes de travail s'occupant de la gestion des crises et catastrophes nationales.

Elle soutient pleinement le projet de résolution figurant dans la résolution EB115.R16 qui couvre l'ensemble des activités nécessaires pour combattre une pandémie de grippe. La détection et le confinement précoce sont essentiels pour réduire les effets d'une pandémie, et la conservation par l'OMS d'un stock d'antiviraux à utiliser immédiatement dans les situations d'urgence constitue une initiative importante.

Le Dr DAYRIT (Philippines) accueille avec satisfaction les efforts déployés par les pays touchés pour combattre et éradiquer l'infection par le virus grippal H5N1 et remercie l'OMS pour son rôle directeur. Le Gouvernement a intensifié ses mesures de préparation visant à empêcher que le virus ne pénètre dans le pays ou à en atténuer les effets si cela devait se produire. Les efforts concertés des départements de l'agriculture et de la santé et du secteur privé, en particulier de l'industrie avicole, ont abouti à l'élaboration d'un plan national de préparation complet, dans lequel le pays a été subdivisé en huit zones où des mesures systématiques et bien conçues de confinement pourraient être appliquées et l'information rapidement diffusée – l'expérience de la flambée de SRAS a montré que la panique peut avoir des effets dévastateurs sur l'économie et le tourisme national et international.

Il approuve les remarques du délégué de l'Australie concernant la nécessité de mieux sensibiliser le public au risque d'infection et de prendre des mesures pour prévenir les infections contractées en laboratoire. Il soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16 mais, afin d'illustrer la mission d'information des médias pour sensibiliser le public à la menace que constitue le virus H5N1 et aux actions appropriées à mener, il propose d'ajouter « à tirer efficacement parti des médias et d'autres moyens de communication appropriés » après « pandémie de grippe et » dans le paragraphe 1.6).

Le Dr FERNÁNDEZ GALEANO (Uruguay), ayant exprimé son soutien au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, dit que, depuis les années 80, le centre national de référence pour la grippe de l'Uruguay étudie la circulation des souches de virus grippal à l'aide d'échantillons prélevés dans des centres de santé publics et privés dans tout le pays. Les premiers résultats concernant le type et le sous-type viral circulant dans la population ont été confirmés par les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique. Cette surveillance a été utile aux travaux entrepris par les pays de l'hémisphère Sud pour mettre au point des vaccins. La vaste expérience ainsi acquise et la mise à jour continue des techniques et des ressources humaines ont préparé le centre national de référence pour la grippe à faire face à une éventuelle pandémie. A l'avenir, les activités comprendront une étude sur les malades âgés hospitalisés, groupe particulièrement vulnérable à la grippe ; la participation du comité national de préparation à une pandémie de grippe ; une surveillance continue tout au long de l'année dans l'ensemble du pays ; l'élaboration de protocoles pour le sous-typage moléculaire de la neuraminidase dans les souches circulantes ; et la promotion du contrôle de la qualité externe.

Le Dr PIRA (Guatemala) dit que des maladies virulentes comme le SRAS et la grippe aviaire trouvent un terrain fécond dans des pays comme le Guatemala, où les conditions de surpopulation et la couverture incomplète des services de santé pourraient entraîner une transmission incontrôlable de virus, tels que celui de la grippe, en l'absence de mesures de prévention. Le Guatemala a amélioré sa capacité à détecter les urgences épidémiques et à y faire face, mais il est impossible de prévoir des pandémies. Avec l'épidémie de SRAS, le Guatemala a pu observer les limites des moyens existants pour prévenir une propagation internationale des maladies, mais il a pris des mesures pour renforcer son infrastructure et développer sa capacité institutionnelle à faire face aux situations d'urgence, grâce à un système de vigilance épidémiologique et au renforcement du service de gestion des risques du Ministère de la Santé publique. Les urgences de santé publique internationale exigent une riposte mondiale. Le réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie permet une riposte technique internationale multidisciplinaire à ces flambées et est le seul réseau mondial qui donne aux pays rapidement accès aux experts et aux ressources opérationnelles nécessaires, qui les aide à mettre en place les mesures de lutte, qui fournit rapidement un appui technique aux populations touchées, qui étudie les incidents et contribue à l'évaluation du risque. Ce réseau doit avoir une couverture véritablement mondiale, par-delà les différences politiques ou autres, de façon que tous puissent en bénéficier.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) souligne l'importance de la préparation en vue d'une éventuelle flambée de grippe pandémique. Une coordination mondiale solide est indispensable, aussi bien avant que pendant une pandémie, et l'OMS doit y jouer un rôle prépondérant. La préparation doit

inclure le recours à des instruments d'évaluation du risque tels que la surveillance de la grippe et l'élaboration de plans de préparation multisectoriels, les crises récentes survenues aux Pays-Bas ayant souligné l'importance de la coopération avec d'autres structures nationales de secours d'urgence. La préparation doit également comporter l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de communication en matière de risque, l'acquisition d'antiviraux et des plans pour leur distribution, ainsi qu'une capacité de production de vaccin assurée. Il soutient pleinement le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) se félicite de la qualité du rapport. Le problème de la grippe souligne la nécessité d'une mise en oeuvre rapide du Règlement sanitaire international (2005). Il exprime sa satisfaction devant la rapidité d'action du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est et se félicite du travail accompli par le Bureau sur les mécanismes visant à coordonner l'action des parties prenantes dans la Région et ailleurs. Il approuve le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire et celui contenu dans la résolution EB115.R16. Il demande lui aussi instamment à l'OMS d'accroître les allocations aux Régions et aux pays pour combattre pareils événements et renforcer la capacité technique régionale.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que la menace reconnue d'une pandémie de grippe est un défi important pour l'OMS et chaque pays. La séance d'information technique qui a eu lieu récemment sur l'état de préparation nécessaire a été très utile. Le Royaume-Uni a publié dernièrement un plan national d'intervention en cas d'urgence qui est constamment réexaminé ; on explore les possibilités d'accélérer la production de vaccins en consultation avec les fabricants. Le Royaume-Uni compte sur l'OMS pour élaborer des plans d'intervention d'urgence appropriés, qui pourraient comprendre la réaffectation de ressources à bref délai pour assurer une riposte forte et cohérente. Il approuve le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, ainsi que le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, qui aborde un aspect essentiel pour compléter toute action de lutte contre une pandémie de grippe.

Le Dr GARCÍA (République bolivarienne du Venezuela) appuie le projet de résolution sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action. La panique déclenchée dans son pays lors de la flambée de SRAS souligne à la fois l'aspect social et l'aspect sanitaire de tels événements. De ce fait, toute solution doit donc être multidisciplinaire. Le Gouvernement a donc mis en place un comité multidisciplinaire, intersectoriel, chargé d'établir un plan national de préparation et d'action. Il a également renforcé son réseau institutionnel, en augmentant largement le nombre de médecins afin d'améliorer la surveillance épidémiologique des infections respiratoires aiguës et a affecté des ressources financières en vue de fournir des vaccins aux groupes à haut risque en 2005-2006. Le Dr García lance un appel en faveur d'une plus grande disponibilité des vaccins dans le monde afin de lutter rapidement contre les flambées.

Le Venezuela réserve un accueil particulièrement favorable au projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire étant donné que le nombre d'unités de laboratoire a été augmenté dans le pays de façon à décentraliser les services de diagnostic et que l'on a besoin de programmes de surveillance renforcés pour assurer la sécurité biologique, les bonnes pratiques de laboratoire et le contrôle de la qualité.

M. GRBEŠA (Croatie) dit que la Croatie possède un laboratoire de dépistage et d'identification du virus grippal qui joue également le rôle de centre national de la grippe et de correspondant national du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe (FluNet), échangeant activement des données sur les virus non identifiés isolés. Quelque 12 % de la population sont vaccinés contre la grippe chaque année. Pour se préparer à une éventuelle pandémie, un plan national a été mis en place comprenant l'achat de vaccins, le renforcement du système de santé et un réseau d'alerte précoce. Le réseau d'épidémiologie national, en service depuis plus de 80 ans, est capable de détecter et de notifier toutes

les flambées à un stade précoce. La Croatie soutient le projet de résolution sur la préparation à la pandémie de grippe.

Le Dr NAVARRO MARÍN (El Salvador), après avoir exprimé son soutien au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, partage les observations faites par le délégué du Guatemala. El Salvador a tenu compte de la résolution WHA56.19 qui recommande notamment d'accroître la vaccination antigrippale. En 2004 et 2005, des campagnes de vaccination ont été organisées pour les personnes de 60 à 65 ans, les nourrissons de 6 à 23 mois et les agents de santé directement en contact avec des malades. Ces campagnes ont été couronnées de succès et acceptées par la population, la couverture dépassant 98 %, grâce à une grande campagne publicitaire financée par l'Institut national de la Sécurité sociale. Le Ministère de la Santé a maintenu la surveillance en laboratoire des virus circulant dans le pays au cours des trois dernières années, lesquels ont été confirmés par les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique. Une loi sur le point d'être adoptée permettra de disposer en permanence de fonds pour l'achat de vaccins. Le programme élargi de vaccination et le service national d'épidémiologie sont en train d'établir un plan d'action comportant le détail des interventions et la répartition des responsabilités en cas de pandémie. Parmi les problèmes rencontrés par les pays pauvres, il y a le coût et l'approvisionnement en vaccins et médicaments contre la grippe et la capacité de riposte limitée de ces pays.

Mme DE HOZ (Argentine) soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. Concernant le projet de résolution sur le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, elle constate que l'introduction de contrôles efficaces en matière de sécurité biologique ainsi que de codes de pratique pour la gestion des risques liés aux agents microbiologiques dans les laboratoires et l'harmonisation de ces contrôles et codes au niveau international seront traitées en 2005 au cours de la réunion des Etats Parties à la Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction. Il n'y a pas eu suffisamment de temps consacré à l'examen du projet de résolution. Néanmoins, elle propose qu'un nouveau paragraphe soit introduit après le paragraphe 1.3), libellé comme suit : « à élaborer un système d'information ou un registre permettant d'identifier les agents et les toxines microbiologiques hautement virulents manipulés par des laboratoires du secteur public, d'universités, de centres de recherche ou du secteur privé ». Elle propose également d'ajouter un nouveau paragraphe après le paragraphe 1.6), qui se lirait comme suit : « à élaborer des programmes d'intervention en cas de dissémination accidentelle d'agents et de toxines microbiologiques afin d'en réduire au maximum les effets et d'endiguer leur propagation ».

Le Dr OMI (Directeur régional, Région du Pacifique occidental) dit que les dernières caractéristiques épidémiologiques sur l'infection à virus H5N1 font apparaître des modifications importantes, qui ont été décelées dans le nord du Viet Nam depuis janvier : des symptômes cliniques plus bénins et un taux de létalité plus faible ; un nombre accru de groupes de cas ; le dépistage de cas asymptomatiques chez les contacts proches ; et l'appartenance des cas à une classe d'âge plus étendue. On redouble d'efforts pour obtenir davantage d'information, mais on ne peut exclure que le virus H5N1 soit devenu légèrement plus infectieux qu'auparavant. Les participants à une consultation d'urgence organisée par l'OMS les 6 et 7 mai à Manille sur le risque de pandémie ont conclu que, selon des données récentes, ce virus représente une menace de pandémie constante et potentiellement croissante.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) fait observer que le monde vit en sursis en attendant une éventuelle pandémie de grippe, bien que, comme l'ont mentionné certains orateurs, il soit difficile de prévoir l'évolution d'une situation comportant autant de facteurs inconnus. L'OMS accueille avec satisfaction le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16, car il couvre tous les domaines nécessitant l'action des Etats Membres et du Secrétariat. Il est notamment satisfait de l'importance accordée aux médias, à la nécessité d'encourager la coopération entre les Etats

Membres et de renforcer la coopération technologique et le transfert de technologie, ainsi qu'à la question essentielle de l'accès équitable à des vaccins, des antiviraux et autres fournitures essentielles à un prix abordable.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) donne lecture des amendements proposés au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R16. La Grèce propose un huitième alinéa au préambule, libellé comme suit : « Notant qu'il est important de renforcer les liens et la coopération avec les médias ; ». Les Etats-Unis d'Amérique proposent d'ajouter un neuvième alinéa au préambule, ainsi libellé : « Soulignant qu'il est nécessaire de renforcer la collaboration sur la grippe humaine et la grippe zoonotique avec les organisations en charge de la santé humaine et animale aux niveaux local, national et international ; », et de remplacer au onzième alinéa du préambule les mots « des interventions » par « une coopération ». Au paragraphe 1.5), le Koweït propose d'insérer après le mot « transparence » le membre de phrase « aux bureaux régionaux de l'OMS, à la FAO, à l'Office international des Epizooties et aux pays voisins, ». Dans le paragraphe 1.6) du dispositif, les Philippines proposent d'insérer le membre de phrase « à tirer efficacement parti des médias et d'autres moyens de communication appropriés, » après « pandémie de grippe et ». Dans le paragraphe 2.7), les Etats-Unis d'Amérique proposent d'insérer après « pandémie de grippe et » le membre de phrase « d'être en mesure de faire bénéficier les pays en développement d'un soutien technique, d'activités de renforcement des capacités et de transferts de technologie concernant les vaccins et les moyens de diagnostic dirigés contre le virus grippal H5N1, et de veiller à ... ».

### **Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

S'agissant du projet de résolution intitulé « Renforcement de la sécurité biologique en laboratoire », le PRESIDENT note que plusieurs amendements ont été proposés et suggère que le Secrétariat prépare et distribue une version révisée pour que la Commission l'examine à une séance ultérieure.

### **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la treizième séance, p. 252.)

**La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale :** Point 13.10 de l'ordre du jour (résolution EB115.R6 ; document A58/14)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif) déclare que, lors de sa cent quinzième session, le Conseil a examiné la charge que représente pour la santé publique mondiale la résistance aux antimicrobiens due en grande partie à un usage inapproprié de ces derniers. Cet usage a été examiné dans le contexte plus large de l'usage irrationnel des médicaments, qui est la cause d'une morbidité et d'une mortalité élevées et d'un gaspillage des ressources et qui conduit à une résistance accrue aux antimicrobiens. Les membres du Conseil ont été satisfaits du rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients,<sup>2</sup> dans lequel on constate qu'en dépit de la publication d'une stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens et de deux résolutions antérieures de l'Assemblée de la Santé sur la question, seules des mesures limitées ont été prises pour endiguer cette résistance. Le Conseil, conscient de la nécessité de renforcer d'urgence les efforts visant à favoriser un usage plus rationnel des médicaments et à endiguer la résistance aux antimicrobiens, a

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le quatrième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.5.

<sup>2</sup> Document EB115/40.

adopté la résolution EB115.R6, qui recommande l'adoption d'un projet de résolution par l'Assemblée de la Santé.

Le Dr DE URIOSTE BLANCO (Bolivie) soutient le projet de résolution, mais estime qu'il devrait mettre l'accent sur l'usage rationnel des médicaments. Elle propose donc d'amender le titre comme suit : « La résistance aux antimicrobiens dans le contexte de l'usage rationnel des médicaments ». Elle propose également que le deuxième alinéa du préambule commence par : « Reconnaissant que l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens et l'usage rationnel de ces derniers sont un préalable à la ... ». Par ailleurs, le quatrième alinéa du préambule devrait concerner un éventail plus large de rapports et commencer ainsi : « Rappelant aussi les conclusions des rapports pertinents de l'OMS, notamment ... ». A la fin du sixième alinéa du préambule, il conviendrait de se référer à la résolution WHA57.14 sur le développement du traitement et des soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA, qui est étroitement liée aux problèmes de la pharmacorésistance et de l'usage rationnel des médicaments. Dans le septième alinéa et les alinéas suivants, toute mention d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens devrait être accompagnée d'une référence à la lutte contre l'usage irrationnel des médicaments dans le cadre de stratégies visant à en promouvoir l'usage rationnel et à endiguer la résistance aux antimicrobiens.

Mme IMAI (Japon) dit que le Japon reconnaît qu'il appartient à la communauté internationale de faire face au problème de l'émergence de la résistance aux antimicrobiens, car cette dernière pourrait bien s'étendre au-delà des frontières nationales. Il faudrait que l'OMS continue à assurer la direction des initiatives visant à lutter contre ce problème, en s'appuyant sur ses 30 ans d'expérience de la promotion de l'usage rationnel des médicaments. Le Japon a pris des mesures exhaustives pour endiguer la résistance aux antimicrobiens ; il a notamment réalisé des enquêtes sur l'usage des antibiotiques après leur mise sur le marché, sur la surveillance des infections provoquées par les bactéries pharmacorésistantes et sur la prévention des infections nosocomiales. Elle soutient le projet de résolution, car il permettrait de renforcer les mesures de lutte contre la pharmacorésistance dans les Etats Membres.

Le Dr WINT (Jamaïque), parlant au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, se félicite de l'importance accordée au problème plus vaste de l'usage rationnel des médicaments. Etant donné la capacité limitée de fabriquer des médicaments dans les Caraïbes, la plupart des pays de la région doivent utiliser les rares devises étrangères dont ils disposent pour importer des médicaments et ne peuvent donc pas se permettre de les gaspiller par un recours inutile ou excessif. On est en train de mettre en oeuvre certaines des interventions recommandées, par exemple l'établissement de formulaires nationaux, la création de comités pharmaceutiques et thérapeutiques à tous les échelons du système de santé et de programmes visant à accroître l'accès aux médicaments, ainsi que l'élaboration d'une législation sur les médicaments génériques. Une assistance technique s'impose pour développer les capacités en vue de formuler des politiques et stratégies détaillées et définir les modalités qui permettraient d'influer sur les habitudes de prescription et de promouvoir la participation de la société civile à l'usage rationnel des médicaments dans les foyers. Dans les Caraïbes, la capacité de laboratoires de microbiologie nécessaires pour surveiller la résistance est manifestement insuffisant. Il est par conséquent recommandé que le paragraphe 2.2) du projet de résolution soit amendé pour ajouter « notamment la capacité de laboratoire nécessaire » après « Etats Membres qui en font la demande, ».

M. ADAMCZEWSKI (Pologne) dit que l'ensemble des pays devraient nommer des équipes intersectorielles chargées d'évaluer la pharmacorésistance et l'utilisation des antibiotiques et de prendre des mesures pour maintenir l'efficacité de ces derniers. La pharmacorésistance a diverses causes, notamment le recours excessif aux antibactériens dans les systèmes de soins de santé et la surutilisation des antimicrobiens dans l'élevage et les traitements vétérinaires. La Pologne surveille la pharmacorésistance et l'utilisation des antibiotiques depuis 1997. En 2000, elle a créé un programme

national et, en 2004, lancé un nouveau programme national pour dresser l'état des lieux de l'utilisation des antibiotiques et prendre des mesures correctives. Comme aucun nouvel antimicrobien n'a été mis au point depuis les années 80, la résistance constitue un problème croissant pour les responsables de l'élaboration des politiques, et la Pologne attend de l'OMS qu'elle fournisse un appui dans ce domaine.

Le Dr GULLY (Canada) indique que le Canada est conscient des conséquences de l'utilisation des antimicrobiens chez l'homme, chez l'animal et dans l'aquaculture. Il prend des mesures, en suivant par exemple l'évolution du degré de résistance et de l'utilisation des antimicrobiens de façon à pouvoir agir de manière appropriée pour endiguer la propagation des bactéries et des virus résistants, y compris en préconisant l'usage rationnel des médicaments. Le Canada soutient le travail et les recommandations de l'OMS et encourage le Secrétariat à créer un forum d'échange international et de développement d'initiatives communes ; à affecter davantage de ses ressources humaines et financières pour assurer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens et la promotion de l'usage rationnel des médicaments ; à collaborer avec les Etats Membres pour définir des solutions d'ensemble nationales cohérentes et intégrées en vue de mettre en oeuvre la stratégie mondiale de l'OMS visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ; et à surveiller régulièrement les ventes d'antimicrobiens et le degré de résistance des bactéries et des virus dans tous les secteurs des systèmes de soins de santé.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) rappelle que l'OMS a défini la résistance aux antibactériens comme un problème de première importance dans son rapport sur les médicaments prioritaires pour l'Europe et le monde.<sup>1</sup> La surveillance de la résistance, la prévention des maladies transmissibles et la coopération internationale sont importantes pour faire face à cette menace que constitue la résistance aux antimicrobiens, mais l'intervenant insiste aussi sur la nécessité de la recherche et du développement des produits, ainsi que le recommande le rapport, lequel souligne l'importance des incitations économiques et autres. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr MOETI (Botswana) dit que le fait de promouvoir l'usage rationnel des médicaments constitue une priorité du Ministère de la Santé de son pays depuis près de deux décennies. De mauvaises pratiques de prescription ont encouragé un usage inapproprié des médicaments, entraîné des coûts plus élevés et rendu le traitement des affections courantes plus complexe. Pour pouvoir mettre en oeuvre les résolutions antérieures relatives à l'usage rationnel des médicaments, le Botswana a créé une commission nationale permanente sur les médicaments, chargée de coordonner la politique thérapeutique nationale et d'orienter les pratiques de prescription en fonction d'une liste de médicaments essentiels et de recommandations de traitement communes, afin d'harmoniser les pratiques des secteurs public et privé concernant le traitement des maladies importantes en santé publique. Des politiques relatives aux antibiotiques ont également été définies pour les différents niveaux de la chaîne d'orientation-recours, et des enquêtes annuelles sur leur utilisation ont été menées dans les laboratoires médicaux de référence pour aider les cliniciens à choisir les médicaments en fonction des caractéristiques de la sensibilité locale. La mise en oeuvre efficace de ces initiatives à l'échelon des centres de santé a toutefois été rendue plus difficile du fait des ressources humaines très limitées et des diverses priorités antagoniques, ce qui a provoqué une augmentation des coûts et de la pharmacorésistance. Il appuie le projet de résolution. Le Botswana espère que l'OMS continuera à soutenir ses efforts pour mettre en oeuvre la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens.

Le Dr HAMOUIYI (Maroc) soutient le projet de résolution. Le fait de rationaliser l'usage des médicaments permettrait non seulement de diminuer la résistance, mais aussi d'améliorer l'accès à ces derniers et d'augmenter leur disponibilité. Il est donc impératif de mettre en oeuvre les

---

<sup>1</sup> Document WHO/EDM/PAR/2004.7.

recommandations de l'OMS relatives à l'adaptation aux situations locales, y compris la formation des médecins, pharmaciens et personnels de santé pour les sensibiliser à la nécessité de rationaliser la prescription et l'usage des antimicrobiens. La communication s'impose pour informer le grand public des risques individuels et collectifs liés à l'automédication par des antimicrobiens et de l'importance qu'il y a à observer jusqu'au bout les schémas thérapeutiques prescrits. Il faudrait associer les organismes d'assurance-maladie afin d'éviter que les médecins ne prescrivent plusieurs médicaments dans les cas où un seul suffirait. Il faudrait également disposer de protocoles de traitement convenus au plan national.

Le Dr OPIO (Ouganda) fait savoir que son Gouvernement a pris des mesures pour faire face à la résistance aux antimicrobiens, notamment par la promotion de l'usage rationnel des médicaments avec le concours des professionnels de la santé et de leurs associations et services de conseil spécialisés, qui ont un rôle important à jouer pour sensibiliser leurs pairs au problème ; le renforcement de l'autorité nationale de réglementation pharmaceutique ; l'adoption de mesures d'assurance de la qualité par l'intermédiaire du Bureau des Normes de l'Ouganda ; et l'introduction de mesures afin de garantir un approvisionnement suffisant en médicaments, dans la mesure où les pénuries favorisent parfois un usage irrationnel. L'intervenant accueille avec satisfaction le projet de résolution et lance un appel en faveur d'une intensification de la collaboration et du soutien aux niveaux régional et international.

Le Professeur CARS (Suède), parlant au nom des cinq pays nordiques, se félicite du projet de résolution qui arrive au bon moment et est indispensable pour soutenir d'autres initiatives de santé internationale, notamment la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Comme l'a souligné le *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé*,<sup>1</sup> la majeure partie de la charge de morbidité et de la mortalité du monde en développement pourrait être évitée au moyen d'interventions de santé existantes, y compris l'utilisation des médicaments. La persistance de cette charge est due aux insuffisances des systèmes de santé : outre les problèmes d'accès, la qualité des services, notamment l'usage irrationnel des médicaments, pose un sérieux problème. Le recours aux antimicrobiens doit par conséquent être considéré dans le contexte général du développement des systèmes de santé, y compris de fonctions telles que la gestion, les ressources humaines, le financement et la prestation de services équitables, efficaces et performants. Les pays nordiques estiment que l'usage rationnel des antimicrobiens pourrait largement profiter au développement de systèmes de santé durables en général, dont il est une composante essentielle.

Partout dans le monde, les expériences ont montré qu'il était possible de mener des interventions avec succès, mais qu'une action de santé publique concertée et vigoureuse face au problème de la résistance aux antimicrobiens ne s'était pas encore concrétisée. Il faut considérer l'endigement de la résistance aux antimicrobiens comme un bien public mondial en faveur de la santé et accorder davantage d'attention et de ressources à cette question. Les pays nordiques demandent instamment que le projet de résolution soit adopté, le considérant comme nécessaire pour oeuvrer conjointement en faveur de la prévention et de l'endigement des maladies infectieuses en général.

Mme DEL VALLE MATA LEÓN (République bolivarienne du Venezuela) propose qu'au paragraphe 1 du projet de résolution les Etats Membres soient instamment invités : a) à surveiller et à contrôler l'usage non humain des antibiotiques, en particulier la quantité et le groupe thérapeutique des antibiotiques utilisés pour accélérer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine ; b) à allouer des ressources financières exclusivement destinées à endiguer la résistance aux antimicrobiens ; et c) à allouer des ressources humaines et financières au renforcement des laboratoires régionaux de bactériologie. Ces amendements viennent compléter ceux proposés par le délégué de la

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé : renforcement des systèmes de santé*. Genève, 2004 (sommaire et résumé d'orientation seulement).



Jamaïque et présentent d'autant plus d'intérêt qu'il serait impossible d'atteindre les cibles fixées sans disposer des fonds ou du personnel suffisants.

Elle propose qu'au paragraphe 2 il soit demandé au Directeur général de promouvoir l'usage approprié des antimicrobiens dans divers secteurs touchant à l'environnement humain ; elle juge particulièrement inquiétante la pratique, considérée comme dangereuse depuis les années 70, qui consiste à utiliser les antibiotiques pour activer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) dit que la croissance alarmante de la résistance des germes pathogènes aux antimicrobiens doit être combattue à tous les échelons du système de soins de santé. Il n'existe pas de critères permettant de mesurer l'observance de l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les malades, aussi convient-il d'en fixer qui soient spécifiques pour chaque maladie et qui reposent sur des données factuelles. Si l'on ne fait aucun effort pour endiguer et combattre la résistance aux antimicrobiens, il est peu probable que des progrès puissent être faits contre les maladies ciblées dans les objectifs de développement convenus sur le plan international.

L'OMS doit se concentrer sur des méthodes mesurables, durables et pratiques permettant d'accroître l'usage rationnel des médicaments, tout en mettant en place des systèmes de santé plus solides et plus efficaces : des systèmes de santé qui fonctionnent bien sont une condition préalable à cet usage rationnel. Le fait d'aider les Etats Membres à mettre en place des critères de formation appropriés pour les pharmaciens présenterait donc un grand intérêt sur le plan pratique. Il faut impérativement disposer de systèmes de santé efficaces pour veiller à ce que des médicaments de qualité soient employés de façon à tirer le meilleur parti possible de leur effet thérapeutique tout en réduisant au minimum le potentiel de pharmacorésistance, surtout lorsqu'il s'agit de maladies comme le paludisme, la tuberculose et le SIDA. Les améliorations apportées au fonctionnement des systèmes de santé doivent soutenir le rythme de l'accroissement du pouvoir d'achat découlant des subventions provenant du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et d'autres sources. Le Secrétariat et les Etats Membres doivent ensemble veiller à ce que les antirétroviraux soient utilisés de manière appropriée pour empêcher que le VIH ne devienne résistant. Le nombre croissant de germes pathogènes résistant aux antimicrobiens souligne la nécessité de mieux surveiller ces derniers. L'OMS occupe la meilleure position pour coordonner les efforts régionaux et internationaux visant à accroître l'efficacité de cette surveillance.

Mme Valdez soutient le projet de résolution dans son libellé actuel.

Le Dr CICOGLA (Italie) relève que les conséquences de l'usage inapproprié des antimicrobiens constituent un problème extrêmement préoccupant pour l'ensemble des pays et demande qu'il lui soit apporté une réponse de santé publique énergique. Bien qu'il accueille avec satisfaction le projet de résolution, il estime que l'on n'insiste pas assez sur le rôle des autorités sanitaires et des organismes de réglementation pharmaceutique en ce qui concerne la diffusion plus large d'informations sur les médicaments, notamment les antimicrobiens, pour endiguer la résistance. Il demande qu'on lui confirme que son point de vue sera pris en compte.

Le Dr REN Minghui (Chine) déclare que la résistance aux antimicrobiens constitue un problème de plus en plus grave. Il soutient le projet de résolution mais propose un nouveau titre : « Endiguement de la résistance aux antimicrobiens ». Dans le paragraphe 2.3), il propose de remplacer le mot « aider » par « collaborer avec », et de supprimer plus loin « à intensifier leurs efforts ». Il faudrait accorder davantage d'attention aux méthodes de contrôle de l'utilisation des antimicrobiens dans les élevages et éviter qu'on administre les mêmes produits à l'homme et aux animaux. Par ailleurs, des mécanismes sont nécessaires pour établir un roulement dans l'utilisation des antimicrobiens en fonction de l'état de la pharmacorésistance. Il faudrait également mentionner l'instauration d'un système de stockage de diverses variétés d'antimicrobiens.

Le Dr YOT TEERAWATTANANON (Thaïlande), conscient que la résistance aux antimicrobiens pourrait générer des coûts de soins de santé importants mais évitables et provoquer des pertes en vie humaine, soutient le projet de résolution, tout en proposant certains amendements. Il faudrait insérer un nouveau paragraphe 1.2) libellé comme suit : « à accroître l'usage approprié des antimicrobiens, notamment en élaborant et en mettant en oeuvre des lignes directrices nationales applicables aux pratiques normalisées pour les infections courantes dans les secteurs public et privé de la santé, et à envisager la sélection d'un traitement antimicrobien efficace de brève durée pour les malades susceptibles de ne pas prendre correctement leurs médicaments ». Un autre paragraphe devrait être ajouté après le paragraphe 1.4), ainsi libellé : « à surveiller efficacement et combattre les infections nosocomiales, l'une des sources les plus répandues de résistance aux antimicrobiens ». L'intervenant dit que son Gouvernement est favorable à la prescription de produits génériques dans l'espoir que cette politique conduira à un usage rationnel des antimicrobiens ; cependant, comme ce sont les médicaments de mauvaise qualité qui induisent une pharmacorésistance, il propose d'ajouter un autre paragraphe ainsi libellé : « à assurer la qualité des antimicrobiens utilisés dans la pratique médicale ».

Les informations sur la résistance aux antimicrobiens sont très importantes, et, comme le traitement le plus coûteux n'est pas nécessairement le plus efficace, il demande d'inclure deux nouveaux paragraphes, 2.6) et 2.7), dans lesquels le Directeur général serait prié « de fournir des informations actualisées sur la résistance aux antimicrobiens aux niveaux régional et infrarégional », et « de fournir des éléments d'information sur les stratégies de prévention et d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens offrant un bon rapport coût/efficacité aux niveaux national et local ».

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba) affirme qu'il est nécessaire de trouver des solutions, compte tenu des répercussions de la résistance aux antimicrobiens sur le système de santé international ; cette résistance sape les efforts déployés par les systèmes de santé nationaux, régionaux et internationaux pour lutter contre les maladies. La collaboration intersectorielle est nécessaire pour faire face à un problème qui a des conséquences économiques et sanitaires, et tous les secteurs de la société devraient collaborer avec les autorités sanitaires pour endiguer la résistance aux antimicrobiens. L'OMS devrait renforcer la coordination internationale. Dans son pays, un organe national opérant sous l'égide du Ministère de la Santé publique est chargé de coordonner toutes les questions liées à la résistance aux antimicrobiens.

Il soutient le projet de résolution, mais, comme le délégué de la Chine, il veut qu'on en modifie le titre afin d'élargir la portée de cette résolution et propose « La résistance aux antimicrobiens : un problème pour la santé mondiale » ou « Nécessité de combattre la résistance aux antimicrobiens ».

Le Dr PRESERN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) fait part de son soutien pour le projet de résolution tel qu'il est libellé. Il vient à point nommé ; par la suite, son Gouvernement aimerait que soit adoptée une résolution sur l'usage rationnel des médicaments, qui pourrait peut-être actualiser la résolution WHA47.13.

Le Dr PHOYA (Malawi) accueille avec d'autant plus de satisfaction les stratégies énoncées dans le projet de résolution que les études menées dans son pays ont montré que la plupart des antibiotiques utilisés couramment avaient perdu de leur efficacité. Le programme des médicaments essentiels exécuté au Malawi au cours des deux dernières décennies, dans le cadre d'une politique sur les médicaments essentiels, comprend la formation d'agents de santé à l'usage rationnel des médicaments et aux bonnes pratiques de prescription. Toutefois, à cause de la migration des agents de santé, il faut en permanence former un personnel nouveau ; toute aide apportée à la formation et à la surveillance du développement de la résistance aux antibiotiques d'usage courant serait donc vivement appréciée.

Elle propose que, par souci de cohérence, l'expression « résistance aux antimicrobiens » soit utilisée dans tout le texte.

M. KYAW THU NYEIN (Myanmar) approuve vigoureusement le rapport. L'usage rationnel des antimicrobiens par les dispensateurs de soins doit reposer sur des données factuelles ; il faut par

conséquent que soient largement diffusés les résultats de toutes les études sur la sensibilité aux antimicrobiens et des analyses épidémiologiques de développement d'une résistance. En outre, les laboratoires des divers échelons devraient être modernisés, de manière non seulement à pouvoir tester la sensibilité des germes aux antimicrobiens mais aussi à veiller à ce que ces derniers soient correctement prescrits. Par exemple, la gastro-entérite ne nécessite habituellement pas de traitement par les antimicrobiens, mais les dispensateurs de soins ont tendance à en donner par précaution. Il est indispensable d'apporter des améliorations aux moyens et à la technologie de laboratoire pour permettre de repérer rapidement l'apparition d'une résistance aux antimicrobiens ; il convient de renforcer les programmes de façon à réduire au minimum la propagation d'une résistance aux médicaments utilisés contre le SIDA et la tuberculose. De telles mesures sont également importantes pour prévenir une résistance primaire et secondaire.

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) approuve le rapport, mais fait observer qu'il faudrait inviter instamment les Etats Membres à établir des règles spécifiques pour ne délivrer les antibiotiques que sur ordonnance, de façon à en canaliser l'utilisation et à limiter l'automédication.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) accueille avec satisfaction l'initiative visant à limiter la résistance aux antimicrobiens, qui vient à point nommé. Le programme des médicaments essentiels de son pays et les efforts de sensibilisation à l'usage rationnel des médicaments ont été couronnés de succès en ce qu'ils ont permis de fournir gratuitement des soins à un coût supportable. Le développement rapide de la résistance de certains micro-organismes courants aux antimicrobiens a compromis certaines des améliorations apportées aux soins de santé. C'est pourquoi il approuve le projet de résolution mais propose d'en changer le titre : « Résistance aux antimicrobiens : une menace pour la santé publique mondiale ».

M. SPEZIA (Brésil) dit que l'identification des micro-organismes résistant aux antimicrobiens est devenue une question qui revêt une importance mondiale. La gravité des cas cliniques provoqués par ces organismes, qui prolifèrent, et le manque de ressources disponibles pour faire face au problème justifient l'intérêt porté au sujet. Son Gouvernement est conscient de l'importance qu'il y a à déterminer la sensibilité aux antimicrobiens des micro-organismes qui provoquent des infections nosocomiales et à anticiper la résistance aux antimicrobiens. De la même façon, il reconnaît qu'il est essentiel d'entreprendre des études épidémiologiques et de lutter contre la propagation des bactéries résistantes. Il est préoccupé par la question de l'usage rationnel des médicaments par les médecins et les malades et par le grand nombre de personnes n'ayant pas accès aux médicaments essentiels. Cette non-accessibilité explique en partie l'usage irrationnel des médicaments. L'intervenant soutient l'amendement au projet de résolution proposé par le délégué de la Bolivie.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la neuvième séance, section 2.)

**La séance est levée à 17 h 55.**

## NEUVIEME SEANCE

Samedi 21 mai 2005, 9 h 10

Président : Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### 1. TROISIEME ET QUATRIEME RAPPORTS DE LA COMMISSION A : (documents A58/55 et A58/56)

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture des projets des troisième et quatrième rapports de la Commission A.

**Les rapports sont adoptés.<sup>1</sup>**

### 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale :** Point 13.10 de l'ordre du jour (résolution EB115.R6 ; document A58/14) (suite de la huitième séance, section 2)

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que la résistance aux antimicrobiens s'étend, ignorant les frontières. Nombreux sont les pays où les antimicrobiens ne sont pas encore utilisés de façon rationnelle et très peu ont déjà appliqué la stratégie élaborée par le Secrétariat à cet effet. Il suggère que soit établie une base de données mondiale et propose par conséquent d'ajouter au paragraphe 1.4) du projet de résolution le membre de phrase « des rapports périodiques et des tableaux établis par l'OMS devant être soumis chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé ». Il conviendrait en outre de compléter le paragraphe 2.4) par le texte suivant : « et d'établir des bases de données sur l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens dans le monde et de les mettre à la disposition des Etats Membres et d'autres parties au moyen d'un rapport périodique annuel ».

Il existe d'autres bases de données sur l'utilisation des médicaments, mais celle qu'il propose concernerait spécifiquement l'utilisation des antimicrobiens et la résistance à ces produits. Au niveau international, ces données aideraient à reconnaître l'évolution des mesures prises à l'appui de l'usage rationnel et à améliorer les politiques thérapeutiques aux niveaux local, national et international, permettant à l'Organisation de déterminer l'ampleur du problème et de trouver les solutions optimales.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit qu'au nombre des mesures diversifiées déployées par son pays pour promouvoir l'usage rationnel des antibiotiques figurent la mise en place d'un puissant comité consultatif pour la politique pharmaceutique et thérapeutique et l'adoption d'une liste de médicaments essentiels et de directives thérapeutiques normalisées, incluant des protocoles thérapeutiques sur l'utilisation des traitements antirétroviraux à l'usage des secteurs privé et public. Une autorité de contrôle pharmaceutique renseigne sur la qualité des médicaments. Un laboratoire national de référence pour la microbiologie effectue le sérotypage et fournit les schémas de sensibilité des agents pathogènes intestinaux, avec le concours de l'OMS et des Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique. L'utilisation accrue des médicaments contre le VIH/SIDA et

---

<sup>1</sup> Voir p. 389.

les infections opportunistes ajoute au problème de la résistance aux antimicrobiens. Il conviendrait d'étudier la question de savoir si les médicaments traditionnels freinent ou exacerbent la résistance aux antimicrobiens, et de se pencher sur les effets de la malnutrition et de la pauvreté sur l'observance des traitements. Le Zimbabwe demande donc le renforcement des organismes de surveillance nationaux et régionaux.

Le Dr AL MUTAWAA (Emirats arabes unis) appuie le projet de résolution. L'usage rationnel des médicaments consiste à administrer un traitement en temps voulu et le plus économiquement possible. La moitié environ de la population mondiale pâtit des graves conséquences de l'usage irrationnel des produits thérapeutiques. L'usage rationnel, en particulier des antimicrobiens, aide à prévenir le gaspillage des ressources et à mieux résister. Il suppose la mise en place d'une stratégie de surveillance de la pharmacorésistance à tous les niveaux du traitement, et notamment auprès des usagers. Les réseaux sanitaires doivent être efficaces et veiller à rationaliser l'utilisation des ressources. Son pays s'emploie actuellement à établir des listes de médicaments essentiels pour tous les niveaux de traitement, à créer des commissions spéciales dans les établissements de santé, à instaurer un système de surveillance, à réglementer la publicité en faveur des médicaments et à évaluer les traitements de substitution.

Le Dr FOURAR (Algérie), vu la gravité de la situation concernant la résistance aux antimicrobiens et l'utilisation inappropriée des antimicrobiens, estime qu'il est important de prendre un certain nombre de mesures, et notamment de mettre en place des mécanismes destinés à réduire l'automédication, de dispenser une formation de base aux personnels de santé, d'assurer des activités d'éducation et de communication, de normaliser les protocoles applicables au traitement des pathologies contre lesquelles l'utilisation des antibiotiques est inappropriée, voire injustifiée, et de renforcer les capacités des laboratoires de surveillance. De telles mesures contribueront à modifier les pratiques de prescription des antibiotiques. Le Secrétariat devrait en outre soutenir davantage les Etats qui ont établi leur propre réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. L'Algérie appuie le projet de résolution.

Le Dr CAMPBELL (Nouvelle-Zélande), très favorable à l'usage rationnel des médicaments, rappelle la définition donnée dans le document de politique générale de l'OMS Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux, à savoir : « Prescrire le produit le plus approprié, obtenu à temps et moyennant un prix abordable pour tous, délivré correctement et administré selon la posologie appropriée pendant un laps de temps approprié ».<sup>1</sup> La Nouvelle-Zélande a adopté une loi sur l'usage des antimicrobiens, elle a mis en place des programmes d'éducation pour les usagers et les dispensateurs et elle surveille l'utilisation et les niveaux de résistance, chez l'homme comme chez l'animal. Le Dr Campbell demande quelles autres activités peuvent être mises en oeuvre en application de la résolution WHA37.33 sur l'usage rationnel des médicaments, compte tenu surtout du document de politique générale publié en 2002. Il appuie le projet de résolution mais souligne que les problèmes de résistance aux antimicrobiens devraient être combattus par la promotion de l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr OTTO (Palaos) déclare que, dans son pays, la résistance aux antimicrobiens est aggravée par l'insistance des patients, désireux de se faire prescrire des antibiotiques. Pour que cet élément soit pris en compte dans le projet de résolution, on pourrait ajouter la mention « y compris l'éducation des malades et des usagers » aux paragraphes 1.5) et 2.4), dans ce deuxième cas avant le membre de phrase proposé par le délégué du Koweït concernant l'établissement d'une base de données. L'éducation des patients et du public au sujet de l'usage rationnel des médicaments devrait les sensibiliser au fait que les incitations à prescrire peuvent être source de résistance aux antimicrobiens.

Il appuie la proposition du délégué de la Chine visant à modifier le titre du projet de résolution.

---

<sup>1</sup> Document WHO/EDM/2002.3.

Le Dr ASSI GBONON (Côte d'Ivoire) indique que la résistance aux antimicrobiens est en augmentation dans son pays depuis plusieurs années. L'Institut Pasteur (laboratoire de référence national et infrarégional) surveille la situation depuis 1982. La création en 1987 d'une unité de surveillance a marqué le début de la normalisation des techniques in vitro de surveillance de la résistance aux agents thérapeutiques à l'Institut.

L'usage inapproprié des antipaludiques est responsable de taux d'échec thérapeutique entre 15 et 60 %, et l'utilisation et l'efficacité thérapeutique d'autres antipaludiques font l'objet d'une surveillance dans les sites sentinelles. Un programme national assure la surveillance de l'émergence de souches de VIH résistantes aux traitements antirétroviraux et son pays compte sur le soutien de l'OMS et des autres partenaires pour l'aider dans le domaine de la surveillance épidémiologique.

Elle appelle l'attention sur un autre problème, à savoir la vente de médicaments sur les marchés et dans la rue, avec les problèmes qui s'ensuivent d'automédication et d'utilisation irrationnelle, facteurs de résistance aux antimicrobiens. Le problème, dans son pays, est exacerbé par la crise actuelle.

Elle appuie le projet de résolution proposé.

Le Dr KALESHA (Zambie) appuie également le projet de résolution. Elle estime que la formation et l'enseignement médical continu, préalable et en cours d'emploi, ainsi que l'usage rationnel des médicaments par les dispensateurs sont essentiels pour réduire l'importante menace qui pèse sur la santé dans le monde du fait de la résistance aux antimicrobiens. Après la détection de quelques cas de tuberculose pharmacorésistante en Zambie, il est indispensable de renforcer les systèmes de surveillance, compte tenu en particulier du taux de prévalence de la tuberculose, encore élevé. Le traitement à vie du VIH/SIDA ajoute à la difficulté de promouvoir l'usage économiquement efficace des antimicrobiens tout en encourageant l'observance du traitement.

Le Dr NYIKAL (Kenya) fait observer que l'usage rationnel des médicaments est particulièrement important dans les pays en développement, où la faiblesse de la réglementation, de l'enregistrement, du contrôle de la qualité et de la surveillance du marché et la mauvaise observance des directives thérapeutiques facilitent l'accès aux médicaments qui devraient être vendus uniquement sur ordonnance. Ces pratiques favorisent la résistance, rendent inutilisables les anciens médicaments d'un prix abordable, et obligent à recourir à des médicaments qui coûtent cher et sont hors de portée des personnes qui en ont le plus besoin. Les cas récents de résistance aux antipaludiques et aux antituberculeux ont suscité beaucoup d'inquiétude. Pour surmonter ces problèmes, le Kenya a adopté plusieurs stratégies, visant notamment à renforcer le système de réglementation, à établir et réviser des directives thérapeutiques, à former le personnel de santé à l'usage approprié des médicaments et au respect rigoureux des directives, et à créer des comités thérapeutiques dans tous les établissements de santé et un laboratoire national chargé de surveiller la résistance bactérienne. Le Kenya aura besoin du soutien de l'OMS dans ces domaines. La résistance s'étend par-delà les frontières et pose donc un problème international. Le Dr Nyikal appuie le projet de résolution mais il souhaite voir le texte écrit des amendements proposés.

Le Dr SAÍDE (Mozambique) approuve le rapport, mais le problème de la résistance, au-delà des antimicrobiens, lui semble relever d'un usage plus rationnel des médicaments en général. Cette question mériterait d'être examinée plus en profondeur à d'autres occasions.

Le Dr AL-OWEIDI (Oman) déclare qu'il est important d'encourager le secteur privé de la santé à participer à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et de sensibiliser les patients à la nécessité d'utiliser les antimicrobiens de façon rationnelle. Il partage l'avis du délégué du Koweït et dit qu'il appuie le projet de résolution.

Le Dr AHMED (Pakistan) estime que si des médicaments, et notamment des antimicrobiens, peuvent être achetés sans ordonnance dans les pharmacies de nombreux pays, c'est parce que

l'industrie pharmaceutique s'est développée en l'absence de réglementation nationale et internationale. Le Pakistan se joint aux autres Etats Membres qu'inquiète la résistance aux antimicrobiens et il appuie sans réserve le projet de résolution.

Mme WIENKAMP-WEBER (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit qu'il incombe aux infirmières, aux pharmaciens et aux médecins de coordonner la prescription, la délivrance et l'administration des médicaments et leur utilisation rationnelle. L'organisation qu'elle représente s'inquiète de l'ampleur de l'utilisation abusive des antimicrobiens et de la résistance généralisée qui s'ensuit. Elle s'inquiète aussi de voir des injections administrées avec du matériel non stérilisé, d'où la propagation des infections, en particulier des hépatites B et C, et la présence croissante de médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité dans de nombreuses régions, lesquels favorisent la progression de la résistance aux antimicrobiens, et notamment la résistance aux antipaludiques et aux antirétroviraux.

Elle invite instamment le Secrétariat et les gouvernements à instaurer des politiques et des mécanismes destinés à encourager l'usage rationnel des médicaments, en particulier en créant des organes multidisciplinaires qui réglementent et surveillent l'utilisation des médicaments, en surveillant les habitudes de prescription des professionnels de la santé, et ce afin de prévenir l'utilisation superflue d'antimicrobiens et d'injections, en sensibilisant davantage les professionnels de la santé et le public à l'existence des médicaments contrefaits ou de mauvaise qualité, en formant les patients et les communautés au bon usage des médicaments, en élaborant et diffusant des directives cliniques à base factuelle à l'usage des professionnels de la santé et en maintenant des effectifs et des approvisionnements en médicaments suffisants. L'organisation qu'elle représente continuera, en collaboration avec les millions d'infirmières en activité dans le monde, à promouvoir l'usage rationnel des médicaments et à combattre la résistance aux antimicrobiens et la menace qu'elle représente.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) note l'accent mis sur plusieurs éléments de la stratégie mondiale destinée à contenir la résistance aux antimicrobiens, et notamment la nécessité de surveiller, combattre et étudier l'utilisation des antibiotiques, non seulement chez l'homme, mais aussi aux fins de l'agriculture et de l'élevage, ainsi que l'importance du renforcement des autorités de réglementation pharmaceutique. De nombreux pays ont souhaité bénéficier d'un soutien technique accru de la part de l'OMS. L'expansion de ces activités au sein du Secrétariat dépendra toutefois des moyens disponibles, or peu de donateurs ont manifesté de l'intérêt à cet égard. Quelques pays ont recommandé l'instauration de laboratoires de référence régionaux, mais le Secrétariat est d'avis que chaque pays doit avoir son propre laboratoire de référence national.

La plupart des délégués ont insisté sur le lien entre la résistance aux antimicrobiens et l'usage rationnel des médicaments en général, et ils ont demandé que le Secrétariat développe ses activités dans ce domaine. Le Secrétariat continuera de promouvoir l'usage rationnel des médicaments et de fournir un appui aux Etats Membres pour établir et mettre en oeuvre des programmes nationaux. Les domaines qui retiendront l'attention pendant l'exercice biennal à venir sont l'observance des traitements à long terme, d'une importance particulière pour le VIH/SIDA, et l'usage rationnel des médicaments par les usagers et dans la communauté. L'utilisation simultanée de médicaments conventionnels et traditionnels est un aspect important. Le Secrétariat est prêt, et il dispose des compétences techniques requises, à fournir un appui aux pays pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments et endiguer la résistance aux antimicrobiens, mais il a besoin pour cela de fonds supplémentaires.

Le PRESIDENT dit qu'un groupe de rédaction élaborera une nouvelle version du projet de résolution tenant compte des amendements proposés.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, section 2.)

**Financement durable de la prévention et de la lutte antituberculeuses :** Point 13.4 de l'ordre du jour (résolution EB114.R1 ; document A58/7) (suite de la huitième séance, section 2)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution révisé ci-après, qui intègre les amendements proposés par les délégations des Etats-Unis d'Amérique, de l'Inde et de l'Ouganda :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur le financement durable de la lutte antituberculeuse ;  
Consciente de la nécessité de diminuer la charge mondiale de tuberculose et de réduire ainsi cet obstacle au développement socio-économique ;

Notant avec préoccupation l'augmentation du nombre des cas de tuberculose polypharmacorésistante et l'aggravation de la morbidité et de la mortalité chez les malades de la tuberculose positifs pour le VIH, notamment dans la Région africaine ;

Saluant les progrès réalisés en vue d'atteindre les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse pour 2005 après l'établissement, en application de la résolution WHA51.13, de l'initiative Halte à la tuberculose ;<sup>1</sup>

Notant que le succès des activités de lutte antituberculeuse nécessite le renforcement du développement des systèmes de santé ;

Soulignant l'importance que revêt l'engagement de tout l'éventail des dispensateurs de soins de santé pour la fourniture de soins conformes à la norme internationale de la stratégie de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) ;

Craignant que l'engagement insuffisant en faveur d'un financement durable de la lutte antituberculeuse n'entrave la bonne planification à long terme que nécessite la réalisation de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Encourageant l'élaboration d'un plan mondial pour la période 2006-2015 qui évoque le besoin d'un financement durable 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. ENCOURAGE tous les Etats Membres :

1) à estimer le montant total des ressources nécessaires pour prévenir et combattre la tuberculose, y compris la tuberculose liée au VIH et la tuberculose polypharmacorésistante, à moyen terme, et le montant des ressources pouvant être fournies par des sources nationales et internationales afin de déterminer le déficit financier ;

2) à s'acquitter des engagements pris lors de l'adoption de la résolution WHA53.1, et par là même des engagements figurant dans la Déclaration d'Amsterdam visant à faire barrage à la tuberculose, y compris l'engagement à 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 ;

3) à renforcer l'intégration entre les partenaires financiers, opérationnels et sociaux en établissant un partenariat national Halte à la tuberculose dans chaque pays et à faire en sorte que ces partenariats au niveau des pays canalisent le soutien à la mise en oeuvre des plans d'extension à long terme de la stratégie DOTS par l'intermédiaire de comités nationaux de coordination interinstitutions ;

4) à veiller à ce que tous les malades de la tuberculose aient accès à des soins conformes à la norme universelle fondée sur le diagnostic, le traitement et la notification appropriés conformément à la stratégie DOTS, en s'attachant à promouvoir à la fois l'offre et la demande ;

---

<sup>1</sup> Devenue depuis le partenariat Halte à la tuberculose.



- 5) à renforcer la prévention de la tuberculose et la mobilisation sociale contre cette maladie ;
  - 6) à établir une collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH afin de combattre plus efficacement la double épidémie de tuberculose et de VIH ;
  - 7) à intégrer la prévention de la tuberculose et la lutte antituberculeuse au centre de leurs plans de développement sanitaire ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) d'intensifier l'appui aux Etats Membres pour développer la capacité et améliorer les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse dans le cadre général du renforcement des systèmes de santé afin :
    - a) d'accélérer les progrès en vue de la réalisation de la cible mondiale, à savoir le dépistage de 70 % des nouveaux cas d'infection et la guérison de 85 % des cas dépistés ;
    - b) de maintenir cette cible 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 ;
  - 2) de renforcer la coopération avec les Etats Membres pour améliorer la collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et les programmes de lutte contre le VIH dans le but :
    - a) de mettre en oeuvre la stratégie élargie de lutte contre la tuberculose liée au VIH ;
    - b) de renforcer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, y compris la fourniture d'un traitement antirétroviral aux malades de la tuberculose qui sont également infectés par le VIH ;
  - 3) d'appliquer et de renforcer des stratégies efficaces de lutte contre la tuberculose pharmacorésistante et de prise en charge des malades atteints de cette forme de maladie ;
  - 4) de jouer un rôle mobilisateur, en collaboration avec les autorités sanitaires nationales, auprès des partenaires en vue de renforcer et de soutenir des dispositifs permettant de faciliter le financement durable de la lutte antituberculeuse ;
  - 5) de renforcer l'appui fourni par l'OMS au partenariat Halte à la tuberculose dans son action 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 et de soumettre régulièrement des rapports sur les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs ;
  - 6) de recommander que la tuberculose soit spécifiquement mentionnée dans l'objectif 6 et la cible 8 et non incluse parmi d'autres maladies à la Réunion plénière de haut niveau sur l'issue du Sommet du Millénaire de l'Assemblée générale des Nations Unies chargée d'examiner les progrès accomplis dans la réalisation des engagements énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
  - 7) de promouvoir la recherche et le développement de nouveaux instruments de lutte dans le cadre du plan mondial Halte à la tuberculose.

Le Dr RUIZ (Mexique) propose l'adjonction, à la fin du paragraphe 2.1) a), du membre de phrase suivant : « et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé en 2007 sur les progrès réalisés à la fin de 2005 ».

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.14.

**Projet de stratégie mondiale de vaccination :** Point 13.8 de l'ordre du jour (documents A58/12 et A58/12 Add.1) (suite de la septième séance, section 4)

Le **PRESIDENT** invite la Commission à examiner le projet de résolution suivant, révisé par un groupe de rédaction informel.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur le projet de stratégie de vaccination ;<sup>1</sup>  
Alarmée de constater qu'au niveau mondial et dans certaines Régions la couverture vaccinale n'a que peu augmenté depuis le début des années 90 et, qu'en 2003, plus de 27 millions d'enfants dans le monde n'ont pas été vaccinés pendant l'année qui a suivi leur naissance ;

Constatant que chaque année 1,4 million d'enfants de moins de cinq ans meurent de maladies évitables par les vaccins actuellement disponibles ;

Constatant en outre que chaque année 2,6 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent de maladies que de nouveaux vaccins pourraient prévenir ;

Reconnaissant l'utilité des efforts déployés par l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et tous les partenaires pour renforcer les services de vaccination, étendre la couverture vaccinale et introduire des vaccins nouveaux ou sous-utilisés dans les pays en développement ;

Se félicitant que l'intensification des initiatives de lutte contre la poliomyélite, la rougeole et le tétanos maternel et néonatal ait permis de vacciner des populations qui ne l'étaient pas jusqu'alors, et notant que ces initiatives ont créé de vastes réseaux sur lesquels fonder ou grâce auxquels élargir la surveillance d'autres maladies et tendances sanitaires ;

Notant avec préoccupation que des obstacles financiers, structurels et/ou gestionnaires empêchent les programmes nationaux de vaccination de vacciner tous ceux qui pourraient l'être, en particulier les enfants et les femmes, d'utiliser autant qu'ils le pourraient nombre de vaccins existants et de recourir largement aux nouveaux vaccins ;

Soulignant que tous les pays doivent s'employer à atteindre l'objectif de développement convenu sur le plan international et énoncé dans la Déclaration du Millénaire qui consiste à réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ;

Rappelant qu'à sa vingt-septième session extraordinaire consacrée aux enfants (2002), l'Assemblée générale des Nations Unies a fixé pour objectif la vaccination complète des enfants de moins d'un an, soit une couverture d'au moins 90 % au niveau national et d'au moins 80 % dans tous les districts ou entités administratives équivalentes ;

Reconnaissant que la résolution WHA53.12 présente la vaccination comme un facteur important pour promouvoir la santé de l'enfant ;

Ayant examiné le projet de stratégie intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;

1. **APPROUVE** le projet de stratégie intitulé « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;

2. **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres :

1) à atteindre les cibles concernant la vaccination définies à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants ;

2) à adopter la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » comme cadre pour renforcer leur programme national de vaccination entre 2006 et 2015, dans le but d'assurer une couverture vaccinale plus large et un accès plus équitable à la vaccination, d'élargir l'accès aux vaccins actuels et futurs et de faire profiter d'autres classes d'âge que les nourrissons des avantages de la vaccination associée à d'autres interventions sanitaires ;

---

<sup>1</sup> Document A58/12.

- 3) à faire en sorte que la vaccination demeure une priorité des programmes de santé nationaux et soit soutenue par des processus systématiques de planification, de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation, et par un engagement financier à long terme ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de mobiliser des ressources pour, à l'avenir, rendre les nouveaux vaccins plus largement disponibles et plus abordables financièrement dans les pays sur la base des profils épidémiologiques constatés ;
  - 2) de collaborer étroitement avec l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres partenaires pour soutenir les Etats Membres dans la mise en oeuvre de la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;
  - 3) de resserrer les relations avec l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres partenaires aux niveaux mondial, régional et infrarégional afin de mobiliser les ressources dont les pays ont besoin, en particulier les pays en développement, pour mettre en oeuvre la stratégie intitulée « La vaccination dans le monde : vision et stratégie » ;
  - 4) de faire rapport tous les trois ans à l'Assemblée de la Santé sur la progression vers les cibles mondiales concernant la vaccination, y compris celles adoptées à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants.

M. ABD00 (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que le groupe de rédaction a convenu de remplacer le mot « APPROUVE », au paragraphe 1 du dispositif, par « PREND NOTE AVEC SATISFACTION ». Le projet de stratégie ayant été publié trop tard pour que son Gouvernement l'étudie en profondeur, il ne peut pas encore l'approuver.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) veut s'assurer que l'amendement proposé ne diffèrera pas la mise en oeuvre de la stratégie.

M. ABD00 (Etats-Unis d'Amérique) fait observer que les Etats Membres, au paragraphe 2.2) du projet de résolution, sont instamment invités à adopter la stratégie et utiliser ce cadre pour renforcer leurs programmes nationaux de vaccination, ce qui, pour lui, signifie qu'elle sera mise en oeuvre immédiatement.

### **Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant :** Point 13.11 de l'ordre du jour (résolution EB115.R12 ; document A58/15)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif), présentant ce point, estime que le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R12 est un compromis fragile. La question de la présence d'*Enterobacter sakazakii* et d'autres micro-organismes dans les préparations en poudre pour nourrissons faisait l'objet d'un projet de résolution soumis à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé par les délégations des Etats fédérés de Micronésie, de Fidji, de Kiribati, des Iles Marshall, du Népal et des Palaos. A la cent quinzième session du Conseil exécutif en janvier 2005, un groupe de travail de 22 membres est convenu du projet dont est saisie la Commission.

Le problème de la contamination des préparations pour nourrissons est très répandu : deux flambées de salmonellose se sont déjà déclarées en France en 2005 et le Réseau international OMS des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments est entré en action en mars et en avril 2005 et a alerté les autorités de 32 Etats Membres et territoires situés en dehors de l'Union européenne qui avaient importé la préparation contaminée. La question suscite beaucoup d'émotion. On s'est efforcé, dans le

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.15.

projet de résolution, d'équilibrer les points de vue exprimés, et des conseils clairs sont adressés à l'OMS, à la FAO et au Codex Alimentarius pour l'actualisation des normes, directives et recommandations applicables aux produits alimentaires préparés pour nourrissons et jeunes enfants. Il sera difficile de le modifier sensiblement sans rouvrir le débat.

Le Dr AYDINLI (Turquie) déclare que son pays encourage l'allaitement maternel comme le meilleur moyen de garantir le droit des nourrissons et des jeunes enfants à une bonne alimentation. Le pourcentage des mères qui allaitent pendant les six premiers mois est passé de 1,3 % en 1998 à 20,8 % en 2003 et le nombre des hôpitaux « amis des bébés » est passé de 141 à 323. La Turquie a signé le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et la Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, et elle a adopté les réglementations applicables aux préparations en poudre pour nourrissons qui sont conformes aux directives de l'Union européenne.

Le Dr OTTO (Palaos) dit que les auteurs du projet de résolution sont déçus de la manière dont il a été traité. Le Secrétariat leur a demandé de réviser le texte originel trois fois avant qu'il soit présenté à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, de sorte que sa présentation a été reportée au dernier jour et que les délégations de plusieurs grands pays ont déclaré qu'elles n'avaient pas eu suffisamment de temps pour l'examiner. Seize Etats Membres l'ont néanmoins appuyé. Le projet de résolution a ensuite été soumis au Conseil exécutif à sa cent quinzième session, le Secrétariat l'ayant entre-temps révisé sans consulter les auteurs. Un seul des auteurs a une mission à Genève, mais le Secrétariat aurait pu tous les contacter par l'intermédiaire de leurs missions à New York, par le Bureau régional du Pacifique occidental, aux adresses données lors de l'enregistrement à l'Assemblée de la Santé, ou à la réunion du Comité régional à Shanghai (Chine), en septembre 2004. Bien que le Secrétariat se soit excusé du manque de transparence entourant le traitement du projet de résolution lors de la cent quinzième session du Conseil exécutif, le Dr Otto veut s'assurer que l'Organisation travaille dans la transparence, traite chaque Etat Membre avec respect et dignité, quelle que soit sa dimension, et qu'elle soit fidèle à l'image, à la réputation et au statut de l'OMS.

Le projet de résolution présenté à la Commission contient des dispositions utiles, mais les auteurs souhaitent le renforcer davantage, notamment pour ce qui est des allégations relatives aux bienfaits pour la santé, des mises en garde relatives aux risques inhérents pour la santé et des conflits d'intérêts découlant du parrainage. Il est conscient que le Conseil a eu beaucoup à faire pour parvenir à un compromis. Pourtant, depuis que la question a été soulevée l'année précédente, des nourrissons sont morts en France et en Nouvelle-Zélande des suites de maladies dues à la consommation de préparations pour nourrissons contaminées. On ignore combien d'enfants sont exposés au risque de telles maladies dans les pays qui ont importé ces préparations. En adoptant le projet de résolution, l'Assemblée de la Santé lancera un avertissement clair sur les risques inhérents à certains aliments pour nourrissons.

Il s'étonne qu'une question d'une telle importance ait été défendue par six tout petits pays et contestée par des pays grands et puissants. L'OMS doute-t-elle de sa responsabilité de protéger tous les nourrissons du monde ? L'Organisation souhaite-t-elle mettre son autorité au service de la protection des nourrissons – ou de la grande industrie ? Chaque nourrisson a le droit de survivre, et chaque mère a le droit d'être informée des risques éventuels pour la santé de son enfant pouvant être associés aux aliments qu'elle lui donne. Il demande aux Etats Membres d'appuyer le projet de résolution.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des pays candidats à l'adhésion – Croatie et Turquie –, et des pays relevant du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'Union européenne – Albanie, Bosnie-Herzégovine, Ex-République yougoslave de Macédoine et Serbie-et-Monténégro –, dit que l'OMS doit se prononcer sur la question de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant compte tenu de la gravité des faits survenus dans l'un des Etats Membres de l'Union. L'Union européenne est l'un des auteurs de la résolution EB115.R12 qui a

été adoptée après d'intenses discussions. Le projet de résolution qu'elle contient est équilibré et devrait être acceptable pour toutes les parties. Vu le long chemin parcouru pour arriver à ce texte, le Dr Hansen-Koenig invite instamment les Etats Membres à l'approuver sur-le-champ.

Le Dr CONOMBO-KAFONDO (Burkina Faso) appuie le projet de résolution. Malgré les systèmes de surveillance et de contrôle de la qualité existants, des préparations en poudre pour nourrissons contaminées par *Salmonella agona* ont été exportées récemment dans 11 pays, dont le Burkina Faso. Les pays concernés ont été alertés par le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments de l'OMS mais, vu l'absence de système de contrôle de la qualité des produits alimentaires importés dans ces pays, les risques subsistent. Il est donc important de renforcer le système international d'alerte et de resserrer les liens de coopération et la coordination dans le domaine du contrôle de la qualité et de créer des laboratoires de contrôle de la qualité dans les pays importateurs.

Mme LAMBERT (Afrique du Sud) appuie le projet de résolution et adhère au point de vue du délégué des Palaos et à la déclaration qui va être faite au nom des Etats Membres de la Région africaine. L'Afrique du Sud encourage une alimentation du nourrisson et du jeune enfant optimale, et notamment l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie et le maintien de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans au moins. Le fait que *E. sakazakii* n'ait été détecté à ce jour qu'en Europe et en Nouvelle-Zélande ne signifie pas que l'Afrique soit exempte de toute contamination. Le pourcentage élevé des naissances prématurées, des nourrissons présentant une insuffisance pondérale ou immunodéprimés en Afrique va de pair avec un risque d'infection microbienne important. Des infections supplémentaires dues à des produits commerciaux ne peuvent donc être tolérées. Tout rappel des produits alimentaires pour nourrissons consécutif à une contamination doit aussi être adressé aux pays en développement. Des mesures doivent donc être prises d'urgence, avant même la réunion de la Commission du Codex Alimentarius en novembre 2006. L'Assemblée de la Santé doit demander à la Commission d'accélérer ses travaux dans ce domaine et exiger un relèvement des normes de fabrication afin d'assurer la protection de tous les nourrissons du monde contre *E. sakazakii*. Entre-temps, l'étiquetage des produits, seule source d'information pour la plupart des mères, doit fournir tous les renseignements nécessaires, sous une forme claire, accessible et illustrée. Il incombe aux gouvernements d'informer les mères sur une contamination intrinsèque et sur les moyens de réduire les risques en préparant et en utilisant correctement les aliments pour nourrissons ; cette tâche ne peut être confiée aux fabricants.

Le projet de résolution nécessite des amendements. Un rappel de la résolution WHA55.25 doit être inclus dans le préambule, car elle approuve la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; l'expression « à mauvais escient » utilisée dans le préambule affaiblit la résolution et devrait être supprimée ; à la fin du paragraphe 1.2) les mots « les jeunes enfants » devraient être supprimés ; au paragraphe 1.5) le membre de phrase « fassent toujours l'objet d'un examen indépendant » devrait être précédé de la mention « soient toujours financés par des sources indépendantes et » ; et le membre de phrase « ainsi que des résolutions adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé » devrait être ajouté à la fin du paragraphe 2.2).

M. NASIB ALI (Yémen) partage l'avis de l'intervenant précédent et adhère à ses propositions d'amendements. Toutes les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé doivent être examinées attentivement par la Commission du Codex Alimentarius : les informations fournies sur l'emballage des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants doivent se limiter aux faits. Au paragraphe 1.3), il conviendrait de préciser que les substituts du lait maternel ne sont pas stérilisés ; il y aurait lieu, pour compléter le paragraphe 1.4), de faire état des programmes ; et le paragraphe 2.3) serait renforcé par une référence au risque de transmission de *E. sakazakii*.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) appuie les observations du délégué des Palaos, les amendements proposés par les délégués de l'Afrique du Sud et du Yémen, et le projet de résolution.

Son pays est très reconnaissant du soutien matériel, technique et financier fourni par l'OMS et l'UNICEF pour la mise en oeuvre des éléments de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il s'inquiète des risques liés à *E. sakazakii* et d'autres micro-organismes dans les préparations en poudre pour nourrissons, et il est particulièrement préoccupé par les allégations concernant la valeur nutritive et les bienfaits pour la santé émanant des fabricants de substituts du lait maternel, dont la plupart compromettent l'allaitement au sein et la santé des nourrissons en trompant les mères, qui souvent ne savent pas lire. Il conviendrait de renforcer le projet de résolution afin de veiller à ce que l'OMS n'avalise pas implicitement la prolifération d'allégations infondées concernant les bienfaits pour la santé ; il est urgent que l'OMS conseille utilement la Commission du Codex Alimentarius à ce sujet. Au paragraphe 3.4), à la place du mot « régulièrement », il propose la mention « chaque année paire, parallèlement à la présentation du rapport sur l'état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes. ».

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, fait état de l'inquiétude suscitée par les alertes récentes liées au risque de pathologies graves dues à *E. sakazakii* et d'autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons. Ces maladies pourraient annuler les efforts déployés pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique.

Si l'allaitement maternel est ancré dans la culture de la Région, le taux d'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois oscille entre 3 et 17 % seulement. La situation est pire encore en Afrique occidentale et centrale, où aucune mesure n'est prise pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et où de 5 à 20 % des bébés dont la mère est séropositive sont infectés du fait de l'allaitement au sein. Bien que de nombreux pays d'Afrique appliquent des programmes destinés à réduire la transmission, l'accès aux antirétroviraux et la formation des professionnels de la santé pour qu'ils aident les mères à choisir le mode d'alimentation de leur nourrisson en connaissance de cause posent encore un problème. L'utilisation de produits locaux comme aliments supplémentaires doit être encouragée et des ressources nationales doivent être mobilisées à cet effet. Une nutrition appropriée est la clé de la survie et du développement de l'enfant. Plus de la moitié des décès de nouveau-nés en Afrique subsaharienne sont dus à une alimentation inadéquate, et 1,5 million d'enfants meurent chaque année faute d'avoir été nourris au sein et, malgré les problèmes associés aux contaminants, la publicité et la commercialisation des substituts du lait maternel s'intensifient. L'alimentation au sein est le moyen le plus efficace et le plus économique de réduire la mortalité infantile, même dans les régions à forte prévalence de l'infection à VIH. Le projet de résolution, qu'elle appuie, pourrait être renforcé pour protéger les nourrissons les plus vulnérables.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été intégré dans la législation nationale de 22 % des Etats Membres, qui veillent également au respect de ses dispositions, et 26 % ont adopté une politique ou pris des mesures volontaires inspirées du Code. Pour la plupart des mères qui utilisent des préparations en poudre pour nourrissons, cependant, l'étiquetage des produits est la seule source d'information et elles doivent être prévenues des graves risques associés à une contamination par *E. sakazakii*. Malgré le nombre apparemment faible des cas d'infection, le taux de mortalité est élevé. L'infection dans les pays d'Afrique peut être répandue car les décès dus à des affections telles que la méningite, la septicémie et l'entérococolite nécrosante n'ont jamais été imputées aux pratiques alimentaires et, bien que la plupart des aliments manufacturés pour nourrissons et jeunes enfants vendus en Afrique soient importés, les mises en garde et les rappels sont récents. Le risque de contamination en cours de fabrication doit donc être traité comme un problème de santé publique et il conviendrait d'établir un système international intégré de surveillance et de déclaration, avec le soutien des pays de la Région africaine pour le renforcement de leurs capacités de contrôle de la qualité aux niveaux national et régional. Les parents et les personnes ayant la garde des enfants devraient être informés des dangers de contamination potentiels. La Commission du Codex Alimentarius doit prendre des mesures décisives et appliquer une politique de tolérance zéro vis-à-vis de la contamination d'aliments pour nourrissons et pour jeunes enfants par un agent pathogène.

Elle appuie les divers amendements proposés. Les Etats Membres africains continueront de défendre, d'encourager et de soutenir l'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois et ils continueront de s'employer à élaborer et appliquer des politiques et des stratégies pertinentes.

Le Professeur SHRESTHA (Népal) déclare que, malgré le solide soutien dont a bénéficié en 2004 le slogan de la Journée mondiale de la Santé 2005 « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », le projet de résolution n'a pas encore été approuvé. On ignore le nombre d'enfants morts pendant cette période. Tout atermoiement équivaut à un déni de justice pour les nourrissons, dans l'incapacité de se faire entendre. L'Assemblée de la Santé doit prendre des mesures pour éviter que de nouvelles vies soient perdues et renforcer le projet de résolution. A la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, 16 pays ont soutenu le projet de résolution mais quelques Membres ont réussi à en différer l'adoption, privant ainsi les enfants de leurs droits ; il partage l'inquiétude à cet égard exprimée par le délégué des Palaos.

Il fait sienne la proposition visant à inclure une référence à la résolution WHA55.25 qui approuve la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le préambule ; à supprimer les mots « les jeunes enfants » au paragraphe 1.2) ; et à inclure une référence aux programmes dans le paragraphe 1.4). Il invite instamment tous les délégués à soutenir le projet de résolution.

Le Dr MOETI (Botswana) est également d'avis que la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii*, *Salmonella* et d'autres micro-organismes a provoqué de graves maladies, en particulier chez les nourrissons prématurés, de faible poids de naissance et immunodéprimés. Cela est particulièrement préoccupant pour les pays où le VIH/SIDA est très répandu et où de nombreuses mères positives pour le VIH utilisent des préparations pour nourrissons au lieu d'allaiter.

Le Botswana s'est engagé à appliquer la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de promouvoir, protéger et soutenir des pratiques optimales en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et il est reconnaissant du soutien de l'OMS à cet égard. Le programme du Botswana pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant prévoit la fourniture gratuite de préparations pour nourrissons pendant une année aux mères positives pour le VIH inscrites auprès du programme, leur conseillant d'éviter l'allaitement au sein, tandis que les mères négatives pour le VIH sont encouragées à allaiter au sein exclusivement pendant six mois, et de continuer l'allaitement au sein jusqu'à deux ans ou plus. Celles dont la sérologie est inconnue sont encouragées à se soumettre à des tests afin de pouvoir décider en connaissance de cause du mode d'alimentation de leur enfant. Pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et la sécurité et la qualité des préparations pour nourrissons, il encourage l'OMS, la FAO et les autres organisations, y compris la Commission du Codex Alimentarius, à poursuivre leurs activités de recherche, de suivi et d'évaluation et à élaborer des lignes directrices et des normes qui tiennent compte des problèmes émergents liés à l'alimentation des enfants et aux pratiques hygiéniques applicables à la fabrication et à la réglementation des aliments pour nourrissons et pour enfants, notamment la lutte contre la contamination par des organismes pathogènes.

Il propose que le paragraphe 6 du préambule soit ainsi libellé : « Préoccupée par le fait que des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé peuvent être utilisées pour promouvoir la vente de substituts du lait maternel au lieu de l'allaitement maternel » ; que soit ajouté le membre de phrase « par des dispensateurs de soins indépendants » après les mots « des informations et une formation » au paragraphe 1.3) ; que soit inséré le membre de phrase « et autres incitations » après les mots « le soutien financier » au paragraphe 1.4) ; et que le mot « envisager » soit supprimé au paragraphe 2.3) du dispositif, car l'apposition de mises en garde utiles est souhaitable.

Le Dr ADOI-AGYARKO (Ghana) propose deux amendements au projet de résolution : l'adjonction d'un nouveau paragraphe 5 du préambule libellé comme suit : « Reconnaissant que les parents et les personnes ayant la garde des enfants doivent être pleinement informés des risques connus que présente pour la santé publique la contamination intrinsèque des préparations en poudre

pour nourrissons », et la suppression de l'expression « le cas échéant » au paragraphe 1.3), car elle affaiblit la résolution et rend les consommateurs, et non les fabricants, responsables de la sécurité du produit. C'est l'industrie, dans tous les cas, qui doit être tenue responsable des conséquences de la contamination intrinsèque.

Au Ghana, deux marques de préparations en poudre pour nourrissons ont récemment été reconnues contaminées par *S. agona* et elles ont fait l'objet d'un rappel. On ignore encore le nombre exact des enfants qui pourraient avoir été touchés. Le Ghana continue d'encourager l'allaitement maternel mais les personnes qui recourent aux préparations pour nourrissons doivent avoir l'assurance que l'étiquetage de ces produits, seule source d'information pour les utilisateurs, est correct. Elle invite instamment la Commission à appuyer le projet de résolution, y compris les amendements proposés.

Le Dr AL-MAZROU (Arabie saoudite) dit que son pays a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et a publié son propre code national début 2005. Il appuie le projet de résolution et les amendements proposés par les délégués des Palaos, de l'Afrique du Sud et du Yémen. Il propose en outre, au paragraphe 1.3), d'ajouter les mots « ne sont pas stérilisées » après le membre de phrase « que les préparations en poudre pour nourrissons » et il convient également que l'expression « le cas échéant », dans le même paragraphe, doit être supprimée. Il demande à la Commission d'appuyer le projet de résolution et les amendements proposés afin de protéger les enfants partout dans le monde contre les risques inhérents à l'usage irrationnel des substituts du lait maternel.

Le Dr IWASAKI (Japon), faisant observer que son pays a participé activement aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius, demande aux Etats Membres de s'associer de près à la révision du Code d'usages international recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge dans lequel la Commission envisage d'inclure une disposition relative aux conseils à l'intention des professionnels de la santé au sujet de la manipulation des préparations pour nourrissons. Il est important d'éviter tout double emploi ou chevauchement des activités de l'OMS et de la Commission du Codex Alimentarius, et il propose donc d'amender le projet de résolution en ajoutant « et de façon constructive » après « activement » au paragraphe 1.9) et en insérant « et compte tenu des travaux entrepris par la Commission du Codex Alimentarius » après « en collaboration avec la FAO » au paragraphe 3.1).

M. SHONGWE (Swaziland) dit que, dans son pays, comme dans de nombreux pays d'Afrique, une alimentation optimale contribue dans une large mesure à réduire la morbidité et la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants. Le Swaziland a approuvé et appliqué toutes les précédentes résolutions de l'Assemblée de la Santé sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'allaitement maternel a sensiblement progressé, les taux d'alimentation au sein exclusive passant de 7 % en 1986 à 28 % en 2002. Dans certaines communautés rurales, ces taux avoisinent 51 %. Tous les enfants de moins de six ans reçoivent des suppléments en vitamine A ; tout le sel destiné à la consommation humaine est iodé ; et tous les hôpitaux du Swaziland ont été certifiés « amis des bébés ». L'intégration du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans la législation nationale est sur le point d'être achevée et la loi révisée sur la santé publique contient déjà des clauses importantes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Swaziland se félicite du soutien technique et financier de l'OMS, de l'UNICEF et de ses autres partenaires, et il souhaite voir maintenu ce soutien en rapport avec l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Dans le projet de résolution, il propose de supprimer l'expression « à mauvais escient » dans le paragraphe 6 du préambule et d'ajouter « ainsi que des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé » après « des substituts du lait maternel » au paragraphe 2.2). Au paragraphe 3.4), il conviendrait de remplacer le mot « régulièrement » par « chaque année paire ... » comme l'a suggéré le délégué du Zimbabwe. Il appuie le projet de résolution ainsi amendé.



Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) dit que son pays a suivi les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et encouragé l'allaitement au sein exclusif. Il partage les inquiétudes concernant l'utilisation à mauvais escient des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé destinée à promouvoir la vente de substituts du lait maternel, et il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés, notamment par le délégué du Népal.

Le Dr HAMADI (Maroc) appuie le projet de résolution. Outre les bienfaits de l'allaitement maternel, d'autres avantages nutritionnels peuvent être retirés de la supplémentation en vitamines A et D de la farine et de l'huile de salade, décidée par la commission interministérielle pour l'alimentation et la nutrition créée au Maroc dans les années 80.

Le Dr CAMPBELL (Nouvelle-Zélande) appuie sans réserve l'allaitement maternel comme la solution optimale pour les jeunes enfants. Là où les enfants ne sont pas nourris au sein, toutes les personnes associées à l'alimentation des nourrissons devraient bénéficier d'avis pertinents, compréhensibles et accessibles au sujet des risques que peuvent présenter pour la santé les préparations en poudre pour nourrissons. La Nouvelle-Zélande a renforcé sa position après le décès récent d'un nourrisson dans un service de soins aux nouveau-nés imputable à une infection à *E. sakazakii*. D'autres Etats Membres peuvent s'inspirer de l'expérience de son pays et veiller à ce que les parents et les personnes ayant la garde des enfants, et les établissements de soins pour nourrissons prématurés et immunodéprimés soient sensibilisés au fait que les préparations en poudre pour nourrissons ne sont pas stérilisées, et prennent les mesures appropriées. La Nouvelle-Zélande a dispensé des avis détaillés au public et au secteur de la santé sur l'utilisation sans risque des préparations en poudre pour nourrissons.

La Nouvelle-Zélande participe activement aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius en rapport avec la révision en cours du Code d'usages recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge, et elle attend avec intérêt un texte révisé sur les préparations en poudre pour nourrissons. Il appuie sans réserve le projet de résolution et dit qu'il est important que la Commission du Codex Alimentarius mène à bien ses travaux sur les préparations en poudre pour nourrissons.

M. SAMO (Etats fédérés de Micronésie) propose, pour améliorer encore le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R12, et dont son pays est l'un des auteurs, de supprimer les expressions « le cas échéant » au paragraphe 1.3) et « d'envisager s'il y a lieu » au paragraphe 2.3).

Le Dr PHOOKO (Lesotho) estime, lorsqu'il est impossible de nourrir un enfant au sein pendant six mois, ou là où les préparations pour nourrissons ne sont pas disponibles, qu'il convient d'aborder les questions liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de manière globale. La formation des personnels de santé et des autres personnes associées à l'alimentation du nourrisson ne doit pas se limiter aux préparations pour nourrissons mais inclure également l'utilisation, la préparation et la manipulation d'aliments locaux. Il est important d'informer les personnes ayant la garde des enfants que tous les aliments pour nourrissons et jeunes enfants peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparés et utilisés de façon appropriée ; ces personnes doivent également être sensibilisées aux autres causes de morbidité et de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants, comme la malnutrition et la diarrhée, qui sont directement liées au manque d'hygiène et à l'insalubrité de l'eau de boisson.

Dans la plupart des pays en développement, la pauvreté, exacerbée par le VIH/SIDA, est un facteur direct de morbidité et de mortalité des nourrissons et des jeunes enfants. Bien que le virus soit présent dans le lait des mères positives pour le VIH, la plupart des mères allaitent longtemps car elles n'ont pas les moyens d'acheter des aliments de substitution. Même là où l'on peut trouver des préparations pour nourrissons, elles ne sont pas nécessairement accessibles ni d'un prix abordable.

L'attention doit donc être appelée sur tous les aspects pouvant avoir des incidences défavorables sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et des mesures appropriées doivent être prises.

M. JANG Il Hun (République démocratique populaire de Corée) appuie le projet de résolution. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a commencé à se détériorer dans son pays au milieu des années 90 à la suite de plusieurs catastrophes naturelles. Le nombre des enfants malnutris, en particulier, a augmenté ainsi que le nombre des enfants victimes des maladies de l'enfance, dont la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Son Gouvernement s'est employé à rétablir la situation avec le soutien du PAM, de l'UNICEF et d'autres organisations internationales, en veillant tout spécialement à accroître la production et la fourniture d'aliments nutritifs pour enfants. Il en est résulté une nette amélioration de l'alimentation des enfants, et les taux de morbidité et de mortalité régressent. Le renforcement des capacités nationales et les mesures destinées à encourager l'aide au développement ont donc eu des effets positifs sur la santé des enfants. Son pays est très reconnaissant du soutien de l'OMS, de l'UNICEF et des autres organisations internationales, soutien dont le maintien renforcera les capacités nationales des Etats Membres.

Le Professeur IVANOV (Bulgarie) juge que le moment est venu de demander à la Commission du Codex Alimentarius d'établir des critères et des normes microbiologiques applicables pour les préparations en poudre pour nourrissons. Des indicateurs et des normes microbiologiques internationaux unifiés doivent être adoptés pour tous les aliments destinés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de réduire au maximum les risques pour la santé des enfants et de faciliter la libre circulation de ces aliments dans les Etats Membres. Le Ministère de la Santé de Bulgarie, l'OMS et l'UNICEF soutiennent la promotion de l'alimentation au sein exclusive et l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Des mesures ont été prises à cette fin en vue d'améliorer les compétences des professionnels de la santé pour qu'ils soutiennent, protègent et encouragent l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire, et une formation concernant les hôpitaux « amis des bébés » est dispensée. On s'emploie également à améliorer les connaissances des femmes enceintes et des mères qui allaitent afin de mieux sensibiliser l'opinion en général. Son Gouvernement est très reconnaissant des activités de l'OMS visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et il appuie le projet de résolution.

Mme RIMESTAD (Norvège), s'exprimant au nom des pays nordiques – Danemark, Finlande, Islande, Suède et Norvège – dit que l'Assemblée de la Santé a adopté plusieurs résolutions sur la promotion d'une alimentation saine pour les nourrissons et les jeunes enfants. Elle se félicite du suivi par l'OMS de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'alimentation au sein a été reconnue comme un important facteur de réduction de la mortalité infantile et les mesures prises pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant contribuent directement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le projet de résolution porte notamment sur la sécurité sanitaire des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants. L'OMS et la Commission du Codex Alimentarius doivent accorder l'attention voulue aux normes d'hygiène et à l'étiquetage de ces aliments. Vu la récente flambée de *S. agona* liée à des préparations en poudre pour nourrissons qui s'est déclarée chez des nourrissons en France, et de l'information diffusée en décembre 2004 au sujet de la présence de *E. sakazakii* dans des préparations pour nourrissons, elle dit que la contamination microbienne des substituts en poudre du lait maternel est une menace pour la santé des nourrissons. Il est important que tous les intéressés bénéficient de conseils et d'informations appropriés. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel joue un rôle important vis-à-vis des allégations quant aux bienfaits pour la santé, des recherches indépendantes et des éventuels conflits d'intérêts. Son vingt-cinquième anniversaire en 2006 sera l'occasion de réactiver le Code en tant qu'instrument de promotion de la santé. Les normes OMS applicables à la croissance des enfants qui seront publiées au cours de l'année faciliteront la surveillance et l'amélioration de la santé des nourrissons et des enfants.

Elle ne doute pas que le projet de résolution soit adopté par l'Assemblée de la Santé.

Le Dr PYAKALYIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) remercie l'OMS de soumettre cette importante question à l'examen de l'Assemblée de la Santé, estimant que l'essentiel est de renforcer le projet de résolution. Il s'agit en effet de la santé des nourrissons et des enfants du monde entier. Les risques sont graves et il faut agir immédiatement pour renforcer la réglementation en vigueur. Il adhère au point de vue des Palaos et aux amendements présentés par l'Afrique du Sud et d'autres pays.

Le Dr REN Minghui (Chine) se félicite du rôle joué par la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans l'amélioration de la santé des nourrissons et des enfants. En dépit des effets positifs de la recommandation visant à nourrir les enfants exclusivement au sein jusqu'à six mois, les cibles de l'OMS n'ont pas encore été atteintes. Des mesures plus efficaces sont nécessaires. Toutefois, là où l'allaitement au sein est impossible, il est de plus en plus important de veiller à la qualité et à l'innocuité des substituts. La Chine prend acte des conclusions de l'atelier d'experts FAO/OMS sur *E. sakazakii* et d'autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons. Ces produits, en fait, ne sont pas stérilisés et comportent des risques particuliers pour les nourrissons. Les fabricants devraient être tenus d'indiquer aux utilisateurs comment il convient d'utiliser ces produits. Il est important, par exemple, de préciser clairement sur les étiquettes que le produit doit être donné au nourrisson immédiatement après avoir été mélangé avec de l'eau. De telles mesures contribueront dans une large mesure à améliorer la santé des nourrissons. Le membre du Conseil exécutif pour la Chine a participé à la rédaction de la résolution. Le texte, très complet, tient compte de diverses préoccupations nationales et exige que les fabricants et les distributeurs fassent figurer sur les étiquettes des mises en garde propres à assurer l'usage rationnel du produit. Il demande au Directeur général, en association avec la Commission du Codex Alimentarius, d'évaluer les divers risques de contamination des préparations en poudre pour nourrissons par des micro-organismes. L'application de la résolution, qu'appuie la Chine, améliorera la sécurité des préparations en poudre pour nourrissons.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) dit que la période la plus dangereuse pour le bien-être nutritionnel des enfants est celle de la petite enfance et du sevrage. La croissance faiblit plus tôt qu'on ne le pensait précédemment et le passage à une alimentation mixte n'a pas bénéficié d'une attention suffisante. Les gouvernements nationaux et le secteur privé doivent s'employer à combattre le risque de contamination par *E. sakazakii* et d'autres agents pathogènes présents dans les préparations pour nourrissons. Les politiques et les normes nationales doivent reposer sur les meilleures connaissances scientifiques, et la Commission du Codex Alimentarius élabore ces normes factuelles applicables aux produits et examine les normes applicables aux préparations pour nourrissons, y compris la fabrication des préparations en poudre pour nourrissons. Les Etats-Unis, souhaitant que soit actualisé le Code d'usages international recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge et que soient prises en compte les inquiétudes liées à la présence d'agents pathogènes dans les préparations pour nourrissons, ont été les premiers à appeler l'attention des comités du Codex sur la question de la contamination des préparations pour nourrissons par *E. sakazakii*. Le Comité du Codex sur l'hygiène des aliments a noté qu'il manquait de nombreuses données aux pays et aux scientifiques pour mesurer les risques liés à *E. sakazakii*. La Commission du Codex Alimentarius a beaucoup progressé, mais il faudrait que ses méthodes aient fait leurs preuves avant que les Etats Membres élaborent les politiques nationales qui garantiront la meilleure qualité possible et le meilleur choix pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant compte tenu des conditions locales. Les délibérations doivent reposer sur des données factuelles. Si un substitut du lait maternel est choisi, la question de l'inféctivité de *E. sakazakii* doit être examinée et une attention spéciale accordée à la sécurisation de la préparation et de la manipulation. Dans certaines Régions et certaines situations, il faudra trouver des substituts satisfaisants aux préparations en poudre pour nourrissons à haut risque. Les solutions possibles associeront probablement des éléments des réseaux de la santé publique et de la distribution commerciale, de la formation des personnes ayant la garde des enfants aux normes applicables aux produits, selon les besoins nationaux et culturels. C'est sur ces bases que le Conseil exécutif a négocié les termes du projet de résolution, compromis équilibré appelant l'attention sur *E. sakazakii* tout en respectant les actions en cours du Codex. Les Etats

Membres ont souhaité éviter les mesures qui freineraient les progrès là où ils sont nécessaires. Les Etats-Unis restent déterminés à travailler, par l'intermédiaire de la Commission du Codex Alimentarius et avec l'OMS et la FAO, à l'élaboration de solides normes scientifiques applicables à la qualité et au choix du mode d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Comme l'a indiqué le délégué des Palaos, le projet de résolution est un compromis fragile et les Etats-Unis, comme les pays nordiques, l'Union européenne et la Chine, l'appuient sans réserve en l'état. Mme Valdez ne peut approuver les observations de certains orateurs, en particulier celles qui sont insuffisamment étayées ou celles qui visent à faire abstraction des actions et de la mission de la Commission du Codex Alimentarius.

M. EDWARDS (Iles Marshall) dit que le Bureau des soins de santé primaires de son pays encourage l'allaitement au sein depuis de nombreuses années. Si cela est impossible, on utilise une préparation pour nourrissons, mais il est apparu que certains substituts du lait maternel contenaient des micro-organismes dangereux. Les Iles Marshall appuient le projet de résolution.

Mme PORNPIT SILKAVUTE (Thaïlande) est favorable au projet de résolution. La Thaïlande est très préoccupée par la contamination des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii*. Les nouveau-nés sont les plus vulnérables, en particulier les prématurés, les enfants de faible poids de naissance et ceux dont la mère est immunodéprimée. Après une flambée en avril 2005, des recherches ont mis en évidence trois préparations en poudre contaminées par *E. sakazakii* sur 62 échantillons examinés. Les produits contaminés, importés de trois pays différents, ont été immédiatement rappelés et détruits. Les entreprises incriminées ont été verbalisées conformément à la loi nationale sur les denrées alimentaires. L'autorité thaïlandaise chargée des denrées alimentaires et des produits pharmaceutiques, en coopération avec les médias, a sensibilisé l'opinion sur cette question et cette contamination a fait l'objet d'un suivi rigoureux. La Thaïlande appuie sans réserve le projet de résolution, qui reflète de façon satisfaisante plusieurs manières d'aborder ce problème.

Le Dr ZAHER (Egypte) appuie les propositions de l'Afrique du Sud, du Yémen et du Zimbabwe. Le Ministère de la Santé égyptien a élaboré une stratégie complète pour la protection de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, et notamment une loi sur les produits alimentaires et la commercialisation, en particulier la publicité. La loi exige la coopération des acteurs et le respect des réglementations du Ministère de la Santé et elle s'applique aux préparations en poudre pour nourrissons et jeunes enfants. Elle exige des bonnes pratiques de fabrication pour le lait en poudre et l'absence de tout agent pathogène dans le lait en poudre, qu'il soit importé ou fabriqué sur place. Le chapitre 5 de la loi sur l'alimentation du jeune enfant interdit la commercialisation avant la confirmation par un laboratoire officiel de la conformité avec les spécifications égyptiennes. Il interdit également l'utilisation d'additifs et de colorants dans les aliments pour nourrissons et jeunes enfants, sauf si le Ministère de la Santé en dispose autrement.

M. ABID (Iraq) espère que l'Assemblée de la Santé adoptera le projet de résolution. Le plus grand risque est moins la contamination des substituts du lait maternel par *E. sakazakii* que le mélange des préparations en poudre avec de l'eau contaminée. L'allaitement au sein pendant les six premiers mois permet d'éviter le risque de contamination et de diarrhée. L'utilisation de substituts du lait maternel dans les pays où il n'existe pas de système satisfaisant d'hygiène des aliments est dangereuse pour la santé des nourrissons et des jeunes enfants et fait reculer les taux d'allaitement maternel. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par l'Afrique du Sud, le Yémen et l'Arabie saoudite.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) est très favorable au projet de résolution, qui devrait être adopté en l'état. Le texte a fait l'objet de négociations prolongées au sein du Conseil exécutif et l'obtention d'un consensus a été laborieuse. Il est important que la présente Assemblée de la Santé adopte le projet de résolution par consensus, bien que cela ne semble guère probable. L'application de la résolution

nécessitera une définition claire des responsabilités et des rôles respectifs des divers partenaires – l'OMS, la Commission du Codex Alimentarius et les autorités sanitaires nationales. Le Canada se félicite de la démarche globale adoptée par l'OMS et de l'inclusion d'éléments importants tels que l'alimentation des mères et les carences en micronutriments. En se concentrant sur les points de divergence, on a tendance à oublier que les mesures destinées à protéger la santé des nourrissons et des jeunes enfants forment un tout. Depuis novembre 2004, le Ministère canadien de la Santé recommande l'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois, en conformité avec la résolution WHA55.25.

Le Dr ELSAYID (Soudan) appuie sans réserve le projet de résolution compte tenu des amendements proposés par l'Afrique du Sud, Madagascar et le Yémen. Des millions de nourrissons et de jeunes enfants, dans son pays comme dans d'autres pays en développement, meurent encore des suites de maladies infectieuses avant leur cinquième anniversaire. Aussi demande-t-il que le projet de résolution soit adopté tel qu'il a été amendé. Il demande au Secrétariat de surveiller la mise en oeuvre de la résolution et de faire son possible pour obtenir et diffuser des données afin d'assurer la sécurité des nourrissons tandis que la Commission du Codex Alimentarius poursuit ses travaux.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) est prêt, pour préserver le consensus, à appuyer le projet de résolution. Il émet toutefois des réserves au sujet des dispositions relatives aux mises en garde apposées sur l'emballage des substituts du lait maternel. Les paragraphes 1.3) et 2.3) du projet de résolution sont contradictoires. Le premier demande aux Etats Membres d'apposer des mises en garde explicites sur les emballages concernant l'éventuelle contamination des préparations en poudre pour nourrissons par des micro-organismes pathogènes, alors que le deuxième invite la Commission du Codex Alimentarius à déterminer s'il est nécessaire d'ajouter des messages de mise en garde sur l'emballage des produits. La Commission du Codex Alimentarius devrait d'abord étudier la question et adresser ensuite des recommandations aux Etats Membres quant à l'opportunité d'ajouter des messages de mise en garde sur les emballages : les pays décideront ensuite eux-mêmes d'inclure ou non ces avertissements. Il n'est pas souhaitable que l'emballage des préparations pour nourrissons porte des mises en garde concernant une éventuelle contamination par *E. sakazakii* ou par des salmonelles, car elles pourraient inquiéter inutilement à la fois les spécialistes appelés à prendre des décisions en matière d'alimentation des nourrissons et les utilisateurs de préparations pour nourrissons. Les utilisateurs risqueraient de rejeter les préparations pour nourrissons et de donner à la place du lait de vache, du képhir et des céréales à leurs enfants, ce qui nuirait à leur croissance et à leur développement pendant leur première année. Il serait préférable de renforcer les contrôles biologiques à tous les stades de la production des préparations en poudre pour nourrissons, et notamment à l'importation.

Mme HALTON (Australie) salue le travail de ses collègues du Pacifique Sud, notamment des Palaos, qui ont proposé un projet de résolution sur le problème crucial de la protection des jeunes enfants. Il est évident que l'allaitement maternel fait l'unanimité, comme en témoignent les diverses résolutions de l'Assemblée de la Santé et les politiques nationales mises en oeuvre par de nombreux pays. Dans certains cas cependant, l'allaitement au sein est impossible. C'est pourquoi l'Australie, comme de nombreux autres pays, tient à s'assurer qu'un soutien est apporté aux femmes, aux personnes qui ont la garde des enfants et aux professionnels de la santé appelés à donner des conseils afin que les solutions choisies contribuent effectivement à protéger la santé des jeunes enfants.

Saluant les efforts déployés par les pays ayant pris part aux difficiles négociations qui ont abouti à un document de consensus dans le cadre du Conseil exécutif, elle fait observer que de nombreux membres ont exprimé des opinions tranchées sur certains aspects du premier projet de résolution, mais que tous les participants ont fait preuve d'une immense bonne volonté, précisément par souci de faire un geste positif en faveur de la santé des jeunes enfants. Le consensus majeur, bien que fragile, réuni à la cent quinzième session, est de nature à susciter l'engagement de tous les pays. L'Australie félicite les pays qui sont prêts à accepter un compromis et elle souhaite que le projet de résolution soit adopté.

Mme AHO (Togo) dit que son pays se heurte au problème des publicités mensongères qui encouragent les mères à nourrir leurs enfants avec des produits inadaptés. Certaines entreprises ne respectent pas la réglementation en vigueur et font une publicité tapageuse basée sur des textes souvent peu clairs, inscrits en caractères trop petits, ou illisibles pour les mères sans instruction, pour qui seules les illustrations comptent. Le projet de résolution invite les Etats Membres à prendre des mesures à cet égard, mais elle demande à l'OMS de se charger également de surveiller ces entreprises et l'utilisation qu'elles font de divers procédés publicitaires. Elle remercie l'Organisation du soutien apporté au Togo pour la réalisation d'une enquête nationale qui a permis d'établir le lien qui existe entre malnutrition et pauvreté. Elle souhaite aussi que le programme national d'alimentation des enfants malnutris bénéficie d'un soutien. Elle appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par l'Afrique du Sud.

Le Dr AHMED (Pakistan) dit que le Pakistan partage l'inquiétude des autres pays au sujet de la contamination des préparations en poudre pour nourrissons par des micro-organismes pathogènes. Nul ne peut mettre en doute les risques associés au biberon et les avantages de l'allaitement maternel. Toutefois, quelles que soient les normes applicables aux préparations pour nourrissons, il subsistera toujours un risque de contamination. Le Pakistan a adopté en 2002 une loi sur la protection de l'allaitement maternel qui interdit la publicité en faveur des préparations pour nourrissons et d'autres aliments pour jeunes enfants et qui encourage l'allaitement au sein. Le problème tient à l'application de cette réglementation. Il convient de surveiller les organisations commerciales qui enfreignent ces règles et de prendre les mesures qui s'imposent. Conscient de l'importance de la protection de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, le Pakistan appuie le projet de résolution. Il invite aussi instamment la Commission du Codex Alimentarius à réviser sans délai ses recommandations sur la fabrication hygiénique des aliments pour nourrissons et pour jeunes enfants.

Mme JALLOW (Gambie) s'associe aux observations du délégué des Palaos et adhère pleinement aux amendements proposés par l'Afrique du Sud, le Yémen, le Zimbabwe, le Ghana, le Népal et d'autres pays, notamment au sujet des allégations relatives aux bienfaits pour la santé et du fait que les préparations pour nourrissons ne sont pas stérilisées. Cette question suscite de nombreuses émotions et il convient d'espérer que ces sentiments amèneront l'Assemblée de la Santé à intervenir en faveur de la protection des nourrissons partout dans le monde.

Le Dr KIENENE (Kiribati) estime que l'examen du point important lié à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé ne doit pas apparaître comme une adhésion à l'alimentation fondée sur les préparations pour nourrissons. L'allaitement maternel reste la meilleure source d'éléments nutritifs pour les nourrissons, en particulier l'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois. C'est la pratique encouragée dans la plupart des pays, et notamment dans le sien. Il remercie les membres du Conseil exécutif qui ont maintenu la dynamique du projet de résolution et qui en ont surtout conservé l'essence malgré une forte opposition. Dans un monde régi par le commerce, les décideurs du secteur de la santé devront toujours mettre en balance la santé et la richesse. Il invite instamment l'Assemblée de la Santé à prendre une décision sage, pour le bien des enfants et au nom de la santé publique, et à ne pas commercialiser la santé. Son pays s'associe à la position du délégué des Palaos et, compte tenu des amendements proposés par les divers orateurs, appuie le projet de résolution.

M. SILBERSCHMIDT (Suisse) déclare que la Suisse, comme de nombreux autres pays, donne la priorité à l'allaitement maternel. Confirmant que le texte dont est saisie la Commission est un compromis, il invite instamment tous les Membres à s'interroger sur le bien-fondé d'une réouverture du débat ; peut-être ne sera-t-il plus possible de trouver un compromis acceptable pour tous. La Suisse souhaite voir approuver le projet de résolution tel qu'il est proposé par le Conseil.

M. PERDOMO (République bolivarienne du Venezuela) propose au paragraphe 1 du projet de résolution que les Etats Membres soient priés d'établir des mécanismes juridiques qui leur permettent d'appliquer les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et notamment les sanctions et les mesures de prévention, pour que des mesures puissent être prises en cas de présence présumée d'un organisme pathogène susceptible de menacer la santé des nourrissons et des jeunes enfants. Au paragraphe 2, il propose qu'il soit fait référence à une participation accrue des parents aux activités de la Commission du Codex Alimentarius et à l'instauration de stratégies de prévention des risques éventuels pour la santé des nourrissons et des jeunes enfants, insistant sur la suprématie de la santé par rapport au commerce, et au renforcement de ces stratégies.

Le Dr MAMADOU-YAYA (République centrafricaine) dit que la survie des nourrissons dans son pays est toujours menacée par différents problèmes, y compris les maladies diarrhéiques et la malnutrition. La mortalité infantile augmente et 13 % des nouveau-nés présentent une insuffisance pondérale. La promotion de l'alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois et de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus a fait des progrès encourageants, et ce grâce à l'initiative pour les hôpitaux « amis des bébés », et un projet de loi concernant le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel est en cours d'examen. Des travaux supplémentaires restent néanmoins nécessaires. Vu les problèmes que pose l'allaitement maternel dans le contexte du VIH/SIDA, des normes et des lignes directrices sont plus indispensables que jamais pour garantir la qualité et, surtout, la sécurité des substituts du lait maternel commercialisés. Il souhaite voir approuver le projet de résolution.

Le Dr PHOYA (Malawi) adhère à l'opinion des autres orateurs qui ont proposé des amendements au projet de résolution. Si des données supplémentaires sont nécessaires pour étayer certains des amendements proposés, aucun délai n'est acceptable vu le risque que font peser les préparations contaminées sur les nourrissons et les enfants. Le Malawi soutient et encourage l'allaitement maternel exclusif et la plupart des femmes, dans son pays, allaitent leur enfant. Toutefois, vu la forte prévalence du VIH/SIDA, les mères sont sensibilisées aux modes d'alimentation propres à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Certaines mères utilisant de ce fait des préparations pour nourrissons, avec le risque de contamination que cela comporte, le Malawi appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé.

Le Dr BRUNET (France) indique que son pays, en 2005, a connu deux flambées de pathologie grave due à la contamination de substituts du lait maternel. La première était imputable à *E. sakazakii* et la deuxième à *S. agona*. Son Gouvernement est donc très conscient de l'importance de ce problème et souhaite vivement trouver la meilleure solution possible.

Au terme d'un débat prolongé du Conseil à sa cent quinzième session, les membres ont adopté la résolution EB115.R12. La mention claire, dans le préambule du projet de résolution, des risques graves, voire mortels, associés à l'éventuelle contamination intrinsèque des substituts du lait maternel est satisfaisante, de même que le renforcement du texte par une référence au besoin d'informer les praticiens, les parents et la famille au sujet de l'absence de stérilisation de ces produits. Cette résolution est importante et chacun de ses mots compte, mais elle ne changera pas la réalité. L'essentiel est la volonté politique d'opérer les changements requis dans les Etats Membres, en accord avec l'industrie et avec le soutien des organisations internationales. Il faut veiller à ce que la Commission du Codex Alimentarius mène à bien ses travaux le plus rapidement possible. En même temps, il est important de renforcer les mesures destinées à améliorer la prévention et le potentiel de surveillance et d'intervention rapide. Il y a lieu, à cet égard, de saluer l'action du réseau de surveillance de la Commission européenne et du Réseau international OMS des Autorités chargées de la Sécurité sanitaire des Aliments qui ont relayé les alertes lancées par les autorités françaises après l'épisode d'infection à *S. agona*. Malgré les progrès importants qui ont été réalisés dans le cadre de l'OMS, il reste par ailleurs beaucoup à faire. C'est pourquoi il conviendrait d'adopter le projet de résolution sans retard.

Le Dr AGARWAL (Inde), rappelant le débat au sujet du projet de résolution sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant lors de la précédente Assemblée de la Santé, explique que son pays a officiellement interdit les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. L'Inde n'a qu'une seule formule de sels de réhydratation orale ayant une faible osmolarité, qui est conforme à la recommandation de l'OMS et de l'UNICEF. Le Gouvernement a publié des directives relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et un partenariat s'emploie à développer les taux d'allaitement au sein exclusif. De plus, une loi entrée en vigueur début 2004 interdit toute publicité en faveur des aliments pour les enfants de moins de deux ans et tout parrainage des systèmes de soins par les fabricants d'aliments pour nourrissons.

Son Gouvernement se félicite de l'orientation du projet de résolution. L'action concertée de la FAO, de l'OMS et de la Commission du Codex Alimentarius pour élaborer des normes de sécurité et des directives applicables aux aliments pour nourrissons et jeunes enfants est essentielle, mais il est important que les pays en développement, dont la situation devrait être prise en compte, y participent. Ces normes devraient principalement viser à garantir que des produits sont sûrs et correctement étiquetés et qu'ils répondent aux besoins nutritionnels. En même temps, toutes les mesures voulues doivent être prises contre le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons. Le préambule devrait appeler l'attention sur le rôle de l'industrie conformément au paragraphe 44 de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, selon lequel il incombe à l'industrie de veiller à ce que les produits alimentaires manufacturés pour nourrissons et pour jeunes enfants soient conformes aux normes du Codex Alimentarius en vigueur et au Code d'usages international recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, ainsi qu'aux mesures nationales applicables à leur mise en oeuvre.<sup>1</sup>

Le Dr SAÍDE (Mozambique) dit que la question de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant préoccupe beaucoup son Gouvernement, en particulier vu la pandémie de VIH/SIDA et les informations concernant la contamination des préparations en poudre pour nourrissons. Il adhère donc aux observations et aux amendements proposés par les délégués des Palaos, de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe. Il recommande que l'étiquetage des préparations pour nourrissons soit complet et exact et ne donne pas l'impression que ces produits peuvent être utilisés en toute sécurité.

Le Dr DELAVAR (République islamique d'Iran) appuie le projet de résolution sous réserve de certains amendements. Le paragraphe 1.2) devrait se terminer par les mots « jeunes enfants ». Pour insister davantage sur l'allaitement maternel, il conviendrait de libeller le paragraphe 1.3) comme suit : « à s'assurer que les cliniciens et autres soignants, ainsi que les agents de santé communautaire, les familles, les parents et les autres personnes ayant la garde d'enfants, et en particulier de nourrissons à haut risque, reçoivent des informations suffisantes sur l'allaitement maternel et, là où les nourrissons ne sont pas nourris au sein, une formation en temps voulu concernant la préparation ... ». L'expression « le cas échéant », dans le dernier membre de phrase de ce paragraphe, devrait être supprimée.

Le Dr NYIKAL (Kenya) partage l'avis des délégués des Palaos, de l'Afrique du Sud et du Yémen. Il appuie le projet de résolution mais propose, au paragraphe 3.2), de remplacer le mot « encourager » par « mettre en route » et le mot « promouvoir » par « appuyer », et ce afin de donner plus de force au texte en veillant à ce qu'une personne donnée fasse le nécessaire.

Le Dr CHANDRA (Fidji) dit que les autorités de son pays se sont engagées, par le biais de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », à assurer que les nourrissons soient nourris au sein jusqu'à six mois. Certains hôpitaux ont déjà atteint cet objectif. La loi fidjienne sur la sécurité sanitaire des aliments exige le respect des normes du Codex Alimentarius. Son pays a adopté un code de

---

<sup>1</sup> Document WHA55/2002/REC/1, annexe 2.



commercialisation des substituts du lait maternel, qui inclut des dispositions extraites de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant, assurant ainsi que le Gouvernement s'acquitte de son obligation d'appliquer le Code. Il appuie donc le projet de résolution, tel qu'il a été amendé.

Le Dr HERMIYANTI (Indonésie) dit que dans son pays un nourrisson est nourri au sein exclusivement jusqu'à six mois et que l'allaitement continue jusqu'à deux ans, voire au-delà. Par mesure de protection des enfants, le Gouvernement a décidé d'interdire la commercialisation des préparations pour nourrissons. La présence de *E. sakazakii* et d'autres micro-organismes observée récemment dans des préparations en poudre pour nourrissons suscitera certainement des inquiétudes partout dans le monde, mais en particulier dans les pays en développement. Elle appuie vigoureusement le projet de résolution tel qu'amendé par le Népal.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) confirme l'importance de cette question. Rappelant les débats prolongés à la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé qui ont précédé l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, elle invite tous les Etats Membres à approuver les idées forces du projet de résolution sans en enlever la substance par des amendements. Tous les parents du monde ont le droit d'être informés de la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons, et il faut féliciter l'OMS d'avoir donné l'alerte rapidement. Elle appuie le projet de résolution.

Mme DE HOZ (Argentine) signale qu'une réunion vient de se tenir à Buenos Aires sur la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

L'étiquetage des préparations en poudre pour nourrissons devra dorénavant inclure des mises en garde concernant *E. sakazakii*. Si le traitement de cette question par la Commission du Codex Alimentarius donne lieu à d'interminables négociations, et peut différer son règlement de sept ans, il serait préférable d'inviter la présente Assemblée de la Santé à donner des instructions sur ce sujet à la Commission.

En Argentine, l'Institut national des Technologies industrielles a acquis la capacité de faire des cultures de *E. sakazakii* et le Gouvernement est en mesure d'exiger rapidement des fabricants d'aliments pour nourrissons qu'ils appliquent cette procédure. S'il n'est pas souhaitable que l'étiquetage des produits encourage les mères à utiliser un aliment particulier sur la base d'allégations non étayées par des données scientifiques, il conviendrait d'éviter les conflits d'intérêts auxquels pourrait donner lieu le parrainage de recherches sur l'alimentation du nourrisson par des fabricants.

Le Dr CHITUWO (Zambie) explique que son pays a fait sien le slogan « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant ». Aussi approuve-t-il les déclarations des délégués du Ghana, de l'Afrique du Sud, du Yémen et du Zimbabwe. Il est important de protéger la vie des nourrissons que la mère, pour diverses raisons, ne peut allaiter. Il incombe à la Commission de relever ce défi. Il est certainement possible, avec les technologies modernes, de faire figurer sur les étiquettes des substituts du lait maternel des informations relatives à la stérilisation des produits.

Il appuie le projet de résolution, sous réserve des amendements proposés.

Le Dr MUKELABAI (UNICEF) dit que l'UNICEF est tout à fait déterminé à aider les pays à appliquer les recommandations contenues dans le projet de résolution pour assurer la croissance et le développement satisfaisants de tous les enfants. L'UNICEF a aidé de nombreux pays à appliquer la stratégie mondiale pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, car on ne saurait trop insister sur l'importance de l'allaitement maternel et d'une alimentation complémentaire appropriée pour les nourrissons et les jeunes enfants. La malnutrition est l'une des principales causes sous-jacentes de la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans. L'UNICEF espère que la résolution répondra aux préoccupations réelles des pays en développement les plus touchés par la malnutrition infantile et la mortalité des moins de cinq ans. Elle souhaite donc que le projet de résolution soit approuvé.

Mme ARENDT LEHNERS (Association internationale des Consultants en Lactation), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'Association qu'elle représente a officiellement approuvé la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et en a distribué près de 5000 exemplaires à ses membres et aux organisations pertinentes, qu'elle a instamment invités à approuver la stratégie. Les gouvernements devraient être encouragés à définir des buts et des objectifs nationaux en matière d'allaitement maternel qui s'inscrivent dans un calendrier réaliste et à mesurer les résultats. L'amélioration des pratiques d'allaitement au sein et d'alimentation complémentaire, telles que définies dans la stratégie mondiale, pourrait aider à prévenir une importante proportion de la mortalité des nourrissons de moins de cinq ans, et contribuerait ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Des spécialistes, et notamment des consultants en matière d'allaitement de tous les Etats Membres de l'Union européenne, ont établi un plan d'action pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel qui a été diffusé sur le site Web de la Commission européenne. C'est là un pas dans la bonne direction, tout comme l'élaboration par certains pays de plans d'action nationaux spéciaux.

L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter une résolution énergique qui couvre tous les points inclus dans la proposition initiale soumise à la précédente Assemblée de la Santé et qui tienne compte des amendements qui viennent d'être proposés. Les allégations concernant les bienfaits nutritionnels et sanitaires ne doivent pas être autorisées. Une autre résolution est nécessaire pour traiter de la question de la contamination de préparations en poudre pour nourrissons par *Enterobacter*. Les étiquettes apposées sur ces produits doivent donner des informations complètes aux parents, et notamment préciser que les préparations ne sont pas stérilisées.

Les organisations doivent suivre l'exemple de son Association et refuser d'être parrainées par les fabricants et les distributeurs de préparations pour nourrissons. De plus amples recherches sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont nécessaires, mais ces recherches constituent le fondement des politiques de santé publique, elles doivent aussi se soustraire à toute influence commerciale de façon à éviter les conflits d'intérêts.

Mme MALONE (Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, déclare que la priorité des industriels est de fabriquer des produits qui constituent un substitut sûr pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, et notamment ceux qui ont des problèmes alimentaires particuliers. Elle partage l'inquiétude des instances sanitaires internationales concernant l'impact potentiel des micro-organismes dans les produits alimentaires. Il suffirait, pour régler la question, de tenir compte des données scientifiques disponibles à ce jour, des principes applicables à la gestion de la sécurité sanitaire des aliments et de la politique de l'OMS. Elle salue le travail du Comité du Codex sur l'hygiène alimentaire sur la révision du Code d'usages international recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, et convient de la nécessité, comme l'a indiqué le Comité du Codex, de consultations conjointes d'experts FAO/OMS pour évaluer plus en profondeur le risque microbiologique lié à *E. sakazakii* et aux autres micro-organismes présents dans des préparations pour nourrissons.

Elle encourage les Etats Membres à examiner les faits suivants : les préparations en poudre pour nourrissons satisfont aux critères de composition, d'hygiène et d'étiquetage fixés par la législation nationale ou les normes du Codex ; les préparations sont par nature sûres lorsqu'elles sont manipulées, préparées et utilisées conformément aux instructions du fabricant ; les cas de contamination par *E. sakazakii* sont rares et, pour la plupart, ils surviennent dans des services de soins intensifs pour nouveau-nés ; et le risque d'infection survient lorsque la préparation reconstituée reste trop longtemps hors du réfrigérateur. La diffusion d'informations et l'enseignement des méthodes appropriées de manipulation des aliments sont conformes aux principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments et aux politiques préconisées par l'OMS. Les cliniciens, les autres dispensateurs de soins et les agents communautaires, en particulier ceux qui s'occupent des nourrissons à haut risque, devraient toujours disposer d'informations appropriées et faciles à comprendre figurant sur les emballages, et ils devraient être formés à la manière appropriée de manipuler, préparer et utiliser les préparations en

poudre pour nourrissons. Pour éviter que le produit soit préparé de façon inappropriée, les fabricants fournissent « une inscription claire, bien visible et facile à lire et à comprendre » aux usagers, y compris « des instructions concernant la préparation appropriée du produit, avec mise en garde contre les risques pour la santé résultant d'une préparation inadéquate » comme le prévoit l'article 9 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Les dispositions de l'article 1 de ce Code établissent clairement l'objectif du Code, qui doit être atteint notamment « en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate ... ». Les gouvernements devraient avoir la possibilité de formuler et appliquer des mesures nationales conformes à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de créer un environnement qui permette aux mères, aux familles et aux autres personnes ayant la charge des enfants de faire et d'appliquer des choix en connaissance de cause quant aux pratiques d'alimentation optimales pour les nourrissons et les jeunes enfants.

M. NIKIEMA (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, insiste sur la capacité du projet de résolution de contribuer à renforcer le droit des enfants au meilleur état de santé possible. Une résolution ferme, reposant sur des données factuelles et non sur des choix politiques, doit être adoptée pour aider à réaliser l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire la mortalité des moins de cinq ans.

En décidant que le parrainage de l'industrie des aliments pour nourrissons par des professionnels et des établissements de santé est inacceptable, l'Assemblée de la Santé renforcera la confiance du public. Ce sera également le cas si elle demande que les politiques de santé publique reposent uniquement sur des recherches financées et examinées de façon indépendante. L'Assemblée de la Santé doit aussi insister pour que les fabricants d'aliments pour nourrissons s'acquittent du rôle que leur confère la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, mais, en acceptant l'apposition d'allégations concernant les bienfaits sanitaires et nutritionnels sur les aliments pour nourrissons et jeunes enfants, elle compromettrait l'esprit de cohérence politique qu'elle s'efforce de maintenir. Par ailleurs, en approuvant la recommandation concernant l'inscription sur les étiquettes d'informations relatives au fait que les préparations en poudre pour nourrissons ne sont pas stérilisées et aux risques potentiels liés à la consommation des préparations, l'Assemblée de la Santé contribuerait dans une large mesure à défendre le droit des parents à bénéficier d'informations complètes et exactes. Différer la prise d'une décision en attendant la fin des travaux de la Commission du Codex Alimentarius reviendrait à dénier aux nourrissons et à leurs parents leur droit d'être protégés. Le projet de résolution ne cherche pas à interdire les préparations pour nourrissons mais à protéger les droits et la santé des utilisateurs.

Mme ARENDT LEHNERS (Association internationale des Consultants en Lactation), invitée par le PRESIDENT à prendre la parole, présente une déclaration au nom de la Ligue internationale La Leche. L'allaitement maternel est essentiel pour une vie en bonne santé et il assure un bon départ aux bébés, filles et garçons. Compte tenu des progrès technologiques actuels, une source d'alimentation aussi économique, simple et efficace, indépendante du statut social, ne doit pas être négligée. Les bienfaits sanitaires de l'allaitement au sein concernent également les mères en réduisant le risque d'hémorragie post-partum, de cancer du sein, de l'utérus et des ovaires, et d'ostéoporose. L'allaitement donne du pouvoir aux femmes en leur permettant d'agir et en leur en donnant le droit. Un milieu favorable à l'allaitement maternel garantit aux femmes leur droit de faire des choix en connaissance de cause, de bénéficier d'une protection juridique et d'un soutien social pour allaiter en public et au travail, et d'avoir accès à un conseil compétent et un soutien attentif. Créer un tel environnement est une responsabilité mondiale.

Malgré ces avantages, moins de 35 % des nourrissons sont allaités exclusivement au sein, même pendant les quatre premiers mois. Une commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel et l'absence générale de reconnaissance de la valeur économique de l'allaitement maternel expliquent que cette proportion reste faible. Les substituts du lait maternel peuvent gravement compromettre la santé et le bien-être des mères et des enfants, en particulier compte tenu du fait que les préparations en

poudre pour nourrissons ne sont pas stérilisées et peuvent occasionnellement contenir des agents pathogènes. Ces difficultés renforcent l'appel à l'action contenu dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

La Ligue s'emploie depuis longtemps à promouvoir l'allaitement maternel et elle détient l'un des plus importants ensembles de documents sur ce sujet. La force de sa démarche réside dans son soutien entre mères – l'allaitement maternel, bien que naturel, s'apprend surtout en observant d'autres mères.

M. ABDEL WAHAB (Yémen) observe qu'il est établi que des enfants ont été infectés par *E. sakazakii* après avoir absorbé des préparations faites avec des produits en poudre provenant de paquets non encore ouverts précédemment et qu'il est apparu que les agents pathogènes étaient présents dans les établissements où ces préparations avaient été fabriquées. Si l'infection par *E. sakazakii* est rare, elle provoque encore des décès évitables et toutes les morts n'ont peut-être pas été enregistrées. Il est difficile de confirmer ou d'infirmer une grande part des faits déclarés. Il est indispensable de renforcer la surveillance et les mécanismes de contrôle afin d'éclaircir la situation. La Commission du Codex Alimentarius joue un rôle important dans ces travaux mais elle tarde à prendre des décisions, et il est important d'agir sans retard pour protéger les nourrissons.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) déclare que le sujet sur lequel porte le projet de résolution est complexe et couvre à la fois deux domaines de travail, l'alimentation et la sécurité sanitaire des aliments. C'est pourquoi il est parfois difficile de délimiter les responsabilités concernant la protection des nourrissons et des jeunes enfants. Cette tâche, à l'évidence, doit être partagée.

L'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants mais, lorsqu'on ne peut éviter de recourir aux substituts du lait maternel, il est indispensable de s'assurer qu'ils sont sans danger et qu'ils sont manipulés, préparés et utilisés sans risque pour la santé. Il est important de tenir compte de la situation inhérente à chaque pays, mais il est également de l'intérêt de tous d'être rapidement alertés en cas de contamination des produits. C'est pourquoi l'OMS et la FAO ont créé le Réseau international des Autorités de la Sécurité sanitaire des Aliments et un réseau d'urgence, afin de pouvoir diffuser rapidement l'information et les pratiques optimales. Il est important de continuer à solliciter l'avis de spécialistes et de tenir compte des recommandations des organes nationaux et internationaux de normalisation, y compris le Codex Alimentarius. Il faut également instaurer un lien plus solide entre les diverses parties concernées, et notamment les systèmes de santé publique, les personnels soignants et les fabricants de préparations pour nourrissons, pour faire en sorte que les informations parviennent à ceux qui en ont besoin. L'étiquetage des produits n'est que l'une des ces sources d'information ; il en existe de nombreuses autres qu'il convient aussi de renforcer et des travaux dans ce domaine préciseront quels sont les meilleurs instruments pour la diffusion en temps utile d'informations exactes.

La menace qui pèse sur les nourrissons et les jeunes enfants est réelle. L'approbation du projet de résolution permettra d'adopter des mesures immédiates et efficaces tandis que le travail d'évaluation se poursuit.

Le PRESIDENT propose de reporter la suite du débat sur ce point jusqu'à la distribution d'un texte révisé du projet de résolution intégrant les divers amendements proposés. Il propose en outre qu'un groupe de travail informel des délégations intéressées se réunisse pour examiner le texte révisé.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, section 2, p. 197.)

**La séance est levée à 13 h 15.**

## DIXIEME SEANCE

Lundi 23 mai 2005, 10 h 15

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### 1. CINQUIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A58/57)

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de cinquième rapport de la Commission A.

**Le rapport est adopté.<sup>1</sup>**

### 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Systemes de sécurité sociale :** Point 13.16 de l'ordre du jour (résolution EB115.R13 ; document A58/20)

M. GUNNARSSON (Islande, représentant du Conseil exécutif), présentant le point de l'ordre du jour, dit qu'un rapport sur les systèmes de sécurité sociale a été examiné par le Conseil exécutif à sa cent quatorzième session. A l'issue de longs débats, le Conseil a demandé qu'un document plus complet soit établi sur le financement de la santé et qu'un projet de résolution soit élaboré afin qu'il l'examine à sa cent quinzième session. A cette session, le Conseil a reconnu l'objectif d'une couverture universelle et souligné l'importance des politiques de financement de la santé pour sa réalisation. De nombreux changements ont été proposés au projet de résolution, dont un nouveau titre ainsi libellé : « Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale », afin de tenir compte du mandat élargi. En adoptant la résolution EB115.R13, le Conseil a recommandé un projet de résolution à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, rappelle que la première cible des objectifs du Millénaire pour le développement est de réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à US \$1 par jour d'ici 2015, le but le plus important de la politique de santé étant d'assurer une protection financière contre l'appauvrissement résultant des dépenses médicales. Le secteur de la santé peut jouer un rôle primordial et assurer la protection financière des pauvres et des plus démunis s'agissant de la participation financière des usagers, en leur accordant un accès gratuit et adéquat aux services de santé publique. Il est nécessaire de prévoir un plan stratégique national qui, à court terme, protégerait les pauvres et, à long terme, instaurerait la couverture universelle. Le financement durable est une préoccupation majeure pour tous les pays. Les budgets nationaux de la santé sont utiles pour suivre l'importance et le profil des dépenses de santé à partir de sources fiables, et l'OMS devrait soutenir leur établissement. A long terme, les projections financières du total des besoins et des ressources disponibles sont importantes pour repérer les déficits et les ressources devant être mobilisées pour les combler et assurer la viabilité financière. Les Etats Membres de la Région

---

<sup>1</sup> Voir p. 390.

appuient pleinement le projet de résolution, mais proposent que le deuxième alinéa du préambule soit amendé comme suit : « Notant avec inquiétude que les systèmes de financement de la santé de la plupart des pays en développement s'appuient sur les paiements directs des ménages, ce qui peut être catastrophique et appauvrir les ménages, en particulier ceux qui sont démunis, et demandent encore à être développés ... ». Un nouveau paragraphe 1.1) ainsi libellé devrait être ajouté : « à formuler et atteindre un consensus, dans des consultations avec tous les partenaires, sur un plan stratégique national, compte tenu de la viabilité financière à long terme, pour réaliser la couverture universelle, et à axer les politiques en priorité sur la protection financière des personnes démunies contre les paiements catastrophiques et l'appauvrissement, afin d'accélérer la réalisation de l'objectif 1 du Millénaire pour le développement ». Au paragraphe 1.2), il faut remplacer « les assurés » par « tous les citoyens » ; au paragraphe 2.1), le membre de phrase « en coordination avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires concernés » doit être inséré après « à la demande des Etats Membres » ; la dernière partie du paragraphe 2.3) doit être modifiée comme suit : « ... et d'enseignements sur la couverture universelle, y compris les systèmes de sécurité sociale et d'autres méthodes de prépaiement ; », et un nouveau paragraphe 2.6) doit être ajouté, ainsi libellé : « de faire rapport, tous les trois ans, jusqu'en 2015, à l'Assemblée de la Santé, sur les progrès réalisés en vue de la couverture universelle ».

Le Dr WINT (Jamaïque), prenant la parole au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, souscrit à l'objectif de la réalisation de la couverture universelle par les services de santé de base, moyennant un financement durable, l'accent étant mis sur les systèmes de sécurité sociale ; il trouve pertinente la mention au paragraphe 8 du rapport du grave déficit financier des services de santé. Comme l'indique clairement le rapport, il est nécessaire de générer suffisamment de ressources, de veiller à rationaliser les dépenses et de réduire les coûts. C'est aux pouvoirs publics qu'incombe la responsabilité d'assurer une protection sociale, et chaque pays doit trouver une solution qui lui convienne. Dans cette optique, les pays Membres examinent les mécanismes de financement utilisés actuellement qui tendent vers la couverture universelle et la sécurité sociale. Le mécanisme le plus courant est celui du financement par l'impôt avec ou sans participation mais, s'agissant de la participation aux coûts, celle-ci doit être soumise à un examen des ressources pour savoir quelles sont les personnes qui doivent en être exemptées. Certains pays ont besoin d'un appui pour obtenir les informations nécessaires sur le coût réel de la prestation des services. Un développement modeste de l'assurance-maladie privée peut être un autre mécanisme, comme en Jamaïque par exemple. Un troisième mécanisme est celui des initiatives de sécurité sociale pour venir en aide aux groupes vulnérables. La Jamaïque a récemment mis en place un fonds national d'assurance-maladie financé à la fois par la taxe sur les produits du tabac, un faible impôt sur les rémunérations et une contribution de l'Etat afin de fournir une assistance directe moyennant un « plan médicaments » à l'intention de toutes les personnes souffrant de 15 maladies chroniques non transmissibles, un appui institutionnel au système de prestations de santé et des programmes prioritaires, comme celui de la promotion de la santé. L'achat de services privés par le Gouvernement pour les membres démunis de la population constitue un quatrième mécanisme. Le dernier concerne les flux externes, y compris les dons volontaires. Le Dr Wint appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande.

Le Dr IWASAKI (Japon) appuie le projet de résolution. Le Japon a mis en place un système d'assurance-maladie permettant l'accès gratuit de tous les citoyens à n'importe quel établissement de soins. Pendant plus de quarante ans, les efforts ont porté sur le maintien de la couverture universelle et l'amélioration de la qualité des soins. Dans le passé, les progrès de la technologie médicale et le vieillissement de la population ont obligé à modifier le système d'assurance-maladie et, pour des raisons de viabilité, le Japon cherche à créer un système d'assurance-maladie universel, équilibré sur le plan économique. L'augmentation rapide des dépenses de santé est très préoccupante. D'après les données de l'OCDE, le total des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut n'est guère plus élevé au Japon que dans d'autres pays, mais elles augmentent plus rapidement que le revenu national. L'enjeu actuel est d'accorder le système d'assurance-maladie avec l'économie globale tout

en maintenant la qualité des services de santé. Le Japon appuie la politique de l'OMS relative au partage des données d'expérience dans ce domaine.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle qu'il y a plus de 25 ans, tous les pays de la Région ont signé la Déclaration d'Alma-Ata faisant des soins de santé primaires la stratégie préconisée pour l'instauration de soins de santé de qualité et d'un coût abordable. Même si un grand nombre de pays n'a pu atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2000, tous continuent d'adhérer aux principes de la protection universelle et de la promotion de la santé. Les soins de santé primaires sont toujours d'actualité sous réserve des engagements politiques requis et de fonds suffisants, mais ils se heurtent à des obstacles dus surtout à la pauvreté : vastes secteurs informels, capacités administratives, gestionnaires et institutionnelles insuffisantes ; qualité médiocre des soins, notamment dans les établissements de santé publique ; nécessité de consensus parmi les parties prenantes ; manque de solidarité et absence de direction gouvernementale ; et absence de données pertinentes. Toutefois, ces obstacles peuvent être surmontés avec l'appui de la population, l'engagement politique et financier des pouvoirs publics et le soutien constant des partenaires du développement sanitaire. Les informations recueillies indiquent clairement que la différence de qualité des soins de santé accessibles à tel ou tel groupe économique s'est creusée en partie à cause du paiement direct ruineux des dépenses de santé. Dans de nombreux pays africains, les soins de santé sont encore financés en grande partie – quelquefois jusqu'à 65 % – par les paiements directs. Le seul moyen d'assurer une protection universelle contre les dépenses de santé catastrophiques est donc d'adopter un système de financement par paiement anticipé, faute de quoi l'accès durable, surtout pour les groupes vulnérables et démunis, ne pourra être garanti et les perspectives de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, la santé pour tous et les objectifs d'Abuja seront quasiment nulles.

La plupart des pays de la Région ne peuvent envisager de recourir aux recettes fiscales générales pour financer les services de santé nationaux. Les systèmes de sécurité sociale sont nés de la volonté de mettre en commun les risques sanitaires et les cotisations des ménages et des entreprises et l'aide publique pour donner à tous les assurés un ensemble uniforme de prestations. Mais même dans le cadre de cette option, l'Etat sera obligé de cotiser au fonds de sécurité sociale à la place des citoyens qui n'ont pas les moyens de le faire, ainsi que pour ses propres employés. Etant donné qu'il a fallu aux pays développés quelque 70 années pour parvenir à une couverture universelle, les pays africains ne doivent pas jeter l'éponge, mais plutôt s'orienter immédiatement vers cet objectif en commençant par un éventail de dispositifs financiers, à savoir participation financière des usagers, dispositifs axés sur la communauté, couverture pour certains groupes, imposition limitée et financement externe, pour arriver à un système de sécurité sociale et à d'autres plans financés par les pouvoirs publics. Le type de couverture universelle adopté par un pays donné dépendra de l'histoire, de la culture, du niveau de solidarité, des capacités administratives, gestionnaires, juridiques et institutionnelles, et de la situation économique et politique de ce pays, et devra être adapté à ses réalités et besoins particuliers. Certains pays pourraient opter pour un dispositif unique ; d'autres préféreront peut-être plusieurs régimes soumis à la même réglementation. Chaque pays devra également décider du rythme de la transition. Ils conviennent tous, toutefois, que le processus de transition doit prévoir des filets de protection plus solides – mécanismes d'exemption et de dérogation dans le cadre du système de financement en place – pour faire en sorte que les groupes vulnérables, notamment les personnes démunies, aient l'accès voulu aux soins de santé.

Quelques amendements doivent être apportés au projet de résolution. Il faudrait ajouter un nouvel alinéa au préambule, peut-être au début, libellé comme suit : « Notant qu'au cours des 25 dernières années, on s'est engagé à travers le monde à instaurer un accès universel à des soins de santé abordables et de qualité selon la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 ». En outre, il conviendrait d'ajouter trois nouveaux alinéas au paragraphe 1 comme suit :

à renforcer les filets de sécurité, tels que mécanismes d'exemption et de dérogation dans le système de financement de la santé existant de manière à donner aux pauvres un accès suffisant aux soins de santé tout en préparant la transition vers la couverture universelle ;

à faire en sorte que le système de sécurité sociale s'inscrive dans une politique et un plan stratégique de financement de la santé explicites et complets ;

à faire en sorte que tous les ministères concernés et les autres principaux acteurs soient suffisamment associés à l'ensemble du processus d'analyse de faisabilité ainsi que de planification, de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation du système de sécurité sociale ;

Au paragraphe 2.2), il faudrait ajouter « et le Fonds monétaire international » après « la Banque mondiale », et ajouter un nouvel alinéa au paragraphe 2 comme suit : « d'étudier l'impact des politiques macroéconomiques des institutions financières internationales sur les efforts déployés pour accroître l'accès aux services de santé, et de faire rapport sur les résultats à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ».

Le Professeur TLOU (Botswana) appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué du Kenya. Au Botswana, l'Etat est le principal fournisseur de services de santé, qu'il finance par un impôt général. Un système de participation financière des usagers, introduit en 1973-1974, n'apporte actuellement qu'une contribution insignifiante aux dépenses du service de santé. En revanche, les dépenses publiques de santé ont augmenté considérablement, même en tenant compte des importantes contributions des donateurs aux services de lutte contre le VIH/SIDA. Le rapport donne des informations précieuses sur différents systèmes de financement des soins de santé susceptibles de protéger contre le risque financier tout en garantissant un accès à un coût abordable aux services nécessaires. Conscient de la nécessité de maintenir son système de soins dans un cadre national de recouvrement des coûts, le Ministère de la Santé a demandé l'avis de divers partenaires sur des initiatives de réforme du financement de la santé. Les questions soulevées portaient sur la viabilité des solutions de remplacement du système actuel, l'équité, l'accès, l'efficacité et la viabilité dans le contexte des niveaux actuels de pauvreté et de chômage, et la capacité de diverses options à générer des recettes. Pour obtenir les données requises, le Botswana a mis en route en 2004, avec le soutien de l'OMS, un projet de budget national de la santé dont les données sont actuellement en cours d'analyse. Le Botswana compte sur le soutien de ses partenaires pour l'aider à étudier les options possibles et à trouver et à développer la capacité nécessaire dans les secteurs des assurances et de l'administration financière et sanitaire pour collaborer à la gestion et à la mise en oeuvre de ces systèmes et à l'élaboration de la réglementation nécessaire.

M. BAILÓN (Mexique) fait l'éloge du rapport, qui recense les points principaux dont il faut tenir compte lorsqu'on entreprend une réforme financière visant à réduire les dépenses directes des ménages et, partant, le nombre de familles se trouvant dans une situation financière catastrophique. En 2002, le Mexique a commencé à mettre en place un régime populaire d'assurance-maladie fondé sur le principe de la solidarité, la responsabilité étant partagée entre les ménages non salariés en fonction de leur solvabilité, lesquels représentent la moitié de la population du Mexique, soit quelque 50 millions d'habitants. D'ici la fin de 2006, un peu plus de 23 % de la population totale, soit la moitié du nombre de ménages qui, en 2000, n'avait pas de protection, bénéficiera d'une assurance-maladie au titre de ce plan. La couverture universelle sera réalisée d'ici 2010, quand le régime d'assurance entrera pleinement en vigueur.

Conformément aux recommandations du rapport, la réforme du financement des dépenses de santé au Mexique est conçue de manière à inclure des incitations en faveur de la prévention et des soins médicaux de qualité, à garantir au moyen de lois la viabilité financière du nouveau régime d'assurance et à modifier le fonctionnement des services de santé publique, grâce à la promotion de mécanismes novateurs de financement des services et à la concurrence entre prestataires. Il appuie le projet de résolution et invite instamment les Etats Membres à continuer à faire part de leur expérience concernant ce type de régime d'assurance-maladie.

Le Dr LARUELLE (Belgique) fait remarquer que le système de sécurité sociale en Belgique est fondé sur la solidarité et vise à fournir une couverture universelle. Bien que les coûts et les enjeux financiers soient importants, notamment du fait du vieillissement de la population et de la qualité élevée des soins, les avantages sont évidents, et il demeure l'un des piliers de la société belge et de



l'action des pouvoirs publics. La mise en place de solides dispositifs de systèmes de sécurité sociale et l'augmentation de la couverture sont des objectifs à long terme qui exigent de la part des Etats Membres et du Secrétariat un engagement à long terme.

Il propose divers amendements au projet de résolution. Au paragraphe 1.1), il faudrait remplacer « prévoit le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé » par « prévoit une ou plusieurs méthodes de paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé, sur la base de la capacité de paiement ». Au paragraphe 1.2), il convient de remplacer « les assurés bénéficient de » par « les personnes aient accès à ». A la fin du paragraphe 1.3), il faut ajouter « et qui s'harmonisent avec le fonctionnement du système de santé national », et une nouvelle phrase libellée comme suit : « Ce qui pourra nécessiter l'articulation de différents systèmes de protection sociale incluant la santé » doit être ajoutée à la fin du paragraphe 1.5). Au paragraphe 1.6), « et les acteurs de la société civile » doit être ajouté après « organisations de financement de la santé ».

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) se félicite de la qualité du rapport et appuie le projet de résolution. Les systèmes de sécurité sociale et les systèmes de financement de la santé par l'impôt doivent être considérés dans le contexte plus vaste de la couverture universelle et du financement de la santé. Dans le cadre de la coopération technique, l'Allemagne apporte son concours aux pays qui sont ses partenaires pour la mise au point de systèmes fondés sur la solidarité et le paiement anticipé des cotisations au secteur de la santé, pour répartir les risques sur l'ensemble de la population et réduire le nombre de personnes qui s'appauvrissent chaque année du fait des paiements directs. Le choix des mécanismes de financement doit tenir compte de la situation culturelle, historique et politique du pays.

La volonté d'accélérer les progrès en vue d'atteindre les cibles sanitaires figurant dans les objectifs du Millénaire pour le développement et le fait que de nombreux pays ne réaliseront probablement pas ces objectifs centrent à nouveau l'attention sur les systèmes de santé. Bien qu'il existe des interventions efficaces et d'un coût abordable pour réduire en grande partie la charge de morbidité et que davantage de fonds soient disponibles pour certains types d'intervention, la fragilité des systèmes de santé compromet leur mise en oeuvre. L'enjeu est de déterminer comment bien faire fonctionner les systèmes de santé dans les pays à faible revenu. L'Allemagne se félicite donc de la mise en place de l'initiative pour la santé dans le monde plus particulièrement axée sur les systèmes de santé et espère qu'elle se transformera de fait en une collaboration mondiale entre organisations nationales, internationales et non gouvernementales concernées, Etats Membres et donateurs.

Les Etats Membres qui décident de créer un système de sécurité sociale doivent recevoir le meilleur appui technique possible. La coopération technique allemande collabore avec l'OIT et l'OMS à cet égard, mettant tout en oeuvre pour redéfinir les responsabilités en fonction des différents rôles que joue chaque organisation à tous les niveaux. L'Allemagne presse le Secrétariat de répondre aux demandes croissantes d'appui technique pour la mise en place de systèmes de sécurité sociale.

M. ABDON (Etats-Unis d'Amérique) approuve l'objectif d'une assurance-maladie globale. Les Etats Membres ont tout à gagner d'un examen approfondi des moyens susceptibles de renforcer la couverture des soins de santé. Il serait utile que le Secrétariat rédige un rapport décrivant les divers moyens possibles de réaliser une couverture universelle, y compris les approches axées sur le marché. Les Etats Membres et le Secrétariat doivent mûrement réfléchir aux avantages d'un système privé grâce auquel les ressources publiques directes pourraient être affectées là où elles sont le plus nécessaires. Parmi ces avantages, citons le choix personnel, la réduction des charges fiscales, la souplesse, l'innovation et l'efficacité. En accordant des subventions pour l'achat d'assurances privées, on peut réaliser l'équité dans un système privé. Par ailleurs, les systèmes publics présentent un certain nombre d'inconvénients : davantage de bureaucratie, impôts plus élevés, longues périodes d'attente, rationnement des soins et manque d'efficacité, autant d'éléments nuisant à l'accès aux soins de santé et à leur qualité ; de plus, ils sont difficiles à maintenir en raison de la demande toujours plus grande, du vieillissement des populations et de l'augmentation des coûts. Les pays ont besoin de systèmes de financement antagoniques et de systèmes de prestations qui soient prompts à répondre aux besoins en matière de soins de santé et qui tirent le meilleur parti des avancées scientifiques et technologiques médicales. Le plus utile pour les Etats Membres est de disposer de données sur le plus grand éventail

d'options – systèmes privés et publics et combinaison des deux – pour étendre la couverture et réduire au minimum les débours directs tout en instaurant des systèmes efficaces, transparents et viables pouvant être adaptés en fonction de leur situation politique, socio-économique et sanitaire particulière. Les secteurs public et privé ont tous deux des rôles essentiels à jouer.

Les Etats-Unis d'Amérique pourraient accepter le projet de résolution.

M. SAMO (Etats fédérés de Micronésie) remercie le Secrétariat d'avoir collaboré avec les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental pour mettre au point des systèmes de financement durables de la santé, la couverture universelle des services de santé et des systèmes de sécurité sociale. Ces efforts doivent être intensifiés. Il soutient le projet de résolution et invite instamment d'autres Etats Membres à le faire également.

Mme REID (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) se félicite de ce que le projet de résolution insiste sur l'instauration de la couverture universelle des services de santé de base au moyen d'un système de financement qui ne prévoit pas de rémunération à l'acte et permet de protéger les malades contre le risque de catastrophe financière, et qui privilégie le paiement anticipé et la répartition des risques. Le projet de résolution ne doit pas se prononcer en faveur de tel ou tel système de financement ; les solutions doivent correspondre aux besoins particuliers de chaque pays, et chaque pays doit trouver les siennes. Elle propose de supprimer « systèmes de sécurité sociale » du titre, de remplacer au paragraphe 1.2) « les assurés » par « les usagers », au paragraphe 1.7) d'insérer « la fiscalité générale » avant « la mise en place de systèmes de sécurité sociale », au paragraphe 2.1) de remplacer « en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise » par « qui réduisent au minimum le recours à des mécanismes de paiement à l'acte et l'exposition des usagers à un risque financier catastrophique », et au paragraphe 2.3) de remplacer « sécurité sociale » par « financement de la santé ».

Le Dr REN Minghui (Chine) dit que la Chine a établi, en 1998, un système de sécurité sociale de base qui est progressivement étendu en vue de réaliser la couverture universelle de tous les habitants des zones rurales d'ici 2010. La mise en oeuvre d'un tel système dans les pays en développement se heurte à de graves difficultés, notamment la fourniture de médicaments et d'autres produits. La couverture universelle est un objectif à long terme et doit tenir compte des particularités de chaque pays, par exemple le niveau de revenu et la culture. Le financement de la santé doit être renforcé pour améliorer l'équilibre entre revenu et dépenses. La couverture, la technique et le niveau de soins doivent être améliorés progressivement, en fonction du développement économique. Une capacité gestionnaire renforcée permettrait d'assurer une surveillance adaptée de la sécurité sociale et le fonctionnement de systèmes appropriés d'alerte rapide. Il faudrait que le Secrétariat renforce son soutien aux Etats Membres dans ces domaines, notamment en ce qui concerne l'échange d'informations et le transfert de technologie. La Chine appuie le projet de résolution.

Le Dr OPIO (Ouganda) dit que le plan sanitaire stratégique nécessite une dépense annuelle par habitant de US \$28 alors que les dépenses actuelles financées conjointement par l'Etat, les donateurs et les paiements directs des usagers ne sont que de US \$18. Le déficit a eu un effet négatif sur les indicateurs de santé comme la mortalité infantile, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de cinq ans et sur la qualité des services de santé. Les autorités étudient différentes options de financement. Une étude, réalisée en 2001 à la demande des autorités pour déterminer la faisabilité d'adopter un système de sécurité sociale, montre qu'il s'agit d'une option viable qui fournit au secteur de santé une source stable de revenu, favorise une répartition plus équitable de la charge financière en fonction de la capacité à payer et représente un instrument permettant d'accroître l'efficacité des prestations des services de santé et d'améliorer leur qualité. Cette solution pourrait également libérer les recettes utilisées actuellement pour la prestation de soins aux ménages à revenus élevé et intermédiaire, permettant ainsi la réaffectation des fonds à la santé publique et au subventionnement des ménages ayant des revenus moindres. Le Gouvernement a publié un mémorandum sur la sécurité

sociale dans le but de parvenir à un consensus entre toutes les parties intéressées. L'Ouganda appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par les délégués du Kenya et du Royaume-Uni.

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud) dit que l'Afrique du Sud examine actuellement divers systèmes de sécurité sociale et reprend à son compte les objectifs d'équité en matière d'accès et de financement. Les personnes doivent pouvoir accéder aux services de santé quand elles en ont besoin, qu'elles soient ou non à même de payer, et les ménages doivent pouvoir cotiser selon leur capacité financière et être protégés du risque financier lorsqu'ils recourent aux services de santé. Elle soutient le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué du Kenya, en particulier l'appel, au paragraphe 1.5), au pragmatisme face à un changement socio-économique dynamique et, au paragraphe 1.6), aux gouvernements pour qu'ils exercent une tutelle sur les réformes du financement de la santé.

M. ASPLUND (Suède) appuie le projet de résolution. Etant donné que les médicaments sont essentiels pour assurer des services de santé de qualité, il propose que le paragraphe 1.2) soit modifié en insérant « y compris des médicaments » après « services de santé équitables et de qualité ».

Le Dr CAREY (Bahamas) dit que, comme d'autres pays, les Bahamas reconnaissent que le système actuel de financement de la santé ne permet pas d'assurer la prestation de services de santé équitables et de qualité satisfaisante. Le coût toujours plus élevé des soins de santé et la progression vers la couverture universelle ont imposé de revoir le système actuel en vertu duquel les hôpitaux publics et les dispensaires communautaires, financés par un fonds général, dispensent gratuitement des soins. A son accession au pouvoir en 2002, le Gouvernement a entrepris une étude de faisabilité concernant l'introduction d'un système de sécurité sociale comme base du financement futur de la santé. L'élaboration d'un plan approprié pour l'introduction d'un tel système s'est avérée toutefois compliquée. Aux termes des conditions stipulées, toutes les personnes travaillant dans les secteurs formel et informel doivent cotiser et le système doit permettre d'assurer une couverture universelle. Le revenu moyen est relativement élevé, ce qui signifie que le secteur de l'assurance-maladie privée est solide et qu'il couvre près de la moitié de la population. En outre, il existe dans le pays des services de santé complets et on attend beaucoup de ceux qui seront offerts dans le cadre de la sécurité sociale. Les Bahamas accueillent avec satisfaction les orientations figurant dans le rapport, remercient l'OPS pour l'appui technique qui leur a été donné dans le domaine considéré et appuient le projet de résolution.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) dit que l'éventail des options pour le financement de la santé doit inclure les systèmes publics et privés et les systèmes mixtes publics-privés afin que les pays puissent choisir en fonction de leur situation politique et socio-économique. Pour atteindre l'objectif de la santé pour tous, il est indispensable de trouver des mécanismes de financement qui permettent aux populations de tous les pays d'avoir un accès équitable à des services de santé satisfaisants. La Grèce appuie donc le projet de résolution, mais propose qu'il soit modifié en ajoutant un nouvel alinéa au préambule, libellé comme suit : « Ayant estimé que toute la population de chaque pays a le droit à un accès équitable à des soins d'une qualité acceptable pour réaliser l'objectif de la santé pour tous ».

Le Dr AL DARMAKI (Emirats arabes unis) déclare que son pays a pris plusieurs mesures pour mettre en oeuvre un système de sécurité sociale en tenant compte des données d'expérience d'autres pays. Un avant-projet de loi rendant obligatoire l'adhésion au plan de sécurité sociale est actuellement à l'étude. Les secteurs public et privé seront associés à cette entreprise, car il s'agit de prévoir suffisamment de souplesse pour faciliter sa mise en oeuvre, sur une base équitable, par les autorités compétentes. Un département a été créé au sein du Ministère de la Santé d'Abu Dhabi pour veiller à ce que cette mise en oeuvre réponde aux normes les plus élevées. Le projet pilote sera ensuite étendu aux autres Emirats. Il soutient le projet de résolution et souscrit aux observations des délégués de la Belgique et des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr MENDOZA (République bolivarienne du Venezuela) dit que, dans les années 60, aux termes de la Constitution, le système de santé de son pays devait assurer des soins de santé à ceux qui n'avaient pas les moyens de les payer. Le système qui en a résulté est déséquilibré, car il donne la priorité au traitement médical, néglige la prévention de la maladie et la promotion de la santé et exclut une partie de la population des services de santé. Cette situation a également entraîné la privatisation du secteur de la santé. La Constitution de 1999 a établi le principe des soins de santé gratuits et universels et donné lieu à la création d'un système unique de santé publique qui a éliminé toutes les inégalités. Il appuie donc les amendements proposés par le délégué du Royaume-Uni concernant le titre du projet de résolution et le paragraphe 1.2) pour que tous les citoyens, et non pas uniquement ceux couverts par une assurance, bénéficient des services de santé. Les problèmes de santé publique relèvent de la compétence de l'Etat, et il n'est pas souhaitable de chercher à les résoudre en secteur privé.

Le Dr ZAHER (Egypte), se félicitant de la qualité du rapport, déclare que le Ministère de la Santé de son pays cherche depuis quatre ans le meilleur moyen d'assurer une couverture globale, financièrement viable, de soins de santé de grande qualité. Le système actuel de sécurité sociale ne couvre que la moitié de la population. Elle soutient le projet de résolution, mais propose que le Directeur général soit prié de fournir un appui à la conduite d'études actuarielles et de recherches sur les méthodes de calcul des coûts et les systèmes de financement, à la mise en commun des expériences relatives à l'assurance-maladie et au renforcement des capacités institutionnelles, en finançant des programmes de jumelage.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) apprécie le débat sur le financement durable de la couverture universelle des soins de santé. Il souscrit aux amendements proposés par les délégués du Kenya et du Royaume-Uni. Dans les pays africains et les pays en développement, le financement des systèmes de santé pose des difficultés considérables. Au Zimbabwe, 12 % du budget total est affecté à la santé ; s'agissant de la participation financière des usagers, il est précisé qu'en sont exemptés les enfants de moins de cinq ans, les femmes qui sont suivies dans les hôpitaux de district pendant leur grossesse, lors de l'accouchement et durant les six semaines qui suivent l'accouchement, et toutes les personnes de plus de 65 ans qui sont soignées dans les hôpitaux publics et qui n'ont pas d'assurance privée. Tout le monde a droit aux soins d'urgence dans les hôpitaux publics comme dans les hôpitaux privés, la question du règlement n'intervenant que lorsque l'état de santé du patient se stabilise. La couverture universelle est souhaitable étant donné que 10 % seulement de la population est au bénéfice d'une assurance privée ; pour tous les autres, le paiement incombe à la personne concernée ou à l'Etat. Le financement d'un plan d'assurance-maladie universelle peut être assuré par des cotisations volontaires ou obligatoires. Pour y parvenir, le Zimbabwe apprécierait l'appui de l'OMS pour la conduite d'études actuarielles.

Le Dr RUBIANA (Indonésie) dit que son pays doit faire face à une augmentation du coût des prestations des services de santé. Au cours des trois dernières décennies, l'Indonésie s'est efforcée d'établir un système de sécurité sociale en commençant par les fonctionnaires de l'administration publique et en l'étendant ensuite aux grandes sociétés privées. Enfin, en 2004, une loi relative à l'assurance-maladie nationale a été promulguée pour couvrir la population tout entière. Malheureusement, le régime d'assurance-maladie ne couvre encore qu'un nombre relativement faible de personnes, soit 30 % de la population. Dans le secteur informel, qui regroupe environ 70 % de la population active, la plupart des gens ne connaissent pas l'existence de ce régime d'assurance, ce qui le rend difficile à appliquer. Elle recommande donc qu'au paragraphe 1.7) du projet de résolution, on évoque la prise en compte du secteur informel dans les systèmes de sécurité sociale. Etant donné que les régimes d'assurance-maladie ont tendance à privilégier le traitement plutôt que la promotion de la santé et la prévention de la maladie, elle recommande d'inclure particulièrement ces éléments des services de santé au paragraphe 1.2).

Mme SICARD (France) dit que, dans de nombreux pays, les systèmes de financement de la santé demandent encore à être développés afin de garantir aux populations de ces pays l'accès aux soins et de leur assurer une protection contre le risque financier. Il serait illusoire de vouloir transposer dans des pays les systèmes de financement de la santé clés en main, car chaque système de financement doit tenir compte des spécificités des situations locales ainsi que de la place respective des acteurs des secteurs public et privé. La qualité des systèmes totalement publics laisse souvent quelque peu à désirer, mais des systèmes totalement privés peuvent restreindre l'accès aux soins, comme l'ont montré des études récentes de l'OCDE. Le régime en France est un régime mixte, une part des dépenses de santé est couverte par le régime public, la part restant à la charge des patients pouvant être couverte par une assurance privée. La réforme sanitaire de 2000 a conduit à la généralisation de la couverture maladie dans le respect des spécificités des régimes existants ; aucune personne résidant sur le territoire français depuis plus de trois mois ne se trouve sans couverture maladie. Elle appuie le projet de résolution et souligne que les dépenses de santé doivent être considérées comme une source de richesse.

Le Dr ASSI GBONON (Côte d'Ivoire) dit que, dans son pays, le système de protection sociale actuel ne couvre que 15 % de la population ; sur les 85 % restants de la population, 33 % vivent au-dessous du seuil de pauvreté et 12 % en situation d'extrême pauvreté. Une réforme est en cours, et une loi votée en 2001 instaure un système national de sécurité sociale dont l'assurance-maladie universelle est la composante essentielle ; il vise à réduire les disparités, à créer les conditions d'une meilleure accessibilité financière et d'une meilleure solidarité nationale. La priorité est donnée au secteur agricole où une expérience pilote est menée. Les systèmes de financement des services de santé de nombreux pays en développement méritent d'être réformés pour garantir une meilleure accessibilité. L'appui technique au renforcement des capacités est particulièrement important. Le Dr Assi Gbonon appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué du Kenya.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) déclare que l'objectif du Gouvernement de Madagascar est d'améliorer l'accès de tous aux soins de qualité, avec comme principes l'équité d'accès et le développement de la participation communautaire. Le budget de santé de l'Etat est complété par un système de participation financière des usagers qui permet d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels dans les centres de santé et d'améliorer la qualité des prestations. Une partie des recettes provenant du recouvrement des coûts sert à alimenter un « fonds d'équité » utilisé pour financer la prise en charge des indigents dans les centres de santé de base. Des mutuelles ont été mises en place au niveau communautaire dans certains districts sanitaires avec l'appui de partenaires, pour permettre à la population rurale de bénéficier de soins de santé en tout temps. L'assurance-maladie, type sécurité sociale, n'est pas encore ancrée dans le système de santé et c'est surtout le secteur privé qui opte pour ce mécanisme de financement. La couverture universelle n'est pas encore réalisée, même si la plus grande partie de la population a accès aux soins. Le seul problème qui persiste est celui de la couverture des traitements spécialisés au coût élevé dans les hôpitaux, qui occasionne des dépenses de santé très élevées. Elle se dit favorable au projet de résolution avec les amendements proposés par les délégués du Kenya et du Royaume-Uni.

Le Dr AHMED (Pakistan) rappelle que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, ce qui suppose un accès universel à des soins de santé de qualité. Or l'ampleur des ressources requises pose un problème épineux aux pays en développement. Aucun système ne peut être à lui tout seul la solution pour tous étant donné que les économies diffèrent grandement d'un pays à l'autre ; il est donc important de disposer de mécanismes de rechange pour le financement de la santé. Il appuie le projet de résolution en attirant l'attention sur le fait que de nombreux pays en développement ont besoin d'une plus grande assistance financière et technique pour pouvoir mettre en place des systèmes viables de financement de la santé et garantir ainsi la couverture universelle.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) déclare que la question centrale est celle de l'équité de l'accès aux services de santé, quelle que soit la méthode utilisée. Dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*,<sup>1</sup> la meilleure note en matière d'équité du financement a été obtenue par les pays qui ont un système de financement proportionnel. En vertu du système d'imposition progressive en vigueur en Nouvelle-Zélande, le montant des primes des personnes aux revenus élevés est proportionnellement plus grand que celles dont les revenus sont faibles. Il ne serait guère équitable de priver des soins de santé les salariés à faible revenu au motif que les frais d'utilisation sont trop élevés. Il demande si la conception que le Secrétariat a de l'équité diffère de celle figurant dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000*. Il appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par le délégué du Royaume-Uni.

Le Dr DAYRIT (Philippines) accueille favorablement le rapport, le projet de résolution et les amendements proposés. Au cours des trois dernières années, le Gouvernement philippin a donné la priorité aux efforts visant à réaliser la couverture universelle des soins de santé en créant la Philippines Health Insurance Corporation. Cette initiative a permis de multiplier par plus de deux la proportion de la population couverte par la sécurité sociale, passant de 30 à 75 % du fait de l'adhésion massive des personnes indigentes. Néanmoins, le maintien chaque année du niveau de sécurité sociale nécessaire pour assurer la couverture des personnes insolvables continue de poser d'importants défis. Aux termes de la loi, les administrations locales et nationales officielles doivent prendre en charge les soins de santé des personnes indigentes, mais les administrations locales sont de moins en moins disposées à le faire, d'autres objectifs prioritaires, comme la construction de routes et de ponts, se faisant plus pressants. La Corporation examine d'autres moyens novateurs de maintenir les primes d'assurance, y compris le parrainage de sociétés privées et de membres du Congrès cherchant à se faire élire et les contributions extrabudgétaires du Gouvernement central. Il souhaite que les Etats Membres et le Secrétariat continuent à échanger des informations concernant le financement durable de la santé.

Le Dr UPUNDA (République-Unie de Tanzanie) appuie le projet de résolution qui cherche à donner à la population le sentiment qu'elle détient les services de santé. Il se félicite des efforts déployés par l'OMS et ses partenaires pour garantir l'accès équitable aux systèmes de santé.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), en réponse aux observations des délégués, rappelle que la résolution EB115.R13 résulte d'une demande faite il y a près de deux ans pour que soit rédigé un document de travail sur la sécurité sociale. Dès le départ, la priorité était d'assurer un accès universel aux soins de santé par tous les moyens possibles, suivant des principes de mise en commun des ressources et de paiement anticipé. En réponse à la question du délégué de la Nouvelle-Zélande concernant la définition du mot équité, il dit que l'attention se concentre sur les personnes qui ont besoin de services de santé et non pas uniquement sur celles qui y ont déjà accès. Il est clair que le fardeau du coût direct et indirect de la santé peut mettre en danger la santé financière des populations, voire les faire sombrer dans la pauvreté.

Le PRESIDENT propose qu'une version révisée du projet de résolution, intégrant les amendements proposés, soit établie et soumise ultérieurement à l'examen de la Commission.

## **Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la treizième séance.)

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant*. Genève, 2000.

**La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale** : Point 13.10 de l'ordre du jour (résolution EB115.R6 ; document A/58/14) (suite de la neuvième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la version révisée de la résolution contenue dans la résolution EB115.R6, qui incorpore les amendements proposés par les délégations de la Chine, de Cuba, du Koweït, des Palaos, de la Thaïlande et de la République bolivarienne du Venezuela, et qui sera examinée par un groupe de travail.

**Endiguement de la résistance aux antimicrobiens [Chine]/La résistance aux antimicrobiens : nécessité de combattre cette résistance ~~une menace pour la sécurité sanitaire mondiale~~ [Cuba]**

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients ;

Reconnaissant que l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens est un préalable à la réalisation de plusieurs des objectifs liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant les recommandations formulées par les participants à la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiangmai, Thaïlande, 2004) ;

Rappelant aussi les conclusions du rapport de l'OMS sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde<sup>1</sup> et la recommandation de Copenhague formulée à l'issue de la Conférence de l'Union européenne sur la menace microbienne (Copenhague, 1998) ;

Consciente du fait que la propagation de la résistance aux antimicrobiens ne connaît pas de frontières nationales et a atteint des proportions telles que des mesures s'imposent d'urgence aux niveaux national, régional et mondial, notamment compte tenu du recul de la mise au point de nouveaux antimicrobiens ;

Rappelant les résolutions antérieures WHA39.27 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA51.17 sur la résistance aux antimicrobiens et WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale ;

Appréciant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, des universités, le secteur privé et des organisations non gouvernementales pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, contribuant ainsi à prévenir la propagation des maladies infectieuses ;

Notant que, malgré certains progrès, la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens n'a pas été largement appliquée ;

Souhaitant intensifier les efforts pour endiguer la résistance aux antimicrobiens et promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale ;

Réaffirmant la nécessité d'une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour promouvoir l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale de réaffirmer leur volonté de veiller à ce que des investissements suffisants soient consentis en vue d'endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que soit mise au point une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour appliquer la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en

---

<sup>1</sup> Document WHO/EDM/PAR/2004.7.

<sup>2</sup> Document WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2 (résumé en français paru sous la cote WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a).

- tenant compte, le cas échéant, des incitations financières et autres qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur les politiques en matière de prescription et de délivrance ;
- 2) **à accroître l'emploi approprié des antimicrobiens, notamment en élaborant et en mettant en oeuvre des lignes directrices nationales applicables aux pratiques normalisées pour les infections courantes, dans les secteurs public et privé de la santé, et à envisager la sélection d'un traitement antimicrobien efficace de courte durée pour les malades susceptibles de ne pas prendre correctement leurs médicaments ;**
  - 2)3) à envisager de renforcer leur législation sur la disponibilité des médicaments en général et des antimicrobiens en particulier ;
  - 3)4) à mobiliser des ressources humaines et financières pour atténuer le plus possible le développement et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, notamment en encourageant l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs ;
  - 5) **à surveiller efficacement et combattre les infections nosocomiales, l'une des sources les plus répandues de résistance aux antimicrobiens ;**
  - 4)6) à suivre régulièrement l'usage des antimicrobiens et les niveaux de résistance aux antimicrobiens dans tous les secteurs concernés **et à faire rapport chaque année à l'OMS sur ce sujet ;**
  - 5)7) à faire activement part de leurs connaissances et de leurs données d'expérience sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens, **y compris l'éducation des malades et des usagers ;**
  - 8) **à assurer la qualité des antimicrobiens utilisés dans la pratique médicale ;**
  - 9) **à surveiller et contrôler l'usage non humain des antibiotiques, en particulier la quantité et le groupe thérapeutique des antibiotiques utilisés pour accélérer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine ;**
  - 10) **à allouer des ressources financières exclusivement destinées à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;**
  - 11) **à allouer des ressources humaines et financières au renforcement des laboratoires régionaux de bactériologie ;**
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer le rôle directeur de l'OMS dans l'action visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
  - 2) d'accélérer l'application des résolutions WHA51.17 et WHA54.14 concernant l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en élargissant et en renforçant l'appui technique fourni aux Etats Membres qui en font la demande ;
  - 3) ~~d'aider~~ **de collaborer avec** d'autres programmes et partenaires concernés à ~~intensifier leurs efforts~~ pour promouvoir le bon usage des antimicrobiens en développant les interventions d'efficacité avérée ;
  - 4) ~~d'aider à mettre~~ **de fournir une aide pour la mise** en commun parmi ~~des~~ parties prenantes ~~des~~ connaissances et ~~des~~ données d'expérience sur les meilleurs moyens de promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens, **éducation des patients et des consommateurs y compris, d'établir des bases de données sur l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens dans le monde et de les mettre à la disposition des Etats Membres et d'autres parties au moyen d'un rapport périodique annuel ;**
  - 5) de promouvoir l'usage approprié des antimicrobiens dans des domaines autres que celui de la santé humaine, et en particulier dans la pratique, jugée dangereuse depuis les années 70, qui consiste à utiliser des antibiotiques pour activer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine ;
  - 6) de fournir un soutien pour la production d'informations actualisées sur la résistance aux antimicrobiens aux niveaux régional et infrarégional ;



7) **de fournir un appui pour la collecte de données factuelles sur les stratégies de prévention et d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens offrant un bon rapport coût/efficacité aux niveaux national et local ;**

8) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et, par la suite, à intervalles réguliers, sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les autres mesures proposées en vue de l'application de la présente résolution.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3, p. 242.)

**La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant :** Point 13.11 de l'ordre du jour (résolution EB115.R12 ; document A58/15) (suite de la neuvième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la version révisée de la résolution contenue dans la résolution EB115.R12, qui incorpore les amendements proposés par les délégations de l'Afrique du Sud, de l'Arabie saoudite, du Botswana, du Ghana, de l'Iran (République islamique d'), du Japon, du Kenya, de la Micronésie (Etats fédérés de), du Népal, du Swaziland, du Yémen et du Zimbabwe, et qui sera examinée par un groupe de travail.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que les résolutions WHA39.28, WHA41.11, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, ~~et, en particulier, la résolution~~ WHA54.2 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes, **et en particulier la résolution WHA55.25 dans laquelle est approuvée la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;**

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;

Constatant qu'à la réunion conjointe d'experts FAO/OMS, tenue en 2004, sur *Enterobacter sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons, il a été conclu que la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii* et *Salmonella* avait provoqué des épisodes infectieux et morbides chez les nourrissons, y compris des maladies graves susceptibles d'entraîner des conséquences sérieuses sur le développement et des décès, en particulier en cas de naissance avant terme, d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'immunodéficience ;<sup>1</sup>

Notant que ces épisodes sévères sont particulièrement graves chez les nourrissons nés avant terme, d'un faible poids à la naissance et immunodéprimés, et sont donc préoccupants pour tous les Etats Membres ;

Gardant à l'esprit le fait que la Commission du Codex Alimentarius révisé actuellement ses recommandations en matière d'hygiène pour la fabrication des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

**Reconnaissant que les parents et les personnes ayant la garde des enfants doivent être pleinement informés des risques connus que présente pour la santé publique la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons ;**

Préoccupée par le fait que des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé ~~sont peuvent être~~ **peuvent être** utilisées à mauvais escient pour promouvoir la vente de substituts du lait maternel au lieu de l'allaitement maternel ;

---

<sup>1</sup> FAO/WHO Expert Meeting on *E. sakazakii* and other Microorganisms in Powdered Infant Formula: Meeting Report. Microbiological Risk Assessment Series N° 6, 2004, p. 37.

Reconnaissant que la Commission du Codex Alimentarius joue un rôle déterminant en fournissant des lignes directrices aux Etats Membres concernant la réglementation judicieuse des aliments, y compris les aliments pour les nourrissons et les jeunes enfants ;

Consciente qu'en plusieurs occasions l'Assemblée de la Santé a appelé la Commission à prendre pleinement en considération, dans le cadre de son mandat opérationnel, les mesures fondées sur des données factuelles qu'elle pourrait prendre pour améliorer les normes sanitaires applicables aux aliments, conformément aux buts et aux objectifs des stratégies pertinentes de santé publique, et en particulier les stratégies mondiales de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (résolution WHA55.25) et pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17) ;

Reconnaissant que ces mesures exigent une bonne compréhension des rôles respectifs de l'Assemblée de la Santé et de la Commission du Codex Alimentarius, ainsi que de la réglementation des denrées alimentaires dans le contexte plus général des politiques de santé publique ;

Tenant compte de la résolution WHA56.23 sur l'évaluation conjointe FAO/OMS des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, dans laquelle l'Assemblée de la Santé approuvait la participation directe accrue de l'OMS aux travaux de la Commission et priait le Directeur général de renforcer le rôle de l'OMS dans la conduite d'autres activités pertinentes dans les domaines de la salubrité des aliments et de la nutrition pour compléter les travaux de la Commission, en accordant une attention particulière aux tâches qui sont assignées à l'OMS dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à continuer de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, en tant que recommandation mondiale de santé publique, compte tenu des conclusions de la consultation d'experts de l'OMS sur la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive,<sup>1</sup> et à prévoir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, par l'application intégrale de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui encourage l'élaboration d'une politique nationale complète comprenant, le cas échéant, un cadre juridique visant à promouvoir le congé de maternité et des mesures d'appui propres à favoriser l'allaitement exclusif pendant six mois, un plan d'action détaillé pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la politique, et l'allocation de ressources adéquates pour ce processus ;

2) à veiller à ce que les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé ne soient pas autorisées ~~sur~~ **pour** les aliments ~~pour les~~ **destinés aux** nourrissons et les jeunes enfants ~~sauf si les normes du Codex Alimentarius ou la législation nationale en disposent autrement~~ ;

3) à s'assurer que, ~~lorsque les nourrissons ne sont pas nourris au sein,~~ les cliniciens et autres soignants, ainsi que les agents de santé communautaire, les familles, les parents et les autres personnes ayant la garde d'enfants, et en particulier de nourrissons à haut risque, reçoivent en temps voulu des informations **suffisantes** et ~~une formation~~ **soient formés par des dispensateurs de soins indépendants** concernant la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons afin de ramener à un minimum les risques pour la santé et sont informés, ~~le cas échéant~~ par une mise en garde explicite sur l'emballage, que les préparations en poudre pour nourrissons **ne sont pas stérilisées** et peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées de manière appropriée ;

---

<sup>1</sup> Telles qu'elles sont énoncées dans les conclusions et recommandations de la consultation d'experts (Genève, 28-30 mars 2001) qui a procédé à un examen systématique de la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive (voir le document A54/INF.DOC./4).

- 4) à veiller à ce que le soutien financier ~~apporté aux~~ **et autres incitations dont bénéficient les programmes et les** professionnels de la santé du nourrisson et du jeune enfant ne ~~donne~~ **donnent** pas lieu à des conflits d'intérêts ;
  - 5) à veiller à ce que les travaux de recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur lesquels se basent les politiques suivies en la matière **soient toujours financés par des sources indépendantes** et fassent toujours l'objet d'un examen indépendant afin que ces politiques ne subissent pas l'influence abusive d'intérêts commerciaux ;
  - 6) à travailler en étroite collaboration avec les entités concernées, notamment les fabricants, pour continuer à réduire la concentration et la prévalence des agents pathogènes, dont *Enterobacter sakazakii*, dans les préparations en poudre pour nourrissons ;
  - 7) à continuer de veiller à ce que les fabricants respectent les normes et réglementations alimentaires nationales ou celles du Codex Alimentarius ;
  - 8) à assurer la cohérence des politiques au niveau national en favorisant la collaboration entre les autorités sanitaires, les organismes de réglementation des denrées alimentaires et les organismes chargés de fixer les normes alimentaires ;
  - 9) à participer activement **et de façon constructive** aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius ;
  - 10) à veiller à ce que tous les organismes nationaux appelés à définir des positions nationales sur des questions de santé publique destinées à être utilisées dans toutes les instances internationales compétentes, y compris la Commission du Codex Alimentarius, reflètent une compréhension commune et cohérente des politiques de santé adoptées par l'Assemblée de la Santé et s'attachent à les promouvoir ;
2. PRIE la Commission du Codex Alimentarius :
- 1) de continuer à tenir dûment compte, lors de l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations, des résolutions de l'Assemblée de la Santé pertinentes dans le cadre de son mandat opérationnel ;
  - 2) d'élaborer des normes, des lignes directrices et des recommandations concernant les aliments pour nourrissons et jeunes enfants formulées de façon à garantir la mise au point de produits sans danger, correctement étiquetés et répondant sur le plan de la nutrition et de la sécurité aux besoins connus de ceux auxquels ils sont destinés, tenant ainsi compte de la politique de l'OMS et, en particulier, de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel **ainsi que des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé** ;
  - 3) de mener à bien d'urgence les travaux en cours visant à réduire le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons et d'établir des critères ou des normes microbiologiques appropriés relatifs à *E. sakazakii* et aux autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons ; et de fournir des conseils sur la manipulation sans danger et ~~d'envisager s'il y a lieu d'apposer~~ **des sur l'apposition de** mises en garde sur les emballages ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) en collaboration avec la FAO **et compte tenu des travaux entrepris par la Commission du Codex Alimentarius**, d'élaborer des lignes directrices destinées aux cliniciens et autres soignants ainsi qu'aux agents communautaires, aux familles, aux parents et aux autres personnes ayant la garde d'enfants concernant la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations pour nourrissons afin de ramener au minimum les risques pour la santé et de répondre aux besoins particuliers des Etats Membres en mettant en place des mesures efficaces pour réduire les risques dans les situations où le nourrisson ne peut être ou n'est pas nourri par le lait maternel ;
  - 2) ~~d'encourager et de promouvoir les~~ **de mettre en route et d'appuyer des** travaux de recherche faisant l'objet d'un examen indépendant, notamment en recueillant des

éléments dans différentes parties du monde, afin de mieux connaître l'écologie, la taxonomie, la virulence et autres caractéristiques de *E. sakazakii*, conformément aux recommandations de la réunion d'experts FAO/OMS sur *E. sakazakii*, et d'étudier les moyens de réduire la teneur en micro-organismes des préparations en poudre une fois reconstituées ;

3) de fournir des informations afin de promouvoir et de faciliter la contribution de la Commission du Codex Alimentarius, dans le cadre de son mandat opérationnel, à la pleine mise en oeuvre des politiques internationales de santé publique ;

4) de faire ~~régulièrement~~ rapport à l'Assemblée de la Santé **chaque année paire, parallèlement à la présentation du rapport sur l'état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**, sur les progrès de l'examen des questions renvoyées à la Commission du Codex Alimentarius pour qu'elle y donne suite.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la quatorzième séance, section 2.)

**Cybersanté :** Point 13.17 de l'ordre du jour (résolution EB115.R20 ; document A58/21)

Le Dr CHEN Xianyi (Chine) accueille avec satisfaction les propositions concernant l'utilisation des technologies de l'information pour améliorer l'efficacité et la qualité des prestations de santé. La Chine appuie l'extension des applications de cybersanté et la formulation de stratégies et de projets de recherche pour leur développement, et la mise en place de normes juridiques et éthiques pertinentes. Le Gouvernement attache de l'importance à la création d'un système national d'information sanitaire et a mis sur pied en 2004 un système de notification des données de surveillance sur le Web qui a permis à plus de 40 000 établissements de santé dans l'ensemble du pays de faire rapport sur la situation concernant les maladies. Il est prévu d'intensifier les efforts visant à renforcer le système d'information pour les maladies transmissibles et les urgences de santé publique.

Les activités dans le domaine de la cybersanté doivent correspondre au niveau d'utilisation des technologies de l'information dans un pays et à la nature du travail en cause. Les décisions concernant la rapidité du travail, les priorités et les méthodes opérationnelles doivent être prises prudemment. En encourageant l'application de la cybersanté, le Secrétariat devrait fournir des orientations appropriées, adaptées aux réalités du pays. La télémédecine peut aider à surmonter les problèmes posés par l'éloignement, mais non pas ceux liés à la pauvreté ; dans les régions où l'accessibilité des soins pose problème, il ne sera guère facile de gérer et de dispenser des soins à distance. Les résultats seront toutefois meilleurs si l'on utilise le réseau à bon escient pour fournir aux agents de santé des zones reculées et défavorisées des informations et des conseils, des services et une formation. Les systèmes de gestion et d'opération, la culture et les niveaux d'utilisation des technologies de l'information différant d'un pays à l'autre, il ne serait guère judicieux de prévoir une seule série uniformisée de normes et de critères régissant la cybersanté. Il incombe au Secrétariat d'aider les pays qui ont mis du temps à élaborer des normes et critères concernant l'information sanitaire en favorisant davantage les échanges et la coopération entre les pays et les Régions. Il devrait recommander des stratégies à l'efficacité avérée et qui sont adaptées à la situation propre à chaque pays. L'application de la cybersanté nécessite un investissement financier important ; il faut toutefois veiller à ce qu'elle ne devienne pas un objectif technologique et qu'elle soit libre de toutes considérations commerciales.

Cela étant dit, la Chine appuie le projet de résolution.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, souligne l'importance et l'opportunité de la question de la cybersanté qui, grâce aux progrès des technologies de l'information et de la communication, donne la possibilité de développer les soins de santé partout dans le monde. L'impact de ces technologies est considérable et va grandissant, mais faire en sorte que les communautés les plus nécessiteuses en tirent profit continue

à poser problème. Il convient de trouver un équilibre optimal entre ressources humaines et matérielles, technologies et produits pharmaceutiques, et d'assurer un accès équitable aux services de santé, notamment dans les zones reculées et mal desservies. Partout dans le monde, les ressources humaines pour la santé posent un problème. Elle invite instamment le Secrétariat à étudier plus avant le recours au cyberapprentissage pour l'éducation, la formation, le recyclage permanent et le soutien des agents de santé, et se félicite de la demande formulée à cet effet au paragraphe 2.4) du projet de résolution.

Les Etats Membres de la Communauté des Caraïbes sont confrontés à des défis exceptionnels : du fait de l'augmentation des voyages internationaux, le nombre des touristes et des autres voyageurs dépasse de loin celui des résidents. Il est utile de disposer de dossiers médicaux électroniques normalisés, car on peut les mettre à jour chaque fois que des soins sont dispensés et là où ils sont dispensés. Le Secrétariat doit répondre à la nécessité de créer une meilleure synergie entre technologies de l'information et de la communication et santé. Pour pouvoir tirer parti des techniques de téléconsultation, des dossiers médicaux électroniques, des systèmes de saisie informatique des prescriptions et d'autres applications, il faut surmonter de nombreux obstacles, y compris ceux que posent l'organisation, les questions classiques de sécurité, de respect de la sphère privée et de confidentialité, les questions juridiques et éthiques de responsabilité et de responsabilisation, ainsi que les normes et les critères et l'interopérabilité des systèmes. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr LARUELLE (Belgique) dit que l'un des principaux avantages du développement des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé est de garantir l'accès des patients aux ressources médicales et paramédicales, en particulier là où les infrastructures sont limitées ; mais l'un des principaux risques est la création de grandes bases de données contenant des informations personnelles sensibles, nécessitant un haut niveau de protection. Il propose par conséquent deux amendements au projet de résolution : au paragraphe 2.1), insérer « et des règles éthiques » après « des solutions administratives et techniques », et, au paragraphe 2.4), ajouter entre les mots « y compris » et « dans la formation des professionnels de la santé » le membre de phrase « dans la mise en place d'infrastructures de télémédecine dans les pays sous-médicalisés, ».

Le Dr MANDIL (Soudan) appuie le projet de résolution et s'associe aux observations des orateurs précédents. Il conviendrait de s'entendre sur la signification du terme « cybersanté » ; la définition donnée dans le rapport doit être modifiée de manière à indiquer que la cybersanté a recours aux technologies de l'information et de la communication pour favoriser la santé et les domaines connexes, y compris la gestion des services de santé, les statistiques sanitaires et l'épidémiologie, la documentation sanitaire, l'éducation sanitaire pour le personnel médical et les patients, et les savoirs.

Jusqu'à une date récente, la cybersanté n'était pas encore une priorité du Secrétariat. Le projet de résolution laisse entrevoir un changement d'attitude encourageant. La cybersanté touche toutes les activités de soins de santé et d'appui à ces derniers et doit être abordée de manière coordonnée et globale par les Etats Membres comme par le Secrétariat.

Le projet de résolution est plus important pour le Secrétariat que pour les Etats Membres qui ont fait de grands progrès ces dernières années en cybersanté et qui sont en avance sur le Secrétariat. L'appui a été fourni surtout par l'UIT, la Banque mondiale, le PNUD et les Etats Membres eux-mêmes. La grande majorité des Etats Membres en voie d'industrialisation ont déjà mis en place les politiques et stratégies nécessaires et ont de nombreux succès à leur actif. Le Soudan a établi un réseau national de télémédecine utilisé également pour l'enseignement à distance et entreprendra prochainement un projet pilote majeur pour informatiser les fonctions centrales de 12 hôpitaux et de 12 centres de santé afin de former un réseau national de santé. D'autres pays ont fait des progrès encore plus grands.

Mais de nombreux besoins restent encore à satisfaire. Les Etats Membres comptent sur les contributions techniques que le Secrétariat pourrait apporter – telles que le Réseau de métrologie sanitaire récemment créé – aux systèmes nationaux de cybersanté, lesquels pourront utiliser le Réseau comme source d'informations et y contribuer en alimentant la base de données. Les énergies et les ressources doivent être axées sur la mise au point d'outils similaires et d'instruments dont seul un organisme comme l'OMS peut se charger. L'Organisation doit mettre l'accent sur la recherche de

solutions techniques pour le renforcement de l'infrastructure de la cybersanté et la mise au point d'applications appropriées dans les pays. Elle pourrait recommander un ensemble minimum de données devant figurer dans les dossiers médicaux et un système d'identification des patients ; des protocoles généraux de télémédecine, la télémédecine et l'enseignement à distance revêtant une grande importance dans les zones mal desservies ; et des modèles généraux qui seraient adaptés par les pays. La confiance est un élément important de la sécurité informatique et de la confidentialité, et l'OMS pourrait informer les pays sur la manière dont les services de confiance peuvent compléter les signatures numériques et autres systèmes de sécurité. L'OMS devrait également fournir des orientations dans le domaine de la législation sur la cybersanté.

Il propose qu'un nouveau paragraphe soit ajouté au projet de résolution, peut-être après le paragraphe 2.2), dans lequel le Directeur général serait prié de proposer que le Conseil exécutif, à sa cent dix-septième session, se penche sur certaines questions précises visant des résultats précis qui contribueraient à apporter des solutions nationales ; cela représenterait une approche plus centrée sur l'appui à la cybersanté qui correspondrait à la situation des Etats Membres dans ce domaine. Le Conseil pourrait alors examiner ces questions et fixer des priorités pour y donner suite.

Le Professeur TLOU (Botswana) accueille avec satisfaction le projet de stratégie de la cybersanté qui traite d'un aspect important des soins de santé intéressant tous les pays. Son Gouvernement accorde une priorité élevée à l'intégration des technologies de l'information et de la communication dans tous les secteurs et s'emploie à formuler une politique à quatre volets. Premièrement, jeter des bases solides sur lesquelles établir la cybersanté en déterminant l'infrastructure technique nécessaire et les normes complémentaires, en examinant la législation et les mesures visant à résoudre les problèmes de protection des données relatives au dossier médical et en créant un conseil de cybersanté chargé de diriger et de guider le développement d'initiatives cybersanté dans le pays. Deuxièmement, doter les professionnels de la santé à tous les niveaux du système d'outils technologiques, les former et leur fournir des moyens leur permettant de dispenser des soins de qualité. Troisièmement, améliorer l'accès aux services de santé et à l'information sanitaire en ayant plus largement recours à la radio et à la télévision, en donnant aux patients la possibilité d'avoir accès par téléphone aux prestataires de soins et en introduisant la télémédecine pour les consultations et le diagnostic à distance. Quatrièmement, suivre et évaluer l'impact des interventions de cybersanté pour rendre les systèmes de santé plus performants et pour améliorer la surveillance des maladies et la capacité à réagir rapidement aux urgences.

Le recours à ces technologies dans les systèmes d'information sanitaire du Botswana augmente déjà et on espère que l'OMS fournira des informations et un appui technique dans ce domaine. Le Professeur Tlou se dit satisfait de ce que le projet de stratégie se préoccupe d'assurer un accès équitable aux groupes de population vulnérables et défavorisés et appuie le projet de résolution.

M. GHEORGHE (Roumanie), soutenant le projet de résolution, dit que la Roumanie est résolument en faveur de la cybersanté et collabore étroitement avec le Secrétariat à l'élaboration d'un plan d'action pour mettre en oeuvre le projet d'Académie de la Santé. L'expérience obtenue est susceptible d'intéresser d'autres pays, et la Roumanie leur communiquera volontiers les résultats.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que le Kenya prévoit de mettre en oeuvre la cybersanté. Le Ministère de la Santé a créé un groupe de travail sur la cybersanté qui regroupe les secteurs public et privé et qui est présidé par le Secrétaire permanent ou le Directeur des services médicaux. Le Ministère a rédigé une proposition pour un projet pilote axé sur la santé publique. Si le projet est probant, il sera étendu à d'autres domaines.

Appuyant le projet de résolution, il propose qu'un nouveau paragraphe soit ajouté après le paragraphe 2.2), ainsi libellé : « de faciliter la mise au point de solutions modèles de cybersanté qui, moyennant des modifications appropriées, pourraient être mises en place dans des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté ». Il est important que le Secrétariat assure un appui uniforme aux pays sur cette question en leur fournissant un modèle pouvant être facilement reproduit.

M. AL ROMAITHI (Emirats arabes unis) déclare que la cybersanté est une composante essentielle des soins de santé primaires. Un projet a été mis en oeuvre pour relier au moyen des télécommunications tous les centres de soins de santé primaires et les hôpitaux de son pays afin qu'il soit possible d'accéder aux informations sur le malade et traiter ces données quel que soit le lieu où le malade se trouve. Des efforts sont déployés pour améliorer la qualité des soins de santé primaires et rendre les prestations plus efficaces. La télémédecine est utilisée pour dispenser des soins médicaux supplémentaires et de meilleure qualité et obtenir des informations précises afin de prendre les décisions qui s'imposent. Des leçons précieuses ont été tirées des projets internationaux et adaptées aux besoins de son pays. Les programmes mis en oeuvre à Abu Dhabi seront par la suite étendus à l'ensemble du pays. Exprimant son appui au projet de résolution, il indique que son pays en appliquera les dispositions tout en respectant les principes éthiques.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que la cybersanté est l'avenir de l'information sanitaire et qu'elle contribuera à accélérer l'amélioration des services de santé. Il soutient le projet de résolution, mais propose plusieurs amendements. Il propose que l'on ajoute à la fin du paragraphe 1.5) « ainsi que le respect des principes de la confidentialité de l'information, de la vie privée, de la justice et de l'égalité ». Au paragraphe 1.1), le membre de phrase « dans les différents secteurs de l'administration sanitaire » devrait être ajouté après le mot « cybersanté ». Au paragraphe 1.7), le mot « électronique » doit être inséré juste avant le membre de phrase « d'information en matière de santé publique ». Le paragraphe 1.3) doit être étoffé en ajoutant : « et de tirer parti des programmes électroniques de l'OMS et d'autres organisations sanitaires, et à solliciter leur appui dans le domaine de la cybersanté ». Le paragraphe 2.2) devrait commencer comme suit : « d'étendre l'utilisation de données documentaires sur support électronique par l'Organisation et la soumission de rapports à intervalles réguliers, ». Il s'associe aux commentaires des orateurs précédents sur le projet de résolution.

Le Dr SHEVRYOVA (Fédération de Russie), soutenant l'action de l'OMS dans le domaine de la cybersanté, fait observer que le site Web officiel de l'OMS est une source d'informations essentielles pour renforcer les efforts déployés par les pays en vue de résoudre les problèmes de soins de santé, établir des stratégies nationales de soins et améliorer la qualité des soins médicaux dispensés aux patients. Son pays élabore actuellement un programme de cybersanté pour mettre en commun les connaissances en matière de prévention de la maladie, diffuser des informations sur le programme national de vaccination et la surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles, dispenser un enseignement à distance aux professionnels de la santé et développer d'autres domaines des soins de santé. Les activités doivent être renforcées pour la mise en oeuvre universelle des systèmes de cybersanté, et des normes et lois internationales devraient être formulées. Elle appuie le projet de résolution.

Mme RØINE (Norvège) appuie pleinement le projet de résolution avec les amendements proposés par plusieurs pays concernant l'application de principes éthiques. La cybersanté peut contribuer au renforcement des systèmes de santé dans tous les pays et aider les personnels de santé des pays en développement à créer des institutions et à élargir l'accès à l'éducation. Il convient d'étudier plus avant si la cybersanté peut contribuer à pallier le manque de personnel de santé dans les pays en développement, et elle se félicite de l'accent mis sur la documentation et l'analyse à cet égard. Le Centre norvégien de Télémédecine, qui est un centre collaborateur de l'OMS, apporte son concours aux pays en développement pour favoriser l'accès à l'enseignement à distance. La Troisième Conférence européenne sur la cybersanté (Tromsø, Norvège, 23-24 mai 2005), organisée en association avec la Commission européenne, doit aborder plusieurs questions soulevées dans le projet de résolution.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) fait remarquer que les technologies de l'information et de la communication peuvent être d'une grande utilité pour les stratégies de santé publique, mais qu'il est nécessaire d'investir davantage dans les ressources humaines et l'information. Il est important, lors

de l'application de ces technologies, de garder à l'esprit les aspects liés à l'éthique, aux droits de l'homme et à la loi. Elle propose donc d'ajouter au quatrième alinéa du préambule du projet de résolution le membre de phrase « les droits de l'homme et les questions d'éthique » après « d'équité ».

Le Dr MOSA (Madagascar) dit que le renforcement des technologies de l'information et de la communication figure parmi les priorités de son pays et qu'il a été demandé à tous les départements ministériels d'utiliser ces avancées technologiques chaque fois que possible. Au Ministère de la Santé, un service a assuré la formation soutenue de tous les hauts responsables ; la mise en réseau de tous les services administratifs a été effectuée. L'accès à l'information dans les zones reculées, notamment pendant la saison des pluies, est très difficile, mais la technologie est à présent étendue à ces zones et permet non seulement l'échange en temps voulu des informations, mais également l'accès des professionnels de la santé à l'actualité médicale. Il soutient le projet de résolution.

M. POMOELL (Finlande) dit que les applications et services de cybersanté peuvent contribuer à informer, éduquer et doter le public de moyens, à encourager l'élaboration de politiques de santé novatrices, à promouvoir la santé et à prévenir la maladie, et à améliorer la qualité de la gestion des données sanitaires ainsi que la prestation des soins et la gestion des systèmes de santé. La cybersanté peut favoriser un accès plus équitable à l'information et aux services de santé en mettant en rapport le public, les professionnels de la santé, les fournisseurs d'informations sanitaires et les décideurs. La protection et la sécurité des données revêtent une grande importance lorsqu'il s'agit du traitement des données personnelles. Outre le fait de garantir l'application de méthodes de documentation fiables et compatibles, les échanges d'information entre professionnels de la santé, planificateurs sanitaires, chercheurs, organes de financement, administrateurs et le public sont également une priorité. Il importe que les professionnels de la santé reçoivent une formation et une éducation continues pour adopter et utiliser les systèmes de cybersanté. Son utilisation doit inclure une évaluation complète de l'environnement et des besoins locaux afin de fournir des solutions efficaces, de qualité et présentant un bon rapport coût/efficacité.

Le Dr MIZUSHIMA (Japon) déclare qu'en établissant un système de cybersanté, il faut se préoccuper à la fois du matériel requis et des informations à traiter et veiller au respect de la confidentialité des données personnelles. Son pays a une grande expérience de la mise en place des systèmes d'information et de communication à la fois au Japon et dans les pays en développement et il est prêt à faire part de cette expérience à d'autres Etats Membres. Le Japon a pu constater que la cybersanté était un moyen efficace et efficient de dispenser des soins médicaux dans les zones peu peuplées et aux personnes souffrant de maladies chroniques. Il fait état de l'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches qui représente une application efficace de la cybersanté, permettant aux médecins des zones peu peuplées d'avoir accès gratuitement aux publications médicales les plus récentes. Le Secrétariat a également mis sur pied des systèmes d'information médicale dans les zones urbaines et rurales qui contribuent à pallier le déséquilibre de la répartition des médecins. Les problèmes de santé liés au mode de vie, causes d'accidents vasculaires cérébraux ou de maladies cardio-vasculaires, peuvent être évités grâce à un système de cybersanté auquel les personnes très occupées auraient accès par l'Internet ou par téléphone.

**La séance est levée à 12 h 45.**



## ONZIEME SEANCE

Lundi 23 mai 2005, 15 heures

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES :** Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Cybersanté :** Point 13.17 de l'ordre du jour (résolution EB115.R20 ; document A58/21) (suite)

Mme WILSON (Canada) note que la cybersanté peut contribuer à améliorer à la fois l'information sanitaire et la prestation des services et qu'elle est donc susceptible de promouvoir la santé des gens partout où ils vivent. Le Canada appuie et loue les initiatives de l'OMS pour faciliter le déploiement de la cybersanté dans les pays en développement, mais aurait besoin d'examiner plus avant ses propres capacités de participation à cet effort. Le Canada soutient le projet de résolution.

Le Dr SINGER (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays appuie vivement l'utilisation des technologies de l'information dans le domaine de la santé afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé et de dispenser des soins fondés sur l'intérêt des consommateurs et sur des informations solides. La stratégie pour la cybersanté doit être soigneusement ciblée afin de tirer parti au maximum des capacités du Secrétariat et de conduire à des résultats mesurables au niveau des pays. Des méthodes claires pour la fixation des priorités doivent être définies à l'échelle mondiale, régionale et nationale. Un plein engagement de toutes les parties intéressées aidera à mobiliser les connaissances d'experts et les capacités nécessaires. Pour aider les Etats Membres à mettre en place les bases requises pour ces services, le Secrétariat doit fixer soigneusement les priorités en tenant compte des compétences et des ressources existantes. La technologie sanitaire évolue rapidement et les infrastructures nationales en matière d'information sont de niveau très variable selon les Etats Membres, lesquels ont besoin de se doter d'équipements et de systèmes appropriés s'ils veulent tirer pleinement parti des données rassemblées pour définir leurs politiques. En outre, le fait que de nombreux progrès technologiques actuels dans un domaine en mutation rapide soient réalisés dans le secteur privé impose d'adopter une approche souple et prudente.

Il estime, comme le délégué du Soudan, que la définition donnée de la cybersanté est trop large et ne fait pas suffisamment référence à la santé, mais appuie néanmoins le projet de résolution sous sa forme actuelle ; il s'agit d'un effort équilibré pour promouvoir la collaboration internationale et multisectorielle visant à intégrer la cybersanté dans les systèmes de santé publique et, à terme, à améliorer les résultats sanitaires pour tous.

M. ASPLUND (Suède) dit que, pour répondre à la demande sans cesse croissante des citoyens qui veulent des systèmes de soins de santé accessibles, efficaces et de qualité, il est nécessaire de recourir aux technologies modernes de l'information dans le secteur des soins de santé, même si cela est difficile. La Suède a récemment créé un groupe national de haut niveau pour la cybersanté, auquel participent les principaux acteurs du secteur de la santé, principalement afin d'établir un plan national de cybersanté. Parmi les défis à relever figurent des obstacles juridiques et des problèmes de confidentialité, de sécurité et de confiance du public. La future stratégie pour la cybersanté pourrait constituer un outil important et stratégique pour continuer à progresser dans cette voie.

Le Dr YOT TEERAWATTANON (Thaïlande) appelle tous les utilisateurs d'Internet à des fins sanitaires à collaborer afin d'améliorer la qualité de la cybersanté et de créer un environnement sûr pour répondre aux besoins en matière de soins de santé. Les préoccupations éthiques dans le domaine de la cybersanté devraient porter non seulement sur la confidentialité de l'information et sur le respect de la dignité et de la vie privée, comme cela est dit dans le rapport, mais aussi sur l'exactitude de l'information et la responsabilisation de tous les acteurs en cause. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par la Belgique et les Emirats arabes unis tendant à insister sur la nécessité d'introduire des règles éthiques en matière de cybersanté dans un souci d'exactitude, de fiabilité et de responsabilisation tant morale que juridique.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) explique que son pays travaille depuis 1992 sur un réseau télématique dans le domaine de la santé comprenant les principales composantes stratégiques de la cybersanté à savoir : information scientifique et technique, éducation, services de santé, recherche et surveillance et gestion de la santé. Ce réseau a pour objectif général de fournir aux agents de santé un accès rapide et efficace à des informations scientifiques et techniques de haute qualité pour soutenir tant les soins de santé que l'administration, l'éducation et la recherche, et de leur permettre de devenir eux-mêmes des producteurs actifs d'informations et de savoir.

Le rapport ne fixe pas de date limite pour la mise au point finale du projet de stratégie pour la cybersanté après la tenue des nouvelles consultations. Etant donné que le cinquième alinéa du préambule du projet de résolution indique que la stratégie de l'OMS pour la cybersanté servira de base à la mise au point des activités de l'Organisation en la matière, il est prématuré d'examiner un projet de résolution avant que ces nouvelles consultations soient achevées. En outre, le rapport n'indique pas combien de temps ces consultations prendront, et ce point n'est pas mentionné dans le projet de résolution. Il suggère d'ajouter au paragraphe 2 du dispositif un nouveau point fixant une date limite pour l'élaboration de la stratégie, après quoi celle-ci pourrait être soumise à l'Assemblée de la Santé appropriée. En outre, il faudrait inclure dans les grandes lignes de la stratégie proposée une formule du type « afin d'assurer que la cybersanté destinée aux citoyens, aux patients et aux professionnels de la santé soit conforme aux normes universellement acceptées de qualité, de sécurité et d'éthique ».

Le Dr AHMED (Pakistan) dit que le Pakistan, en tant que fervent partisan de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, accueille favorablement l'élaboration d'une stratégie pour la cybersanté qui servira de base pour coordonner tant les politiques de cybersanté au plan international que les activités de l'OMS en la matière. Reconnaissant l'impact que peuvent avoir les progrès de ces technologies sur la prestation des soins de santé, la santé publique, l'éducation sanitaire, la recherche et autres activités liées à la santé, le Pakistan les met à profit pour améliorer ses systèmes d'information et de gestion sanitaire et pour établir un centre national de documentation pertinent. Le Dr Ahmed appuie le projet de résolution.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) insiste sur la nécessité, pour les pays en développement, de profiter des technologies électroniques, ajoutant qu'un comité de la cybersanté est actuellement en cours de création au Zimbabwe. L'électricité est d'une importance capitale pour la cybersanté ; tous les hôpitaux de district du Zimbabwe ont été électrifiés et un programme d'électrification des dispensaires ruraux est en cours. En outre, l'équipement des écoles et dispensaires ruraux en ordinateurs est soutenu au plus haut niveau par le Gouvernement en vue d'assurer l'accès futur à la cybersanté. Le Zimbabwe apprécierait à cet égard l'assistance technique de l'OMS, d'autres partenaires et des pays développés, ainsi que la fourniture d'équipements, en particulier de matériels et logiciels informatiques. Le Zimbabwe souffre d'une grave pénurie de spécialistes médicaux, notamment de radiologues, et la télé-médecine est l'un des domaines de la cybersanté qui pourrait permettre de résoudre en partie les problèmes de diagnostic auxquels sont confrontés les médecins en province et en milieu rural. Le Zimbabwe appuie le projet de résolution.

Le Dr PHOYA (Malawi) estime qu'il est grand temps que les systèmes de soins de santé profitent des progrès des technologies de l'information. Le Malawi a lancé quelques initiatives pilotes en matière de cybersanté, portant sur la surveillance intégrée de la maladie, la tenue des dossiers médicaux sous forme électronique dans deux hôpitaux universitaires, l'établissement d'un fichier électronique d'empreintes digitales pour les patients infectés par le VIH et la mise au point d'un système général de gestion de l'information sanitaire. Toutefois, ces bases de données ne sont ni intégrées ni interconnectées. Aussi, le Malawi attend avec impatience les conseils et l'assistance technique de l'OMS pour mettre en oeuvre la stratégie pour la cybersanté proposée, qui aidera à améliorer non seulement le système de gestion de l'information sanitaire, mais aussi d'autres domaines de la prestation des services de santé, et en particulier à suivre les progrès accomplis dans la réalisation du programme de travail et à dispenser une formation continue ciblée aux agents de santé travaillant dans des zones inaccessibles. Elle appuie le projet de résolution tel qu'il a été modifié par le Kenya pour la mise au point d'un prototype d'un système de cybersanté.

Mme REID (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) reconnaît que les technologies de l'information constituent un atout important pour l'utilisation efficace de ressources limitées dans la prestation de services de santé et de protection sociale répondant aux besoins et aux vœux des patients et des soignants. Elle voudrait avoir une estimation claire des ressources nécessaires pour élaborer et mettre en oeuvre le projet de stratégie pour la cybersanté ainsi que des informations sur les départements qui seraient concernés avant que le projet de résolution ne soit adopté.

Le Dr ASSI GBONON (Côte d'Ivoire) dit que, bien que les technologies de l'information et de la communication fassent actuellement une percée dans son pays, il n'existe pas encore de politique réelle pour la mise en oeuvre de services de cybersanté et les expériences en la matière sont limitées. Grâce à l'appui de partenaires, quelques expériences isolées de diagnostic à distance ont été tentées : elles ont suscité l'engouement du personnel médical, mais ont aussi soulevé des préoccupations d'ordre éthique. La Côte d'Ivoire salue cette initiative de l'OMS et demande un appui pour la mise en oeuvre de la cybersanté dans les pays en développement. Elle soutient le projet de résolution.

Le Dr BEHBEHANI (Sous-Directeur général) remercie les délégués pour leurs observations qui seront utiles pour mettre au point la stratégie pour la cybersanté. Le sujet est complexe en partie du fait de la nouveauté du concept. Une commission, à laquelle participent tous les groupes organiques concernés et les représentants de toutes les Régions ainsi que d'autres organismes du système des Nations Unies, a été constituée ; elle aura notamment pour mandat de se pencher sur cette complexité et d'examiner les problèmes juridiques, éthiques et de confidentialité, ainsi que la question de la normalisation des données médicales à des fins d'échange, un aspect important étant la coordination avec d'autres organismes. L'OMS a déjà conclu des accords avec l'UIT et l'UNESCO, continuera à tenir des consultations avec le Conseil économique et social de l'ONU et a envoyé des représentants à la Banque mondiale pour examiner les possibilités de coopération. La coopération avec les Etats Membres est tout aussi importante, et certains d'entre eux ont déjà fait des progrès considérables à cet égard, tandis que d'autres doivent encore rattraper leur retard. Il faut espérer que les pays pourront travailler ensemble au sein de groupes régionaux. L'objectif à moyen et long terme est que la cybersanté puisse être utilisée comme instrument pour la prestation des soins de santé et la gestion du savoir dans les Etats Membres. L'éducation n'est pas non plus oubliée, avec des essais réalisés dans plusieurs pays, et des progrès sont accomplis dans le domaine de l'information du public et la formation des écoliers. Etant donné que la cybersanté représente un engagement à long terme de l'Organisation, il n'est pas encore possible de fournir des données chiffrées sur le coût comme le Royaume-Uni l'a demandé. Dans le budget programme pour 2006-2007, des crédits ont été prévus à cet effet par certains des Groupes travaillant dans ce domaine. De plus amples informations seront soumises au Conseil exécutif à sa prochaine session, y compris des renseignements sur les domaines dans lesquels des travaux seront entrepris et sur le budget estimatif pour les secteurs prioritaires.

Le PRESIDENT annonce qu'une nouvelle version du projet de résolution dans laquelle seront incorporés les amendements proposés sera distribuée le lendemain.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3, p. 244.)

**Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation) :** Point 13.19 de l'ordre du jour (documents A58/23 et A58/23 Add.1)

- **Lutte contre les troubles dus à une carence en iode** (résolution WHA52.24)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution proposé par les délégations des pays suivants : Australie, Bhoutan, Bolivie, Brésil, Cameroun, Canada, Chili, Chine, Cuba, Etats-Unis d'Amérique, Népal, Nouvelle-Zélande, Norvège, Oman, Philippines, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, Suisse, Thaïlande et Zimbabwe ; le texte est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant pris note du rapport de l'OMS sur le bilan iodé dans le monde ;<sup>1</sup>

Affirmant que la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, comme le stipulent les résolutions WHA49.13 et WHA52.24, et la cible de l'élimination fixée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa vingt-septième session extraordinaire sont prioritaires ;<sup>2</sup>

Constatant avec inquiétude que les troubles dus à une carence en iode continuent de faire peser une grave menace sur la santé publique, provoquant des lésions cérébrales invisibles chez des centaines de millions d'enfants et entraînant des perturbations visibles, goîtres, crétinisme, mortinaissances, avortements spontanés et atteintes physiques ;

Notant que la lutte mondiale contre les troubles dus à une carence en iode par l'iodation généralisée du sel est une des interventions présentant le meilleur rapport coût/efficacité et contribue au développement économique et social ;

Reconnaissant qu'au cours des dix dernières années, 2 milliards de personnes se sont mises à consommer du sel iodé mais que, malgré ce progrès notable, un tiers de la population mondiale est encore exposé, principalement dans les zones les plus pauvres et les moins avancées sur le plan économique ;

Consciente qu'une solution durable comme l'iodation généralisée du sel s'impose pour assurer un apport régulier d'iode à l'état de traces, dans la mesure où les troubles dus à une carence ne peuvent être éradiqués et où l'interruption de cet apport régulier crée des conditions propices à leur réapparition ;

Convaincue que les activités de lutte ne sont viables que si l'on communique et l'on éduque le public pour garantir l'usage continu de sel iodé et éviter que les troubles dus à une carence ne réapparaissent faute de stratégies de lutte à long terme ;

Se félicitant de la création en 2002 du réseau mondial pour l'élimination durable de la carence en iode, qui est un modèle de collaboration entre acteurs des secteurs public et privé à l'échelle mondiale et dont plusieurs associations de producteurs de sel sont des membres fondateurs, aux côtés d'organismes internationaux d'aide au développement et d'organisations à visée communautaire ;

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency*. Genève, 2004.

<sup>2</sup> Résolution S-27/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à s'engager plus résolument, dans le cadre de leurs programmes de santé ordinaires et initiatives contre la pauvreté, à éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode par l'iodation généralisée du sel ;
  - 2) à prendre des mesures urgentes pour atteindre le tiers restant de la population mondiale, principalement les groupes les plus démunis et économiquement défavorisés ;
  - 3) à faire figurer la promotion de la santé dans leurs stratégies de lutte afin que l'usage du sel iodé devienne une pratique courante fondée sur le principe que la consommation d'iode dans le régime alimentaire est indispensable au bien-être physique, en particulier à celui de la femme enceinte ou allaitante et du nourrisson ;
  - 4) à constituer des coalitions nationales pluridisciplinaires auxquelles participent les producteurs de sel et les secteurs de l'éducation et des médias afin de surveiller le bilan iodé tous les trois ans et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès enregistrés ;
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de renforcer la coopération avec les Etats Membres, à leur demande, avec les organisations internationales, dont l'UNICEF, les organismes d'assistance bilatéraux et les organes internationaux comme le Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode, l'initiative pour les micronutriments et l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition, afin d'offrir une assistance technique aux autorités de réglementation et aux producteurs de sel concernant la production et la commercialisation du sel iodé, le renforcement des systèmes de contrôle de la qualité et le fonctionnement d'un réseau de laboratoires de référence chargé d'estimer l'apport d'iode ;
  - 2) de renforcer l'action de sensibilisation associant les médias publics et la société civile pour donner un nouvel élan à la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, y compris d'entreprendre des recherches appropriées avec les partenaires concernés ;
  - 3) de faire rapport sur l'application de la présente résolution à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, puis périodiquement par la suite.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) précise que ce projet de résolution est présenté pour attirer l'attention de l'Assemblée de la Santé sur les progrès réalisés en matière de santé depuis l'introduction en 1993 de l'iodation universelle du sel, sur la nécessité de prendre d'autres mesures pour lutter contre les troubles dus à une carence en iode dans les populations encore à risque et sur l'utilité de surveiller l'impact des efforts collectifs. La poursuite de l'iodation universelle du sel requiert une collaboration intensifiée et un soutien mutuel entre les autorités sanitaires nationales, l'OMS, les organisations internationales intéressées et les producteurs de sel iodé, et en particulier les nombreux petits producteurs locaux. Il félicite toutes les parties qui ont contribué à l'élimination des troubles dus à une carence en iode. Il souligne que, dans le texte initial du projet de résolution proposé, le dernier alinéa du préambule faisait mention de Kiwanis International, qui a fourni un soutien financier, et demande à ce que l'on conserve ce texte initial.

Les délégations du Guatemala, du Pérou et de la République bolivarienne du Venezuela demandent à être ajoutées à la liste des coauteurs.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) indique que son pays a éliminé les troubles dus à une carence en iode en 2003, et a été déclaré premier pays d'Asie du Sud-Est à être venu à bout de ce problème de santé publique. Le Bhoutan était l'un des pays ayant les taux de goitre les plus élevés au monde, de l'ordre de 65 %, avec une concentration urinaire moyenne d'iode inférieure à 50 µg/l. Après des consultations intensives avec de nombreux acteurs, une usine d'iodation du sel a été construite avec l'assistance de l'UNICEF. La consommation de sel iodé par les ménages est surveillée, et l'élimination des troubles liés à une carence en iode est le résultat d'efforts conjugués. Etant donné que la préoccupation actuelle est de maintenir ces bons résultats et de prévenir la réémergence des

troubles, il engage tous les organismes concernés à poursuivre leur assistance. Le Bhoutan appuie pleinement le projet de résolution.

Le Dr YOT TEERAWATTANANON (Thaïlande) dit que les apports d'iode sont encore insuffisants dans son pays, où les troubles dus à une carence en iode sont depuis longtemps reconnus comme un problème de santé publique majeur. En dépit des efforts déployés depuis 1965, il y a peu de chances que la Thaïlande atteigne l'objectif international de l'éradication de ces troubles d'ici la fin 2005. La Thaïlande a l'intention de continuer à accorder une priorité élevée à ce programme et appuie donc le projet de résolution.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) indique que son pays accorde une haute priorité au problème de la carence en iode ; plus de la moitié de la population est touchée et plus de 60 % des personnes vivant dans des régions où cet oligoélément fait défaut à l'état naturel sont concernées. Depuis 1999, les organes législatifs ont adopté une réglementation imposant de prendre des mesures prophylactiques. La carence naturelle en iode est encore aggravée par la faible consommation de produits contenant de l'iode, tels que le poisson, notamment dans les groupes à faible revenu. Une aide importante a été fournie ces dernières années par l'UNICEF et d'autres organisations internationales, avec notamment un projet de prévention comprenant des études sur la prévalence de l'iode dans l'environnement, en vue d'introduire des mesures de réhabilitation et de soins médicaux, en particulier pour les enfants d'âge scolaire. Il remercie l'OMS et l'UNICEF pour leur contribution à ces efforts.

Le Dr PRETTEL (Pérou), confirmant que son pays coparraine le projet de résolution, dit que la carence en iode chez la femme enceinte et le nourrisson reste une cause majeure d'incapacité mentale, ce qui fait ressortir la nécessité d'assurer une prophylaxie permanente, notamment chez la femme enceinte et allaitante et l'enfant de moins de deux ans. La consommation de sel iodé est le traitement le plus efficace, mais d'autres méthodes telles que la consommation de produits enrichis en iode peuvent être utilisées dans les pays développés. L'essentiel est de disposer de systèmes de surveillance régulière. S'il n'existe pas de surveillance continue, on a tendance à perdre conscience des problèmes et de leur récurrence. Il propose, au paragraphe 2.3) du dispositif, de remplacer les mots « puis périodiquement par la suite » par les mots « puis tous les trois ans à partir de 2007 ».

M. ADAMCZEWSKI (Pologne) appuie le projet de résolution. La Pologne a une longue expérience de la lutte contre les troubles dus à une carence en iode. L'iodation préventive non obligatoire du sel a été introduite en 1935 et n'a été interrompue que deux fois par la suite : pendant la Seconde Guerre mondiale et pendant la période durant laquelle la loi martiale était en vigueur au début des années 80. Depuis 1997, le sel utilisé par les ménages est obligatoirement iodé, ce qui a permis de réduire notablement le taux de goitre. Grâce au programme national, la Pologne est passée du groupe des pays où ces troubles sont endémiques à celui des pays ayant un apport en iode adéquat.

Mme AHO (Togo), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit qu'en dépit des progrès réalisés, la carence en iode demeure un problème de santé publique dans cette Région. La priorité doit être donnée de toute urgence à un programme de dotation en sel iodé en faveur des populations les plus vulnérables, et des ressources doivent être fournies pour lutter contre ces carences.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) rend hommage au délégué du Pérou, qui fait autorité sur le sujet au niveau international et qui s'est beaucoup investi dans les campagnes internationales de lutte contre les troubles dus à une carence en iode. Comme le souligne le rapport, il y a encore dans le monde 54 pays qui n'iodent pas leur sel. Ceux qui le font doivent veiller à ce que les programmes ne soient pas interrompus, sans quoi le problème demeurera. En 1994, Cuba a établi un groupe national pour le classement du sel, auquel participent les Ministères de la Santé publique, de l'Industrie, de l'Education et du Commerce intérieur, car le problème nécessite une approche multisectorielle. Son

pays est prêt à faire profiter les autres de son expérience ; le Dr González Fernández appuie pleinement le projet de résolution.

Mme MOENG (Afrique du Sud) déclare que l'élimination des troubles dus à une carence en iode constitue une priorité dans son pays. Celui-ci applique une réglementation sur l'iodation du sel depuis 1995, a établi un réseau national, auquel participent plusieurs ministères, des partenaires du système des Nations Unies, des représentants de l'industrie et des groupes de consommateurs, et a formulé une stratégie globale de mise en oeuvre comportant une action de promotion de la santé et une surveillance étroite. Toutefois, l'application de la réglementation ne peut être garantie sans une surveillance régulière. Les signes visibles de la carence en iode – tels que le goitre – ont été réduits, bien qu'il existe des poches résiduelles dans certaines zones rurales. L'utilisation de sel non iodé ou insuffisamment iodé demeure un problème majeur, et l'élimination des troubles dus à une carence en iode d'ici la fin 2005 pourrait ne pas être possible. Des discussions sont en cours avec l'industrie pour tâcher de répondre à ces préoccupations. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr MOHAMED (Oman) se déclare préoccupé par les informations concernant l'insuffisance de l'apport en iode dans 54 pays et l'absence de données pertinentes pour 9 % de la population mondiale. L'iode est un micronutriment important et un agent essentiel pour combattre l'incapacité mentale. Le Secrétariat devrait collaborer avec les autres organismes concernés pour lutter contre la carence en iode et fixer un calendrier pour son élimination. Cette action est tout aussi importante pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Le Dr TADA (Japon) dit que l'action remarquable de l'OMS a beaucoup contribué aux progrès enregistrés durant la dernière décennie dans la lutte contre les troubles dus à une carence en iode. Depuis qu'il s'est attaqué au problème dans le cadre de son initiative « question mondiale » en 1994, le Japon a fourni un appui technique à certains pays pour la production ou l'importation de sel iodé ainsi que pour la distribution, le contrôle de la qualité et l'adoption d'une législation pertinente, et a aidé à organiser des cours de formation. Le Japon soutient le programme et espère que l'OMS et d'autres organismes et pays concernés poursuivront leurs efforts pour renforcer les programmes en faveur de la iodation de sel dans les 54 pays restants, et pour assurer la continuité de ces programmes dans d'autres pays. Le Dr Tada appuie le projet de résolution.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) appuie le projet de résolution. La prévalence des troubles dus à une carence en iode au Zimbabwe reste un problème de santé publique préoccupant, bien que l'iodation universelle du sel soit un vrai succès avec plus de 89 % des ménages ayant maintenant accès à du sel iodé. En 1995, la législation existante a été modifiée pour rendre l'iodation du sel obligatoire avec des teneurs en iode de 30 à 90 ppm. Une surveillance biennale assurée par des sites sentinelles a été instituée dans dix districts.

Le Zimbabwe apprécie l'aide fournie par l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires, mais aurait besoin d'une assistance technique supplémentaire pour créer une base de données sous forme électronique, pour intégrer le contrôle et la surveillance de ces troubles dans le système d'information sanitaire, pour se doter d'une capacité de laboratoire adéquate aux fins de l'analyse de la teneur en iode et disposer en permanence d'un stock suffisant de nécessaires d'analyse.

Mme SICARD (France) soutient l'action de l'OMS et insiste sur la nécessité pour les pays d'élaborer des stratégies nationales afin d'éliminer les troubles dus à une carence en iode. En France, la réduction de ces troubles, principalement dans l'est du pays, a été inscrite dans la loi de santé publique votée en août 2004. Toutefois, une fraction non négligeable de la population, principalement les enfants de moins de cinq ans, est pour sa part à la limite de la surcharge en iode. Compte tenu de la nécessité de trouver un juste équilibre entre la correction des déficiences et les risques potentiels de surconsommation, la stratégie d'iodation universelle du sel n'a pas pu être adoptée en France, où l'on

a choisi de cibler simplement certains produits comme aliments vecteurs d'iode, en particulier les produits de panification.

La France a aussi travaillé avec l'industrie du sel pour réduire la teneur en sel des produits alimentaires, conformément à la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS. Il est important de veiller à la cohérence entre cette politique de réduction de la teneur en sel et la stratégie d'iodation des aliments. Aussi propose-t-elle d'ajouter dans le préambule du projet de résolution les cinquième et sixième nouveaux alinéas qui se liraient comme suit :

Reconnaissant que le choix final d'une mesure devrait toujours être défini en prenant en compte le niveau de carence en iode, afin de contrôler le risque de prise d'iode excessive pour la population la plus sensible, à savoir les enfants ;

Prenant note de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé et du fait que les actions destinées à lutter contre les carences en iode doivent être compatibles avec la recommandation de cette stratégie tendant à limiter la consommation du sel (sodium), toutes sources confondues ;

Au paragraphe 1.1) du dispositif, les mots « en particulier » devraient être ajoutés entre le mot « iode » et les mots « par l'iodation généralisée du sel ». Si ces amendements sont acceptés, la France souhaiterait vivement être ajoutée à la liste des coauteurs du projet de résolution.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) remercie l'OMS de ses efforts pour l'élimination des troubles dus à une carence en iode. Madagascar a adopté tout un éventail de mesures dans le cadre d'une politique nationale de lutte contre ces troubles, et une enquête de santé réalisée en 2003 a montré une réduction de l'incidence du goitre qui a été ramenée à 3,5 %. Parmi les problèmes qui persistent encore, il y a la difficulté à faire ioder le sel par les petits sauniers artisanaux, la faible application de la législation sur le sel iodé et la grande variabilité de la teneur en iode trouvée dans le sel disponible sur le marché. Des efforts doivent être faits pour maintenir les résultats encourageants qui ont été enregistrés, notamment dans le domaine de l'assurance de la qualité et de l'information, de l'éducation et de la communication. Elle propose d'ajouter au paragraphe 1.3) du dispositif du projet de résolution les mots « et mental » après le mot « physique » et de remplacer, à la fin de la phrase, les mots « de la femme enceinte ou allaitante et du nourrisson » par les mots « ... des mères, des nourrissons et des jeunes enfants ».

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) appuie fermement le projet de résolution, avec l'amendement proposé par la France, qui permettra d'aligner le texte sur la recommandation contenue dans la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'activité physique et la santé tendant à limiter la consommation de sel (sodium), toutes sources confondues, tout en garantissant que le sel soit iodé.

Le Dr DELAVAR (République islamique d'Iran) dit que, bien que le sel soit iodé à plus de 95 % dans son pays, il est peu probable que les troubles dus à une carence en iode puissent jamais être pleinement éliminés, dans la mesure où les interruptions régulières de l'apport d'iode entraîneront une récurrence de ces troubles. Il appuie pleinement le projet de résolution et souhaite que son pays soit ajouté à la liste des coauteurs.

Mme NGHATANGA (Namibie) indique que la Namibie a réussi à éliminer les troubles dus à une carence en iode il y a six ans grâce à l'adoption d'une législation sur la production, l'importation et la commercialisation de sel iodé. Cette mesure, prise à la suite d'un effort de collaboration entre les secteurs public et privé et les organismes de développement, a assuré la durabilité de l'action menée et permis de prévenir les interruptions dans l'apport régulier de sel iodé. La lutte contre les troubles dus à une carence en iode a été intégrée dans le programme national de nutrition dans un souci de viabilité. Bien que 90,3 % des ménages en Namibie utilisent du sel iodé, des stratégies de communication



appropriées seront nécessaires pour atteindre le reste de la population. Elle appuie le projet de résolution.

Mme HALBERT (Australie), déclarant que l'inclusion de sel iodé dans l'alimentation est une mesure relativement simple et d'un bon rapport coût/efficacité pour prévenir les troubles dus à une carence en iode, note que c'est dans la région de l'Asie et du Pacifique que les besoins de sel iodé sont les plus grands. L'Australie a fait des dons au Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode et à d'autres partenaires dans le cadre d'un programme mondial de soutien à des projets pilotes visant à éliminer ces troubles dans, par exemple, certaines régions de la Chine. En 2000, grâce à ces partenariats, 66 % des populations à risque avaient du sel iodé dans leur alimentation ; les autres vivaient pour la plupart dans les pays les plus pauvres et les moins avancés sur le plan économique. La poursuite des programmes existants et leur extension à des populations qui ne sont pas actuellement couvertes de manière adéquate requièrent l'éducation du public, et en particulier des femmes en âge de procréer et des enfants, pour encourager la consommation de sel iodé. Il est également nécessaire de surveiller la teneur en iode du sel iodé et l'apport effectif dans l'alimentation. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr SINGER (Etats-Unis d'Amérique) soutient fermement les efforts en faveur de l'élimination des troubles dus à une carence en iode et se félicite du projet de résolution. Les progrès réalisés dans son pays au cours des 70 dernières années ont souligné l'importance d'un dialogue permanent entre toutes les parties concernées, y compris le secteur privé. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants en 2002 a encouragé la participation de tous les partenaires des secteurs public et privé, y compris l'OMS et l'UNICEF, les gouvernements, les producteurs de sel et leurs partenaires commerciaux, ainsi que les membres de la société civile. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par les délégués de la France et de Madagascar.

Le Dr M'BENGUE (Côte d'Ivoire) encourage l'OMS à poursuivre ses efforts pour l'élimination des troubles dus à une carence en iode. Elle adhère aux amendements proposés par le délégué de Madagascar. A la suite d'une étude de faisabilité sur l'iodation du sel réalisée en 1994, la Côte d'Ivoire a adopté des mesures de réglementation pour la production et la commercialisation de sel alimentaire, a mené des campagnes de sensibilisation et a encouragé les producteurs à se préparer à l'iodation au sel ; le sel iodé est obligatoire depuis 1997. Une évaluation effectuée en 2004 a montré que 84,4 % des ménages disposent de sel iodé et que des progrès importants ont été accomplis vers l'élimination des troubles dus à une carence en iode. La présence persistante sur le marché de sel non iodé importé ainsi que de sel hyperiodé, la méconnaissance du public concernant les troubles dus à une carence en iode et la quasi-inexistence d'un système de contrôle et de surveillance de la qualité du sel restent toutefois des sujets de préoccupation. De ce fait, la Côte d'Ivoire envisage de réviser et d'adapter la législation pertinente, d'organiser un système de contrôle et de surveillance, et de mettre en place un plan intégré de communication. Le Dr M'Bengue demande à ce que la Côte d'Ivoire soit incluse dans la liste des coauteurs du projet de résolution.

Le Dr QUIROGA MORALES (Bolivie) souligne la nécessité de poursuivre les efforts entrepris dans les domaines de la promotion, de l'action intersectorielle et, avant tout, du suivi. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr DAYRIT (Philippines) indique qu'au cours des trois dernières années, l'utilisation de sel iodé dans son pays a plus que triplé et concerne maintenant environ 80 % des ménages. L'action de plaidoyer n'a pas suffi à elle seule à obtenir ce résultat, car le sel iodé coûte environ 25 % plus cher. En outre, il faut sans arrêt rappeler aux pouvoirs locaux qu'en vertu de la loi de 1995, c'est à eux qu'il appartient de veiller à ce que le sel commercialisé soit iodé. L'expérience des Philippines a montré que toute l'industrie du sel devait contribuer à assurer que la population achète et utilise du sel iodé. Aussi

propose-t-il de modifier le paragraphe 1.4) du dispositif du projet de résolution comme suit : « à constituer des coalitions nationales pluridisciplinaires auxquelles participent l'industrie du sel (producteurs, distributeurs et détaillants) et les secteurs de l'éducation et des médias, ... ».

M. RECINOS TREJO (El Salvador) dit que les 35 pays du Groupe des Amériques au nom duquel il s'exprime ont réalisé des progrès importants vers l'élimination des troubles dus à une carence en iode. Toutefois, il se pose des problèmes persistants de durabilité. Il est favorable à toute stratégie fondée sur la promotion de l'iodation universelle du sel, la coopération entre les Etats Membres et l'éducation et la communication, et appuie fermement le projet de résolution.

Le Dr KANDUN (Indonésie) précise que la prévalence des troubles dus à une carence en iode chez les enfants d'âge scolaire en Indonésie a été évaluée à 11,4 % et qu'environ 9 millions d'habitants vivent dans des zones de forte endémie. Le Gouvernement a lancé plusieurs programmes pour réduire l'incidence et la prévalence de ces troubles, y compris la promotion de l'iodation du sel, la diversification de l'alimentation et la distribution de comprimés d'iode aux écoliers et aux jeunes filles dans les zones touchées. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr XIAO Donglong (Chine) apprécie les efforts de l'OMS pour aider à établir des comités nationaux intersectoriels sur l'élimination des troubles dus à une carence en iode et sur la promotion de l'iodation universelle du sel et la surveillance, ainsi que pour coopérer avec l'UNICEF et d'autres organisations internationales afin d'améliorer la capacité de lutte des pays en développement. Avec plus de 700 millions d'habitants vivant dans des zones carencées en iode, la Chine est l'un des pays les plus fortement touchés au monde. Néanmoins, après des années d'efforts, les troubles dus à une carence en iode ont pu être éliminés en 2000. Il reste toutefois d'importants défis à relever : le réseau de distribution de sel iodé dans certaines régions est incomplet, la production illégale de sel subsiste et les troubles réapparaissent dans certaines zones. La Chine poursuivra sa coopération avec l'OMS et les autres organisations internationales concernées pour assurer la durabilité de l'action entreprise. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr MORICONI (Italie) dit qu'il appuie fermement le projet de résolution, avec les amendements proposés par la France, et demande à ce que l'Italie soit ajoutée à la liste des coauteurs.

M. ASPLUND (Suède) appuie les amendements proposés par le délégué de la France.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit qu'avec seulement 63 % des ménages utilisant suffisamment de sel iodé, la carence en iode reste un problème de santé publique majeur au Népal. Certaines activités de surveillance ont été mises en place et l'objectif à long terme est l'iodation universelle du sel. Le Népal accueille favorablement le projet de résolution et souhaite être ajouté à la liste des coauteurs.

Le Dr HAMOUIYI (Maroc) demande à l'OMS de fournir un appui technique à tous les pays, premièrement pour évaluer leur programme national de lutte grâce à la mise en place de laboratoires pour la surveillance de la qualité du sel iodé et la surveillance épidémiologique de l'iodurie et de l'incidence de l'hypothyroïdie néonatale ; deuxièmement, pour élaborer un protocole de surveillance sentinelle de l'impact de l'iodation du sel sur la santé publique ; et troisièmement, pour contribuer à assurer la pérennité des programmes par des journées de sensibilisation au niveau scolaire. Il appuie le projet de résolution.

Mme SAIZ MARTÍNEZ ACITORES (Espagne) accueille favorablement le projet de résolution. Bien qu'un meilleur accès au sel iodé et des campagnes d'éducation du public soient indubitablement une priorité, il ne faut pas oublier que les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de mortalité dans de nombreux pays et que l'hypertension est à cet égard un facteur déterminant. Pour des groupes vulnérables tels que les femmes enceintes et les enfants d'âge scolaire, la consommation

excessive de sel constitue en fait un facteur de risque. En conséquence, et afin de ne pas aller à l'encontre des recommandations formulées par l'OMS dans la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, elle souscrit à l'amendement proposé par la France et appuie pleinement le projet de résolution ainsi amendé.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) dit que les troubles dus à une carence en iode étaient répandus dans plusieurs localités de l'Afghanistan, tout le pays étant en fait considéré comme carencé en iode. Avec l'appui de l'UNICEF et de l'OMS, le sel provenant de quatre mines a été iodé et distribué sur tout l'ensemble du territoire. La production locale est cependant insuffisante pour couvrir les besoins de la population, et toute aide destinée à améliorer encore l'apport d'iode par voie alimentaire serait la bienvenue. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr LARUELLE (Belgique) appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par la France et demande à ce que la Belgique soit ajoutée à la liste des coauteurs.

Le Professeur LING (Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom du réseau pour l'élimination durable des troubles dus à une carence en iode, engage tous les Etats Membres à persévérer dans la lutte mondiale contre la carence en iode. Les programmes d'élimination contribuent directement à la réalisation de six objectifs du Millénaire pour le développement, mais, bien que de nombreux pays soient venus à bout des troubles dus à une carence en iode en 2005, beaucoup d'autres n'y sont pas parvenus. En dépit des progrès accomplis, on note une tendance alarmante à la baisse de l'usage du sel iodé dans certaines zones. Etant donné que les troubles dus à une carence en iode ne peuvent être éradiqués si l'apport d'iode diminue, l'incidence de ces troubles augmentera. Si la communauté internationale relâche maintenant ses efforts, même les progrès enregistrés risquent d'être annulés. Le projet de résolution fournira aux Etats Membres le cadre nécessaire pour poursuivre le combat.

L'élimination des troubles dus à une carence en iode représente l'un des quelques efforts de développement qui peuvent être véritablement poursuivis. Elle nécessite de faire de la production et de l'utilisation de sel iodé une habitude, sans nécessiter d'autres interventions. Le Conseil international ne préconise pas d'utiliser davantage de sel, mais simplement d'employer du sel iodé. L'élimination de ces troubles est extrêmement rentable puisque les économistes de la Banque mondiale ont calculé que chaque dollar dépensé pour la prévention se traduit par un gain de productivité de US \$28. Il n'en coûte pas plus de US \$0,02 à 0,09 par an pour prémunir un enfant contre les lésions cérébrales. Le Conseil international et d'autres organismes de développement peuvent fournir une assistance, mais c'est aux Etats Membres qu'il incombe de faire en sorte que leurs enfants grandissent sans lésions cérébrales, afin de réaliser leur plein potentiel et de mener des vies socialement et économiquement productives. L'histoire portera un jugement sévère sur ceux qui négligeront de poursuivre ces efforts.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) dit que la lutte contre la carence en iode reste une priorité de santé publique pour laquelle on dispose d'une stratégie efficace, sûre et peu coûteuse. En dépit des progrès considérables qui ont été accomplis, de trop nombreux pays restent concernés par ce problème et, même dans ceux où des programmes efficaces ont été mis en place, il est essentiel d'assurer leur viabilité à long terme. Bien que l'iodation du sel reste l'approche la plus rentable, elle doit être ajustée en fonction des situations épidémiologiques locales et des besoins des populations et nécessite une collaboration étroite entre professionnels et experts de la santé publique, mais aussi producteurs et distributeurs de sel. Il est indispensable d'assurer un contrôle de la qualité et de faire en sorte que le sel iodé soit financièrement accessible aux populations les plus pauvres.

Des campagnes de promotion destinées à renforcer l'efficacité des programmes locaux existants devraient être organisées pour encourager l'adoption de solutions permettant de prévenir les effets de la carence en iode sans promouvoir la consommation de sel, ce qui serait d'ailleurs en contradiction avec la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS. En l'état

actuel des choses, il n'existe d'ailleurs pas de données rapportant une augmentation de la consommation moyenne de sel à la suite de l'iodation de celui-ci ou de sa promotion.

D'autres moyens peuvent être utilisés pour assurer cet apport en iode, mais dans tous les cas la surveillance et la mesure de l'impact sont essentielles à la fois pour assurer le contrôle de la qualité du moyen utilisé et pour veiller à ce que la teneur en iode soit appropriée. Il s'agit là d'éléments vitaux de tout programme national ou local visant à lutter contre la carence en iode.

Le Dr ZUPAN (Secrétaire adjoint) donne lecture des amendements proposés. Il sera ajouté au préambule les nouveaux cinquième et sixième alinéas, ainsi libellés :

Reconnaissant que le choix final d'une mesure doit toujours être défini en prenant en compte le niveau de carence en iode, afin de contrôler le risque de prise d'iode excessive pour la population la plus sensible, à savoir les enfants ;

Prenant note de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17) et du fait que les actions destinées à lutter contre les carences en iode doivent être compatibles avec la recommandation de cette stratégie tendant à limiter la consommation de sel (sodium), toutes sources confondues ;.

Au dernier alinéa du préambule, l'expression « d'organisations à visée communautaire » sera remplacée par « de Kiwanis International ». Le paragraphe 1.1) du dispositif se terminera par les mots : « en particulier par l'iodation généralisée du sel ». Au paragraphe 1.3) du dispositif, les mots « et mental » seront ajoutés après le mot « physique » et les mots « et du jeune enfant » seront ajoutés après le mot « nourrisson ». Au paragraphe 1.4) du dispositif, les mots « les producteurs de sel » seront remplacés par « l'industrie du sel (producteurs, distributeurs et détaillants) ». Au paragraphe 2.3), les mots « puis périodiquement par la suite » seront remplacés par « puis tous les trois ans ».

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) fait valoir qu'il n'est peut-être pas approprié de distinguer Kiwanis International en le mentionnant spécialement au dernier alinéa du préambule.

Le Dr SINGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il préférerait quant à lui conserver cette mention, car Kiwanis International est une organisation internationale qui a collecté plus de US \$75 millions de fonds pour les activités de l'UNICEF relatives à la lutte contre la carence en iode dans 80 pays.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit qu'il n'y voit pas d'objection majeure.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) confirme en conséquence que la mention de Kiwanis International au dernier alinéa du préambule du projet de résolution sera maintenue.

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

• **Médecine traditionnelle** (résolution WHA56.31)

Le Dr RUBIANA (Indonésie) explique que son Gouvernement a adopté une politique et une réglementation de base concernant la médecine traditionnelle. Les thérapies qui se sont avérées sûres et efficaces seront intégrées dans le système de soins de santé. L'enregistrement des produits de la médecine traditionnelle et la certification des fabricants qui les produisent à une grande échelle existent depuis de nombreuses années. En outre, les milieux médicaux dans son pays ont reconnu et

---

<sup>1</sup> Le projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.24.

accepté l'acupuncture comme une méthode de traitement authentique. La certification des acupuncteurs remonte à plusieurs années, mais le système de délivrance d'autorisations d'exercer en est encore à ses débuts. Pour accélérer le développement de la médecine traditionnelle, il a été créé dans chaque province un centre chargé d'en promouvoir l'usage, d'offrir des services sûrs et efficaces, de conduire des recherches et des essais cliniques et d'organiser des programmes de formation. Plusieurs médicaments à base de plantes ont été mis au point et sont utilisés par les médecins. Le Gouvernement a l'intention de travailler en collaboration étroite avec les organisations de tradipraticiens afin de superviser et de surveiller les pratiques de la médecine traditionnelle et, à cette fin, il a facilité la création de plusieurs associations de tradipraticiens.

La phytothérapie est la médecine traditionnelle la plus populaire dans son pays compte tenu de la grande diversité de la flore indonésienne. La plupart des gens utilisent les plantes médicinales dans leur vie quotidienne pour améliorer leur santé et prévenir la maladie. Etant donné que la phytothérapie a un brillant avenir, le Gouvernement indonésien essaie de protéger les droits de propriété intellectuelle sur les méthodes traditionnelles et les formules pharmaceutiques.

En ce qui concerne la résolution WHA56.31, il devrait être demandé au Directeur général de formuler un plan d'action avec des objectifs clairs et un calendrier bien défini pour le développement de la médecine traditionnelle.

Le Dr TCHAMDJA (Togo), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la résolution WHA56.31 sur la médecine traditionnelle est la bienvenue, car elle traite d'un élément clé des politiques de santé des pays africains. La Région a adopté une stratégie en la matière et célèbre une journée africaine de la médecine traditionnelle. Bien que des efforts soient faits dans chaque Etat pour explorer rationnellement les potentialités de la médecine traditionnelle, le secteur est encore mal organisé. Aussi les pays africains saluent-ils la création d'un département de la médecine traditionnelle au Siège de l'OMS, et souhaitent-ils que des moyens importants puissent être mis à sa disposition afin d'en assurer le bon fonctionnement.

M. PAK Jong Min (République démocratique populaire de Corée) attire l'attention sur le fait que la médecine traditionnelle prend de plus en plus d'importance, car le secteur de la santé commence à utiliser plus efficacement les abondantes ressources offertes par les plantes médicinales.

Dans son pays, la médecine traditionnelle est depuis longtemps estimée et des efforts sont faits pour conserver cet héritage et moderniser ses technologies et méthodes. Un département de médecine traditionnelle existe dans toutes les facultés de médecine, et des spécialistes en médecine (traditionnelle) Koryo y sont formés de manière systématique. Les traitements tendent à combiner techniques traditionnelles et techniques modernes, raison pour laquelle des efforts importants sont consacrés à la recherche et au développement dans le domaine de la médecine traditionnelle. Grâce à cela, la médecine traditionnelle représente 50 % des soins de santé dispensés dans le pays.

L'Académie de Médecine Koryo de Pyongyang, qui est le centre d'excellence pour le traitement, la recherche et la formation, est un centre collaborateur de l'OMS. Les participants à la consultation régionale sur le développement de la médecine traditionnelle dans la Région de l'Asie du Sud-Est (Pyongyang, 22-24 juin 2005) échangeront leurs données d'expérience et examineront les moyens de renforcer la coopération entre les pays de la Région. Son pays fera tout ce qui est en son pouvoir pour promouvoir le développement de la médecine traditionnelle.

Le Dr NYIKAL (Kenya) explique qu'au Kenya, la médecine traditionnelle est pratiquée ouvertement et fait partie des systèmes de croyances des communautés. La plupart des patients qui se rendent dans les hôpitaux classiques ne le font qu'après avoir subi un traitement chez un tradipraticien, et utilisent parfois les deux formes de thérapie simultanément. Aussi le Ministère de la Santé a-t-il créé un département chargé d'appliquer sa politique en matière de médecine traditionnelle. Un projet de loi rédigé à l'issue d'un congrès national sur l'amélioration de la qualité des soins de santé traditionnels est actuellement examiné par le Parlement et un registre des tradipraticiens est en cours d'établissement. Le principal défi que doit relever le Kenya est de protéger le savoir des tradipraticiens

par des droits de propriété intellectuelle. En conséquence, le Gouvernement kényen maintient son appui au projet de résolution.

Le Dr ANZI (Côte d'Ivoire) dit que, dans son pays, la volonté politique de promouvoir la médecine traditionnelle s'est traduite par le lancement d'un programme national en 2001. Un document de politique générale sur la médecine et la pharmacopée traditionnelles et un plan quinquennal de mise en oeuvre ont été élaborés et sont en cours de validation. Trois projets de loi sur les organisations de tradipraticiens et un code de bonne conduite ont été soumis à l'Assemblée nationale. Trois associations ont été reconnues et 6346 tradipraticiens ont été recensés, parmi lesquels 93 ont été formés en anatomie et en hygiène conventionnelles. Dans le cadre des efforts visant à améliorer l'innocuité et l'efficacité des thérapies et pratiques traditionnelles, l'Université d'Abidjan a créé un jardin botanique, tandis qu'un recensement général de la flore du pays a permis d'identifier des plantes d'une haute valeur médicinale. Des chercheurs et des enseignants ont été formés et des laboratoires de recherche ont été créés pour la valorisation de la pharmacopée africaine.

L'intervenant remercie l'OMS pour avoir permis à l'Organisation africaine pour la Propriété intellectuelle d'organiser des réunions sur l'utilisation accrue de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, et sollicite son appui pour l'équipement du Centre de Recherche sur les Plantes médicinales et pour le programme de promotion de la médecine traditionnelle.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit que la plupart des Zimbabwéens ont consulté un tradipraticien à un moment ou à un autre de leur vie. La loi de 1996 sur les tradipraticiens fournit le cadre réglementaire en la matière. Le Ministère de la Santé a établi un annuaire de la médecine traditionnelle pour promouvoir et coordonner les activités dans ce domaine et a créé des laboratoires de recherche sur les plantes médicinales dans le cadre de l'Institut national de Recherche en Santé. Le principal problème auquel sont confrontés les pays est la question des droits de propriété intellectuelle sur les plantes médicinales : des pays doivent parfois apporter la preuve que telle ou telle espèce de plante leur appartient véritablement. Il demande instamment à l'OMS de travailler davantage sur cet aspect.

Les pays de la Communauté de Développement de l'Afrique australe ont adopté une approche commune vis-à-vis de la médecine traditionnelle. L'intervenant appuie la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle et demande à l'Organisation de veiller davantage au suivi des résolutions adoptées.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) dit qu'il croit comprendre que les Etats Membres sont simplement censés prendre note du rapport de situation, sans faire d'observations de fond sur la situation dans leur propre pays.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) note que de nombreux pays ont obtenu de très bons résultats dans le domaine de la politique relative à la médecine traditionnelle et à son innocuité et son efficacité, et il accueille avec satisfaction les observations du délégué du Togo.

La réalisation la plus importante de l'OMS au cours des deux dernières années a été la création d'une base de données mondiale sur les politiques et la réglementation nationales relatives aux plantes médicinales, à partir des informations fournies par les 141 Etats Membres qui ont répondu à l'enquête. Un rapport de synthèse sur les résultats sera publié plus tard dans l'année. Dans leurs réponses, de nombreux Etats Membres ont demandé à l'OMS de continuer à leur apporter son assistance technique dans le cadre de la stratégie pour la médecine traditionnelle.

Des lignes directrices sur le contrôle de l'innocuité des plantes médicinales dans les systèmes de pharmacovigilance et les résultats d'essais cliniques de traitements utilisant une combinaison de médecine chinoise traditionnelle et de médecine occidentale pour le syndrome respiratoire aigu sévère ont été publiés en 2004. Le quatrième volume des Monographies de l'OMS sur diverses plantes médicinales sera publié au cours de 2005. Des lignes directrices sur les bonnes pratiques de culture et de récolte des plantes médicinales ont également été publiées. L'usage rationnel des plantes

médicinales est très important et des lignes directrices ont été diffusées sur la fourniture aux consommateurs d'informations fiables sur les remèdes traditionnels et autres médecines alternatives. Une formation de base et des consignes de sécurité à l'intention des praticiens qualifiés sont actuellement en préparation. Des séminaires de formation sur la réglementation des plantes médicinales à l'intention des autorités nationales de réglementation pharmaceutique ont été organisés dans chacune des six Régions de l'OMS. Le Secrétariat a beaucoup travaillé sur la question des droits de propriété intellectuelle pour les médicaments traditionnels.

- **Mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* (résolution WHA56.24)**

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que son pays souffre d'un niveau de violence élevé et grandissant qui pèse lourdement sur les services nationaux de sécurité et de médecine d'urgence. Le Gouvernement a diffusé le *Rapport mondial sur la violence et la santé* à l'échelle nationale, a désigné un point focal au sein du Ministère de la Santé, et a créé une alliance nationale pour la prévention de la violence qui réunit un groupe représentatif très large de partenaires en vue de prévenir la violence dirigée contre les enfants et les femmes. Un système de surveillance de la violence a été créé dans le secteur de la santé et dans les services de police. Une initiative de cartographie de la capitale a aidé à mieux cibler les interventions visant les communautés à haut risque. Il remercie l'OMS et l'OPS pour leur soutien.

Le Dr TCHAMDJA (Togo) dit que la mise en oeuvre de la résolution revêt une grande importance pour les Etats Membres de la Région africaine. Des ateliers sur la prévention de la violence ont été organisés dans la Région, avec la participation de divers organismes et instituts de recherche. Les gens prennent de plus en plus conscience de la nécessité de prévenir la violence, et l'OMS devrait poursuivre ses efforts de plaidoyer. Il faudrait dégager davantage de ressources internationales pour combattre la violence sous toutes ses formes.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) annonce que son pays a nommé un coordonnateur pour la prévention de la violence sous l'égide d'un vice-ministre du Ministère de la Santé publique. Le rapport d'un groupe de travail sur la violence a été publié, y compris un plan d'action pour la prévention de la violence au sein de la famille. Des ateliers et des exposés ont eu lieu dans toutes les Régions avec la participation d'organisations non gouvernementales comme la très influente Fédération des Femmes cubaines, ainsi que de membres de la communauté et de médecins de famille et d'infirmières bien placés pour recueillir des données intéressantes sur la violence. Des progrès ont donc été réalisés, mais l'OMS doit poursuivre ses efforts.

Le Dr XIAO Donglong (Chine) dit que l'OMS a beaucoup fait pour sensibiliser le public à la prévention de la violence en publiant des directives et des normes, en mettant en place des mécanismes de surveillance et en dispensant une formation. Toutefois, de nombreuses autorités sanitaires ne sont pas encore pleinement conscientes de l'impact de la violence sur la santé publique, et l'OMS, l'UNICEF et d'autres organismes internationaux devraient intensifier leurs efforts pour attirer davantage l'attention sur cette question. Les ministères de la santé devraient être encouragés à collaborer plus étroitement avec les organisations non gouvernementales et à mener des actions de plaidoyer au niveau communautaire.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) indique que le *Rapport mondial sur la violence et la santé* a été suivi par de nombreuses initiatives régionales, nationales et locales : ainsi, par exemple, près de 100 pays ont désigné un point focal en matière de prévention de la violence. Elle rappelle que la Huitième Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité aura lieu en Afrique du Sud en 2006.

- **Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques** (résolution WHA56.22)

Le Dr HASEGAWA (Japon) dit que son pays a contribué aux réunions préparatoires pour l'élaboration d'une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques et adhère à l'approche de l'OMS. Le secteur de la santé doit être associé à la gestion internationale des produits chimiques et les autorités chargées de cette gestion doivent participer étroitement à l'application de la politique générale de santé. Le Japon continuera à appuyer les activités du Programme international sur la sécurité des substances chimiques. Le Dr Hasegawa demande au Secrétariat d'aider les Etats Membres à formuler leurs politiques de gestion des produits chimiques de manière à tenir compte des situations individuelles de chaque pays.

Mme PORNPIT SILKAVUTE (Thaïlande) précise que son pays élabore actuellement un plan directeur national sur la sécurité chimique et un profil national de gestion des produits chimiques. La gestion des produits chimiques est importante aux niveaux tant national qu'international. Des partenariats multisectoriels sont nécessaires pour promouvoir l'utilisation sûre des produits chimiques. Elle demande au Secrétariat de veiller à ce que les aspects sanitaires soient dûment pris en considération dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.

Le Dr TCHAMDJA (Togo), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que les produits chimiques contribuent pour une grande part aux échanges mondiaux, mais que la méconnaissance de leurs effets nocifs est une menace pour les pays en développement. Il appuie la proposition d'organiser une conférence internationale de haut niveau sur la gestion des produits chimiques en février 2006.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) note que la fabrication des produits chimiques est d'une importance économique majeure, mais que leur contribution à la morbidité et à la mortalité mondiales doit encore être déterminée. La production de certains produits chimiques a été déplacée vers les pays en développement, ce qui est une cause de préoccupation. Il demande s'il faut considérer que la dénomination « produits chimiques » couvre les médicaments. Il demande aussi si un programme a été établi pour l'élaboration de l'approche stratégique et quand on peut espérer qu'il sera achevé.

Le Dr ASSI GBONON (Côte d'Ivoire) dit que l'OMS devrait continuer à jouer un rôle de premier plan dans tous les aspects de la gestion internationale des produits chimiques touchant à la santé. Son pays s'est parfois interrogé sur le point de savoir si les solvants ou les principes actifs entrant dans la fabrication des médicaments, ou même des précurseurs, devaient être considérés comme des produits chimiques. Les Etats devraient être incités à intégrer la gestion des produits chimiques dans les politiques générales de santé. Des méthodes plus efficaces devraient être adoptées pour contrôler les répercussions de ces produits sur la santé des populations, et aussi pour contrôler les fabricants de ces types de produits, surtout dans les pays en développement qui ne disposent pas de grands moyens. Les pays devraient adopter leur propre programme national sur la sécurité chimique, dans la ligne du programme international correspondant. Elle appelle à fournir un soutien aux pays en développement dans ce domaine et encourage le Secrétariat à coordonner le secteur et à poursuivre ses efforts pour l'élaboration de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) dit que la sécurité chimique et l'impact des produits chimiques sur la santé humaine constituent un sujet de préoccupation croissant. Bien que les connaissances sur l'exposition et les risques soient encore lacunaires, les données scientifiques existantes montrent qu'une action urgente est nécessaire. Le développement du commerce des produits chimiques, le transfert des installations de production vers les pays en développement et l'utilisation à grande échelle des produits chimiques dans l'agriculture et l'industrie rendent impératif d'appliquer



des mesures de sécurité appropriées, notamment lorsque la toxicité des produits chimiques concernés n'est pas connue.

Le PNUE est le principal partenaire pour l'élaboration de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, mais de nombreux autres partenaires se sont tournés vers l'OMS et les autres autorités sanitaires pour avoir des conseils concernant l'impact des produits chimiques sur la santé humaine. La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants est entrée en vigueur en 2004 et la Première Conférence des Parties a eu lieu quelques semaines plus tôt. Il a aussi été demandé à l'OMS d'aider à trouver des produits de remplacement plus sûrs pour certains produits chimiques concernés.

Le terme « produits chimiques », tel qu'il est utilisé dans l'approche stratégique, n'inclut pas les médicaments ou leurs précurseurs. L'approche stratégique est centrée sur les produits chimiques ayant des effets nocifs sur les écosystèmes et/ou la santé humaine.

Les autorités sanitaires devraient participer à la troisième session du Comité préparatoire pour l'élaboration d'une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (Vienne, 19-24 septembre 2005). Le Secrétariat pourrait fournir des fonds pour couvrir la participation d'au moins deux ministères de la santé de chaque Région de l'OMS. D'abondantes discussions ont déjà lieu sur les dispositions institutionnelles qui seront prises une fois l'approche stratégique adoptée, et le secteur de la santé devrait être présent pour faire entendre sa voix.

Il est important de promouvoir les partenariats entre secteur public et secteur privé et entre la communauté internationale et les autorités nationales. Beaucoup reste à faire pour mettre en place de bons systèmes de sécurité protégeant la santé humaine.

- **Promotion des modes de vie sains** (résolution WHA57.16)

Le Dr FOURAR (Algérie) déclare que la promotion des modes de vie sains devrait faire partie intégrante des programmes nationaux de prévention, de dépistage et de prise en charge intégrée des maladies non transmissibles qui constituent un véritable problème de santé publique en Algérie. Après avoir réalisé une enquête sur les facteurs de risque en utilisant l'approche STEPS de l'OMS, l'Algérie est en voie de finaliser un programme national de prise en charge intégrée de ces maladies non transmissibles, axé essentiellement sur les consensus thérapeutiques, la promotion des modes de vie sains, la formation des personnels, l'information, l'éducation et la communication.

Mme KRISTENSEN (Danemark), s'exprimant aussi au nom des autres pays nordiques (Finlande, Islande, Norvège et Suède), exhorte l'OMS à jouer un rôle directeur dans la lutte contre la progression alarmante des maladies non transmissibles et, en conséquence, à donner la priorité au suivi de la résolution WHA57.16. Des stratégies globales sont nécessaires pour s'attaquer à tout l'éventail des déterminants, y compris les structures sociales, les facteurs environnementaux et les modes de vie. Cela implique à son tour un engagement véritable de tous les secteurs, car le problème des maladies non transmissibles ne peut être résolu par des individus isolés ou par le secteur de la santé à lui seul. Les activités de suivi devraient être étroitement liées aux autres processus en cours au sein de l'OMS, y compris ceux en rapport avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, les travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, et la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. La Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui doit se tenir prochainement à Bangkok, offrira une bonne occasion de coordonner ces diverses initiatives majeures.

Il reste encore beaucoup à apprendre sur les façons de modifier efficacement les modes de vie. La priorité doit être donnée à des connaissances sur le sujet, et à l'élaboration et la mise en oeuvre de nouvelles méthodes fondées sur des données factuelles. Par ailleurs, un meilleur usage devrait être fait des méthodes existantes qui se sont avérées efficaces. La stratégie globale de lutte contre les maladies non transmissibles actuellement élaborée par le Bureau régional de l'Europe pourrait permettre aux Etats Membres d'avoir à leur disposition les meilleures connaissances existantes pour une prévention efficace de la maladie et pour la promotion de la santé et constituer un outil très utile.

Mme AREEKUL PUANGSUWAN (Thaïlande) apprécie les efforts de l'OMS pour renforcer la capacité de promouvoir efficacement la santé, notamment à travers le programme PROLEAD, lancé à l'initiative du Bureau régional du Pacifique occidental, qui vise à former les responsables de la promotion de la santé de tous les pays de la Région. La Thaïlande a fourni des ressources financières et humaines pour ce programme qui a donné jusqu'ici d'excellents résultats. Ces initiatives de collaboration pourraient être développées et étendues à d'autres Régions.

Elle attend avec impatience la mise au point, par la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui se tiendra à Bangkok, en Thaïlande, du 7 au 11 août 2005, d'une véritable charte pour la promotion de la santé. Pour faire progresser les travaux dans ce domaine, de telles conférences devraient être organisées régulièrement, par exemple tous les trois ans, et être ouvertes à la participation de personnes extérieures au secteur de la santé mais travaillant pour la promotion de la santé. La Thaïlande exhorte le Directeur général à établir des mécanismes pour l'organisation régulière de conférences mondiales sur la promotion de la santé.

Le Dr MIZUSHIMA (Japon) encourage les Etats Membres à mettre au point des programmes efficaces pour la promotion des modes de vie sains afin de pouvoir comparer leur situation à celle des autres pays et échanger des données sur une base objective. Le Japon a accumulé une expérience importante dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion des modes de vie sains et est disposé à faire profiter les autres pays de son expérience et de son soutien technique. En avril 2005, il a coorganisé à l'intention des visiteurs internationaux, avec le Bureau régional du Pacifique occidental, un programme conjoint Japon-OMS sur la lutte contre les maladies transmissibles et a invité des responsables de la santé et des Etats Membres de la Région à l'Institut national de Santé publique du Japon. Ce programme a débouché sur de nombreux résultats intéressants.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) souligne le rôle essentiel des soins de santé primaires, de l'action intersectorielle et de la participation communautaire dans la promotion de modes de vie sains. Le modèle cubain de soins de santé primaires, qui vise à dispenser des soins complets aux familles, aux individus et aux communautés, encourage les modes de vie sains par une prévention systématique de la maladie et par des activités d'éducation sanitaire assurées par les personnels de santé et par des animateurs au sein des organisations communautaires. La promotion de modes de vie sains jouit d'un vaste soutien populaire et s'appuie sur une participation intersectorielle : un programme relatif à la santé et à la qualité de vie est plus particulièrement axé sur les facteurs de risque environnementaux et comportementaux. Cuba se réjouit des progrès annoncés en ce qui concerne le fait de vieillir en bonne santé, la santé scolaire, l'exercice physique et la promotion de la santé bucco-dentaire, et applaudit aux projets de l'OMS visant à continuer à fournir un soutien pour le renforcement des capacités de promotion de la santé aux niveaux national et local. La Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok aidera sans nul doute à définir les meilleures pratiques et à améliorer l'action en faveur de la promotion de modes de vie sains.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) souligne que les ministres de la santé ne sont pas voués à s'occuper uniquement des malades ou de la maladie ; la promotion de la santé et des modes de vie sains constitue une partie essentielle de leur travail. Le Koweït s'efforce d'encourager des modes de vie sains et de prévenir les maladies non transmissibles en s'attaquant aux facteurs de risque connus. Le Gouvernement essaie de faire en sorte que le public reçoive les informations voulues pour prévenir la maladie et rester en bonne santé. Les médecins devraient être exhortés à fournir ce type d'information dans le cadre de toutes les visites de contrôle régulières, afin que la population soit consciente des facteurs de risque pour des maladies telles que le cancer.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que sa délégation attend avec impatience la prochaine Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Lors de la cent quinzième session du Conseil exécutif, des éclaircissements ont été demandés sur le statut qu'aura le document

censé être établi lors de cette Conférence, mais aucune réponse n'a été donnée. Aussi demande-t-il à nouveau si cette charte de Bangkok pour la promotion de la santé aura la valeur d'un document de consensus négocié par la communauté internationale ou fournira simplement un guide informel aux Etats Membres ?

Le Dr TANGI (Tonga) note que certains Etats Membres ne font pas encore assez d'efforts ou n'allouent pas suffisamment de ressources pour mettre en oeuvre des programmes de promotion des modes de vie sains. Mais ils ne font apparemment en cela que suivre l'exemple de l'OMS qui, après avoir dit de manière répétée que les maladies liées aux modes de vie représentaient plus de 45 % de la charge mondiale de morbidité, n'a alloué dans son dernier budget programme que des ressources relativement faibles à la promotion des modes de vie sains et à la prévention des maladies non transmissibles. Ces maladies ainsi que celles liées aux modes de vie sont les problèmes de santé les plus répandus dans les îles du Pacifique qui, en dépit de leurs ressources limitées, font de leur mieux pour s'attaquer à ces problèmes. L'OMS pourrait faire de même en allouant à l'avenir davantage de crédits au domaine important de la promotion de la santé et de la prévention des maladies non transmissibles.

Le Dr BELBEISI (Jordanie) déclare que la Jordanie, comme la plupart des pays en développement, est aux prises à la fois avec le problème des maladies transmissibles et celui des maladies non transmissibles. Certaines maladies transmissibles ont été maîtrisées ces dernières années, mais la morbidité et la mortalité imputables aux maladies non transmissibles augmentent. Une enquête sur les facteurs de risque réalisée en 2004 permet de mesurer l'ampleur du problème : 22 % des plus de 18 ans souffrent d'hypertension et 18 % de diabète, 25 % fument et 35 % ne font pas régulièrement d'exercice physique. La Jordanie soutient fermement la promotion de modes de vie sains pour lutter contre ces maladies.

Mme THOMPSON (Commission européenne) dit que la Commission, consciente des causes majeures de l'obésité et des principales maladies non transmissibles, a fait de la promotion d'une bonne alimentation et de l'exercice physique une des grandes priorités de sa politique de santé et a l'intention de lancer une stratégie globale dans ce domaine en 2006. Dans cette perspective, elle a créé un forum intitulé Alimentation, Exercice physique et Santé – qui constituera une plate-forme européenne d'action rassemblant des représentants de toutes les parties prenantes, y compris les industriels de l'agroalimentaire, les publicitaires, les détaillants et des représentants de la restauration rapide et des organisations non gouvernementales. Ce forum établira une base de départ, dressant un inventaire de ce que fait actuellement chacun de ses membres pour promouvoir une alimentation saine et un exercice physique régulier. A partir de cette base, les membres établiront alors des plans d'action pour planifier de nouvelles initiatives et de nouveaux investissements en 2006. En outre, un réseau d'experts en nutrition/exercice physique issus des Etats Membres de l'Union européenne, de l'OMS et d'associations de consommateurs et d'organisations non gouvernementales s'intéressant à la santé a été constitué pour conseiller la Commission sur l'établissement d'une stratégie européenne pour améliorer l'alimentation, réduire et prévenir les maladies d'origine alimentaire, promouvoir l'exercice physique et lutter contre l'obésité. La Commission espère que cette approche et les résultats qu'elle permettra d'atteindre seront transposables au niveau international.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) rappelle que la promotion de la santé ne consiste pas seulement à prévenir la maladie : une conception plus large de cette notion s'impose, aussi bien dans la manière dont on en parle que dans la manière de définir les programmes, y compris ceux de l'Organisation mondiale de la Santé. Le renforcement des capacités aux niveaux tant national que régional reste une priorité pour l'OMS. Des programmes tels que le programme PROLEAD dans la Région du Pacifique occidental sont encore trop limités et il faudrait pouvoir les étendre bientôt à d'autres Régions.

La Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui se tiendra à Bangkok sera l'occasion de réexaminer la question de la promotion de la santé à la lumière des nouveaux défis posés par la situation sanitaire actuelle, et en particulier par la mondialisation. Une charte de Bangkok permettrait de réactualiser la Charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé qui n'était pas un document officiel adopté par les ministres de la santé ou par l'OMS. Une version provisoire de cette charte sera diffusée sur le site Web de l'OMS ; les Etats Membres auront la possibilité de faire des commentaires, qui seront intégrés dans le projet avant la Conférence. Le document sera à nouveau révisé au cours de celle-ci. On espère que cette Conférence ne sera pas une fin en soi, mais qu'elle donnera lieu par la suite à toute une série d'actions de promotion de la santé, ainsi qu'à la mise en place dans toutes les Régions de programmes qui s'appuieront sur les résultats de la Conférence.

- **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac**

Le Dr AL-LAWATI (Oman) note avec plaisir que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac compte actuellement 63 Parties contractantes et que la première session de la Conférence des Parties se tiendra en février 2006. Il aimerait savoir quelles dispositions seront prises pour faciliter financièrement la participation à cette conférence des pays qui ont ratifié la Convention ? Notant que la Journée mondiale sans tabac a lieu chaque année le 31 mai, il fait remarquer que le thème de cette Journée n'a été choisi qu'au mois de mars, ce qui a laissé au Bureau régional de la Méditerranée orientale très peu de temps pour traduire tous les documents pertinents. Il exhorte le Secrétariat à fixer le thème de la future Journée mondiale sans tabac beaucoup plus longtemps à l'avance.

Le Dr TCHAMDJA (Togo) dit que 12 pays de la Région africaine ont organisé des réunions des responsables de la santé en vue d'élaborer des stratégies concrètes de renforcement de la capacité de lutte antitabac et de l'action intersectorielle. Des efforts sont faits pour encourager davantage de pays à ratifier la Convention. Il demande un appui plus important à l'OMS pour aider à mettre en oeuvre les dispositions de la Convention sur le terrain dans les pays africains.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3.)

**La séance est levée à 18 h 10.**

## **DOUZIEME SEANCE**

**Mardi 24 mai 2005, 9 h 15**

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

**puis :** Pehin Dato ABU BAKAR APONG (Brunéi Darussalam)

**puis :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### **1. SIXIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A**

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de sixième rapport de la Commission A.

**Le rapport est adopté.<sup>1</sup>**

### **2. ORGANISATION DES TRAVAUX**

Mme RØINE (Norvège) demande si le groupe de travail chargé d'examiner le projet de résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant peut se réunir une nouvelle fois pour tenter d'aboutir à un consensus sur un texte révisé, ce qui n'a pas été possible jusqu'à présent. Sans cela, ce point de l'ordre du jour risque fort d'être reporté pour être examiné plus avant par le Conseil exécutif, ce qui prolongerait les débats d'une année.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) dit qu'il faut espérer que le groupe de travail pourra se réunir plus tard dans l'année. Il répond à une question de M. BENTO ALCÁZAR (Brésil) en indiquant que ce projet de résolution est le seul texte de cette nature présenté devant la Commission qui doit être examiné par un groupe de travail.

### **3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)**

**Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation) :** Point 13.19 de l'ordre du jour (documents A58/23 et A58/23 Add.1) (suite de la onzième séance)

- **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac** (suite de la onzième séance)

Le Dr HERMIYANTI (Indonésie) rappelle que son pays a pris une part active aux négociations régionales et internationales sur la Convention-cadre. Malheureusement, l'opposition manifestée jusqu'ici par les exploitants agricoles et l'industrie du tabac ne facilite ni la signature ni la ratification du traité.

---

<sup>1</sup> Voir p. 390.

Le Professeur TLOU (Botswana) fait observer que son pays a ratifié la Convention-cadre en janvier 2005. Le Botswana révisé actuellement sa législation pour faciliter la mise en oeuvre des dispositions de la Convention, mais a déjà légiféré pour interdire de fumer dans les lieux publics. Une action soutenue s'impose pour atteindre les objectifs de santé publique du traité. Le Secrétariat doit continuer à soutenir les Etats Membres pour qu'ils formulent des programmes éducatifs sur les méfaits du tabac et mettent en oeuvre les dispositions du traité.

Le Dr HASEGAWA (Japon) estime que la Convention-cadre est une première étape pour faire progresser la lutte antitabac à l'échelle mondiale. Le Japon, qui a ratifié le traité en juin 2004, coordonne des activités de lutte antitabac entre les ministères concernés et développe des programmes éducatifs destinés à montrer les effets du tabac sur la santé. Ces dernières années, la législation visant à prévenir le tabagisme passif a déjà permis de réduire sensiblement le nombre de fumeurs chez les hommes d'âge adulte. Le Secrétariat doit continuer à exhorter les Etats Membres à ratifier le traité, en tenant compte des conditions propres à chaque pays.

Mme WILSON (Canada) se félicite des progrès réalisés depuis l'entrée en vigueur de la Convention-cadre et prie instamment tous les Etats Membres qui ne l'ont pas encore fait de ratifier la Convention-cadre. Elle rend hommage à ceux qui travaillent sans relâche pour que la lutte antitabac s'inscrive dans une démarche globale et mondiale, et attend avec intérêt la première session de la Conférence des Parties.

Mme LAMBERT (Afrique du Sud) applaudit les pays qui ont ratifié la Convention-cadre. L'Afrique du Sud, qui l'a fait en avril 2005, se réjouit de participer à la première session de la Conférence des Parties. La ratification a été retardée à cause des lourdes pressions politiques exercées par l'industrie du tabac sur les parlementaires, malgré une législation nationale de lutte antitabac ferme. Au vu des manoeuvres de l'industrie du tabac, la vigilance est de mise et, conformément à la résolution WHA54.18, le Secrétariat devrait intensifier le suivi et la surveillance des activités de cette industrie et rendre compte dès que possible des tentatives visant à influencer l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques de santé publique mondiales.

Le rapport de la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac serait utile pour se préparer à la première Conférence des Parties.

Mme MULVEY (Corporate Accountability International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom du Network for Accountability of Tobacco Transnationals et de sa propre organisation (précédemment Infact), dit que les deux organisations qu'elle représente collaborent avec de nombreux gouvernements pour que le traité soit largement accepté. Les recommandations que propose le groupe de travail intergouvernemental à la Conférence des Parties seront un point de départ pour appliquer les termes du traité, notamment pour interdire la publicité, la promotion et les activités de parrainage en faveur du tabac. Elle a pris note des efforts déployés pour créer un secrétariat de la Convention qui soit institutionnellement lié à l'OMS mais qui relève de la Conférence des Parties et soit entièrement financé, et du consensus qui serait nécessaire pour que les règles régissant la participation des observateurs à la Conférence facilitent celle des organisations non gouvernementales d'intérêt public tout en veillant à empêcher que les sociétés productrices de tabac et leurs filiales n'infiltrerent la Conférence.

Les objectifs du traité sont par définition contraires aux intérêts des multinationales du tabac qui tentent de manière de plus en plus agressive et insidieuse d'en réduire l'efficacité. Elle donne des exemples de manoeuvres auxquelles les négociateurs avaient pensé au moment de rédiger certaines parties de la Convention-cadre. Conformément à la résolution WHA54.18, les Etats Membres et le Directeur général doivent être vigilants face aux efforts de l'industrie du tabac pour entraver l'élaboration de politiques de santé et d'autres mesures de lutte antitabac. Le Directeur général devrait être prié de faire rapport de ces activités à l'Assemblée de la Santé. Les organisations non

gouvernementales suivent cela de près et sont favorables à une mise en oeuvre rapide du traité. La Conférence des Parties et le Secrétariat doivent avoir la capacité et la volonté politiques de résister aux pressions extérieures, notamment de la part des non-Parties au traité et de l'industrie du tabac.

Mme MYNDIUKOVA (Framework Convention Alliance on Tobacco Control), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, prend acte des ratifications de la Convention-cadre et félicite les pays qui ont commencé à appliquer des mesures de lutte antitabac.

La culture, la fabrication et la commercialisation du tabac, le tabagisme et les maladies qui en découlent sont liés à de nombreux problèmes dans le monde et aux huit objectifs du Millénaire pour le développement énoncés dans la Déclaration. Depuis le début des négociations formelles sur la Convention-cadre, plus de 12 millions de personnes sont mortes de maladies liées au tabac, et l'industrie du tabac a considérablement élargi ses marchés dans les pays en développement, prenant notamment pour cible les femmes. Or celles-ci, en fumant, mettent non seulement leur propre santé en danger, mais aussi celle de leur famille et des enfants à naître. Mme Myndiukova demande instamment à tous les pays de ratifier la Convention-cadre et d'appliquer sans délai des mesures de lutte antitabac fermes. La plupart des mesures préconisées dans le traité ne sont guère coûteuses, certaines d'entre elles engendrant même des recettes : dans tous les cas, elles permettront aux gouvernements d'économiser des ressources et, plus important, de sauver des vies.

Mme WIENKAMP-WEBER (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de la Fédération internationale pharmaceutique et de l'Association médicale mondiale, dit que ces trois organisations ont créé l'Alliance mondiale des Professions de la Santé pour mobiliser des infirmières, des pharmaciens et des médecins à l'échelle mondiale et favoriser l'adoption d'une démarche pluridisciplinaire pour traiter les questions sanitaires et sociales. Il est essentiel de soutenir la Convention-cadre ; pour ce faire, les organisations doivent se mobiliser pour demander à leur gouvernement d'appuyer le traité.

Mme Wienkamp-Weber félicite l'OMS pour son rôle clé dans la lutte antitabac et pour le choix du thème « Les professionnels de la santé contre le tabac » à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2005. Les professionnels de la santé partout dans le monde s'indignent de ce que l'utilisation de produits du tabac soit en progression et s'inquiètent notamment du fait que l'industrie du tabac n'a de cesse de cibler les jeunes, les femmes et les pays en développement pour accroître ses marchés. Il est donc préoccupant de constater que les mesures de lutte antitabac sont faibles, voire inexistantes, dans de nombreux pays et que seulement 66 pays ont jusqu'à présent ratifié la Convention-cadre. Les organisations qu'elle représente ont collaboré avec l'OMS et des organisations non gouvernementales internationales à l'élaboration d'un code de pratiques concernant le tabac à l'intention des organisations de professionnels de la santé, continuent de recueillir des données pour étayer leurs activités de lutte et ont créé des ressources et des lignes directrices pour assurer une formation à la lutte antitabac et au sevrage tabagique.

Le Dr BETTCHER (Convention-cadre pour la lutte antitabac) dit qu'il a pris note des observations et recommandations formulées. La Convention-cadre compte désormais parmi les traités ayant recueilli l'adhésion la plus forte de toute l'histoire des Nations Unies. Depuis la rédaction du rapport, trois nouveaux Etats Membres sont devenus Parties contractantes : l'Arabie saoudite, la République de Corée et la République populaire démocratique de Corée. Le lieu et la date exacte de la première session de la Conférence des Parties de février 2006 seront bientôt confirmés. Le Secrétariat continue de fournir un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils deviennent Parties contractantes et mettent en oeuvre la Convention-cadre et, conformément à la résolution WHA54.18, il rédige des rapports mensuels sur les résultats de la surveillance qu'il exerce sur l'industrie du tabac. Les Etats Membres – qui ne le sont pas encore – devront devenir Parties contractantes avant novembre 2005 pour pouvoir exercer pleinement leur droit de vote à la première session de la Conférence des Parties.

Le Dr Bettcher répond au délégué d'Oman en indiquant qu'à sa deuxième session, le groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée a proposé de créer un fonds pour le

remboursement des frais de déplacement inhérents à la participation à la Conférence des Parties des délégués des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure) : ce qui sera fait pour la première session. La résolution WHA42.19 a fixé que, chaque année, le 31 mai serait la Journée mondiale sans tabac. D'année en année, les thèmes retenus sont sélectionnés aussi tôt que possible et le Secrétariat prendra note des suggestions formulées par les Etats Membres pour les sujets à venir.

**La Commission prend note des rapports.**

**Pehin Dato Abu Bakar Apong assume la présidence.**

**Sommet ministériel sur la recherche en santé : Point 13.18 de l'ordre du jour (document A58/22)**

Le Dr YOUSSEF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), fait savoir qu'à sa cent quinzième session, le Conseil exécutif a examiné un projet de résolution sur la Déclaration de Mexico issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004). Les membres du Conseil sont convenus de poursuivre le débat par voie électronique, ce qui a débouché sur le projet de résolution révisé qui figure au paragraphe 8 du document A58/22.

M. BAILÓN (Mexique) remercie l'OMS d'avoir choisi le Mexique pour accueillir le Sommet : il s'agissait du plus grand rassemblement de ministres de la santé jamais tenu autour de la question de la recherche en santé. L'interaction entre chercheurs, bailleurs de fonds et utilisateurs s'est révélée extrêmement fructueuse. La Déclaration de Mexico est un appel pour renforcer la recherche en santé, étape essentielle pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Il prie instamment les Etats Membres de répondre à cet appel et d'approuver le projet de résolution.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) approuve la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé et appuie le projet de résolution. Une telle résolution servira de cadre d'action pour que le Secrétariat, les Etats Membres, la communauté scientifique et les partenaires du développement veillent à ce que la politique de santé repose sur des recherches fondées sur des données factuelles, tout en tenant compte de l'échéance de dix ans fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Dans le texte du projet de résolution, distribué par voie électronique aux membres du Conseil, figurent des crochets qui indiquent les parties dont le libellé n'a pas fait l'objet d'un accord, faute de temps. Il propose que la Commission reporte l'examen du texte jusqu'à ce que des consultations informelles aient été tenues pour tenter d'aboutir à un consensus.

Mme KONGSVIK (Norvège), prenant la parole au nom des pays nordiques, dit que le regain d'intérêt suscité pour la recherche en santé est à porter au crédit de la réunion de Mexico. La recherche sur les systèmes de santé et les moyens de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et d'instaurer la santé pour tous s'impose. Les systèmes de santé doivent être en mesure de fournir des services de santé globaux, universels et équitables, de qualité, tout en influant sur les déterminants sociaux de la santé. Ce défi concerne tout le monde, et surtout les pays en développement. Il est indispensable que des recherches complémentaires soient menées pour renforcer la base des connaissances sur lesquelles reposeront les décisions en matière de politiques de santé, particulièrement en ce qui concerne l'organisation et le financement des systèmes de santé fondés sur le partage des risques et des ressources, et pour accroître la capacité des pays en développement à recueillir des données et à mener les recherches qui s'imposent. Il faudrait privilégier les structures nationales qui correspondent au type de recherche à mener. Les Etats Membres devraient s'engager à fournir le financement requis pour que, une fois adoptée, la résolution puisse être appliquée.

Il faudrait également s'attacher à rendre les résultats de la recherche plus accessibles. Les Instituts de Recherche en Santé du Canada ont institué l'enregistrement précoce des essais cliniques et il serait utile de rendre l'enregistrement public obligatoire. Le projet de résolution demande que soit établi un système de liaison volontaire des registres des essais cliniques. Il faudrait pouvoir mieux



apprécier les bienfaits pour la santé, les effets secondaires et le coût de nouvelles techniques et de nouveaux produits pharmaceutiques.

Les pays nordiques appuient la proposition en faveur d'un nouveau programme OMS de recherche sur les systèmes de santé et se disent très favorables à l'adoption d'une résolution consensuelle fidèle à l'esprit de la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé. Mme Kongsvik est d'accord avec le délégué de la Thaïlande pour que des consultations complémentaires soient organisées.

Le Dr TRAORE (Mali) estime que le projet de résolution reflète fidèlement la Déclaration de Mexico. Il suggère toutefois de modifier le paragraphe 2.4) pour préciser que les résultats de la recherche doivent servir à la prise de décision.

Le Dr WINT (Jamaïque) salue la Déclaration de Mexico et attend avec intérêt l'adoption d'une résolution ferme sur la recherche en santé. Les pays de la Communauté des Caraïbes ont une solide tradition de recherche en santé biomédicale et le Conseil de Recherche en Santé des Caraïbes travaille avec les ministères de la santé de la Région pour fixer le programme futur de recherche en santé. De nombreux défis se présentent, en particulier l'harmonisation plus étroite du programme de recherche avec les besoins des services de santé, le renforcement de la capacité de recherche concernant notamment les examens éthiques et systématiques, la traduction et la communication des résultats aux parties prenantes aux niveaux politique, programmatique et communautaire et la mobilisation des ressources nécessaires. Une assistance technique sera nécessaire à cette fin.

Le Dr MBONEKO (Burundi) se félicite du projet de résolution et de l'objectif visant à mettre les résultats de la recherche à la disposition de tous ceux qui en ont besoin. Comme l'a indiqué le Directeur général dans son discours d'ouverture, agir sans savoir est une perte d'énergie tout comme savoir sans agir est un gaspillage de ressources. Le manque de fonds demeure invariablement le principal obstacle à la recherche. Dans les pays riches, les secteurs public et privé doivent faire en sorte que les pays pauvres reçoivent une assistance technique et financière suffisante pour développer leurs activités de recherche en santé, essentielles pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr NYIKAL (Kenya) indique que l'Institut de Recherche kényen est financé sur le budget du Ministère de la Santé et par des partenaires du développement. Il existe un conseil national d'examen éthique et trois conseils d'examen institutionnel, mais il reste encore à renforcer leur lien avec l'élaboration des politiques. Le Sommet de Mexico a mis l'accent sur la coordination de la recherche dans les pays et entre eux. Le Kenya, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie créent actuellement un conseil de recherche en santé de l'Afrique orientale qui sera chargé de coordonner la recherche et d'en communiquer les résultats aux instances politiques. Le Dr Nyikal appuie le projet de résolution et propose d'ajouter le membre de phrase suivant au paragraphe 4.1) : « et de faire rapport sur les progrès accomplis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ».

M. SHONGWE (Swaziland) insiste sur le fait que les recherches sur lesquelles on s'appuiera pour formuler des politiques doivent être de qualité. Le Swaziland a rétabli récemment son département national de recherche en santé et son comité national de recherche en santé et d'éthique qui conseilleront le Ministre de la Santé en matière notamment d'essais cliniques. Son pays aura besoin d'un important appui technique de l'OMS pour institutionnaliser la recherche en santé. M. Shongwe approuve le projet de résolution.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) pense que le Sommet ministériel a servi de tribune pour l'échange d'idées et de connaissances techniques et a mis en lumière la nécessité impérieuse d'investir dans la recherche en santé et l'innovation. Les gouvernements doivent soigneusement examiner la Déclaration de Mexico et envisager les moyens de soutenir les investissements pour renforcer leurs

systemes de santé. La recherche en santé de qualité requiert la transparence, un investissement durable et l'adoption d'une démarche stratégique pour traduire les résultats de la recherche en politiques. Il propose plusieurs amendements au projet de résolution et se rallie à l'idée de confier la mise en forme définitive du texte à un groupe de rédaction.

Mme IMAI (Japon) est d'avis qu'il faut promouvoir la recherche en santé pour servir de fondement aux politiques de santé. Au paragraphe 1 du projet de résolution, elle estime que « prend note de » est plus approprié qu'« approuve », car de nombreux pays, dont le sien, n'ont pas été représentés au Sommet ministériel, et qu'une grande partie de la Déclaration de Mexico figure dans le projet de résolution.

Le Dr ZAINAL ARIFFIN HAJI YAHYA (Brunéi Darussalam) convient que la recherche sur les systèmes de santé est prioritaire pour informer les décideurs politiques. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) dit qu'il faut mettre en oeuvre les conclusions du Sommet ministériel qui a été un succès. Cuba estime indispensable d'investir dans la recherche en santé pour pouvoir définir les besoins auxquels la science et la technologie pourront répondre. La recherche en santé, qui s'inscrit dans le cadre de plans quinquennaux régulièrement mis à jour, est confiée aux instituts de recherche, aux universités et aux pôles scientifiques, et les résultats obtenus sont appliqués dans le système national de santé. Mais, dans les Amériques, d'importantes disparités sociales et économiques freinent encore le transfert des connaissances. La recherche en santé doit être conduite dans l'optique des objectifs communs du Millénaire pour le développement en vertu desquels le développement humain repose sur la notion d'équité. Le Sommet a également montré que la recherche doit se concentrer sur les problèmes de santé prioritaires en s'inscrivant dans le cadre d'une politique capable de fournir efficacement et équitablement des services de santé de qualité. Une fois la recherche menée à bien, les résultats doivent être accessibles aux niveaux local et international. Grâce à la cybersanté, les connaissances scientifiques peuvent être transmises aux zones les plus reculées ; une expérience de ce type est en cours à Cuba. Le Dr González Fernández appuie le projet de résolution.

Le Dr BRUNET (France) salue les résultats du Sommet ministériel. Le projet de résolution devrait être l'occasion d'insister davantage sur les activités de recherche actuelles et futures de l'OMS et de souligner la dimension éthique de la recherche en santé. Il compte proposer un amendement dans ce sens et convient, avec de précédents intervenants, qu'un groupe de rédaction devrait être créé pour améliorer le texte.

Mme PODESTA (Australie) se félicite des recommandations formulées au Sommet ministériel, lesquelles sont conformes au programme du Comité consultatif de la Recherche en Santé de l'OMS : la recherche est essentielle pour renforcer les systèmes de santé, accroître l'équité au sein des systèmes de santé et favoriser le développement ; de solides systèmes nationaux de recherche en santé reposant sur des principes d'équité et d'éthique sont nécessaires ; et la formulation des politiques et le choix des moyens de prévention et de traitement doivent reposer sur des données scientifiques ; les résultats de la recherche doivent être publiés, évalués et communiqués par des moyens pratiques pour les utilisateurs. Mme Podesta approuve le projet de résolution.

Pour le Dr XIAO Donglong (Chine), il faut établir de solides systèmes de santé nationaux pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Les politiques et systèmes de santé devraient se fonder sur des recherches en santé de qualité et des mesures être prises pour assurer cette qualité tout en soutenant les capacités de recherche des pays en développement. Le public doit être tenu informé des résultats de la recherche en santé. L'OMS a un rôle important à jouer dans la promotion de la recherche en santé pour faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire.

M. BASSE (Sénégal) appuie la proposition de former un groupe de rédaction.

Le Dr AHMED (Pakistan) estime que la Déclaration de Mexico marque un tournant décisif. La recherche en santé est cruciale pour fournir équitablement des soins de santé de qualité. Les recherches les plus récentes portent sur les questions cliniques et il appartient au Secrétariat de jouer un rôle de coordonnateur pour que les résultats soient communiqués aux Etats Membres ; toutefois, l'attention doit se tourner vers la recherche sur les systèmes de santé pour pouvoir évaluer les interventions disponibles et en retenir les meilleures. Le Dr Ahmed souscrit au projet de résolution et à la proposition de former un groupe de rédaction.

Mme SACKSTEIN (Alliance internationale des Femmes), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, constate avec inquiétude que seuls 4 % environ du financement mondial de la recherche en santé sont affectés aux pays à revenu faible ou moyen. L'Alliance appuie la Déclaration de Mexico, et notamment les recommandations visant à combler l'écart entre la théorie et la pratique afin de renforcer les systèmes de santé qui fonctionnent mal. Nombre de préjugés sur les femmes, la solvabilité des patients, leur race ou leur classe sociale sont à l'origine d'inégalités sanitaires. Pour réaliser le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, à savoir « améliorer la santé maternelle », gouvernements et membres de la société civile doivent étudier les déterminants socio-économiques de la mortalité et de la morbidité maternelles. Cet objectif suppose une démarche intégrée englobant tous les aspects fondamentaux de la santé génésique, y compris l'accès à la contraception et à l'avortement réalisé dans de bonnes conditions de sécurité. Il faudrait disposer localement de services de planification familiale, de soins et d'interventions pendant la grossesse, la recherche permettant de déterminer les structures locales qui conviennent. Concernant le troisième objectif, c'est-à-dire « promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes », il faut que l'attention porte sur les inégalités dont sont victimes les femmes et les fillettes. A la lumière du sixième objectif, il serait bon d'encourager la recherche sur la possibilité de relier les actions de lutte contre le VIH/SIDA aux services de santé génésique. L'argent manque cruellement dans certains domaines de la recherche de grande importance pour les femmes et les fillettes, notamment dans les domaines suivants : antirétroviraux et posologie appropriés pour les enfants infectés par le VIH, obésité de l'enfant, exercice physique pour les jeunes et les personnes âgées, maladies non transmissibles causées par les régimes alimentaires et les modes de vie actuels, et maladies mentales.

Mme BOFFI (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, souscrit à l'initiative de l'OMS de créer un système d'enregistrement international des essais cliniques et se félicite du dialogue instauré avec tous les acteurs concernés. L'industrie pharmaceutique préconise la transparence et l'accès à l'information sur les essais cliniques ; elle a adopté une position commune sur l'enregistrement des essais en cours et la notification des résultats des essais terminés par l'intermédiaire de toute une série de portails des secteurs public et privé. La Fédération lancera prochainement un portail de recherche Internet unique renvoyant à divers sites contenant des données fournies par les sociétés pharmaceutiques. Toute démarche visant à divulguer l'information doit aller dans le sens d'une plus grande transparence et d'un accès facilité tout en ne compromettant pas l'innovation. Les parties prenantes doivent collaborer pour examiner les incidences pour la santé publique d'une plus grande divulgation de l'information et sa pertinence pour la prise de décision en matière de soins de santé ; les problèmes de confidentialité ; les questions de législation et de réglementation nationales ; et l'impact de la divulgation de l'information sur l'innovation et la participation des parties prenantes. L'industrie pharmaceutique soutient vigoureusement les normes relatives à la divulgation de l'information convenues à la réunion des parties concernées organisée par l'OMS à Genève en avril 2005 ; les membres de la Fédération continueront à collaborer avec le Secrétariat pour fixer des normes dans ce domaine.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), faisant écho au débat, se félicite du soutien massif en faveur du processus initié par le Sommet ministériel.

Le PRESIDENT suggère de ne pas clore l'examen de ce point de l'ordre du jour en attendant le résultat de la réunion du groupe de rédaction.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la quatorzième séance, section 2, p. 261.)

**Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA (résolution WHA57.14) : Point 13.20 de l'ordre du jour (document A58/23)**

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des pays candidats à l'adhésion – Croatie et Turquie –, et des pays relevant du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'entrée dans l'Union européenne – Albanie, Bosnie-Herzégovine, Ex-République yougoslave de Macédoine et Serbie-et-Monténégro –, rappelle que, fin 2004, 39,4 millions de personnes vivaient avec le VIH/SIDA, dont 95 % dans les pays en développement, que le nombre de nouvelles infections est évalué à 5 millions par an et que plus de 8000 personnes meurent chaque jour de ce fléau. Le nombre de cas d'infection au sein de l'Union européenne et dans les pays voisins a augmenté. L'Union européenne soutient les initiatives de l'OMS en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il importe de préserver l'équilibre entre traitement et soins d'un côté et prévention de l'autre, et l'ONUSIDA devra appuyer sa stratégie de prévention sur des données probantes ; à cet égard, le rôle de l'OMS en tant qu'organisme coparrainant de ce programme est essentiel. Les dernières statistiques confirment que le nombre de femmes infectées par le VIH/SIDA progresse, particulièrement en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes où les femmes de 15 à 24 ans ont deux fois et demie plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes à cause de facteurs biologiques et sociaux. Toutes les politiques de lutte contre le VIH/SIDA doivent viser particulièrement les femmes et favoriser la santé génésique et sexuelle et les droits connexes. Ces politiques ne pourront aboutir sans un accès universel à des services de santé génésique de qualité et leur meilleure intégration dans les services de traitement du VIH/SIDA. Il faut maintenir un niveau élevé d'engagement politique et financier concernant l'information, les services et la recherche dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Il est également important d'assurer le traitement et des soins et de donner aux personnes infectées par le VIH la possibilité de faire des choix en matière de procréation, conformément aux objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994). L'Union européenne et ses Etats Membres ont intensifié leurs activités de lutte contre le VIH/SIDA en matière de prévention, de traitement et de soins. L'Union européenne a tenu une conférence ministérielle (Vilnius, 16 et 17 septembre 2004) qui a abouti à une coordination renforcée.

Le Dr Hansen-Koenig soutient pleinement l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » mais s'inquiète du fait que la présélection des médicaments ait obtenu si peu de résultats. Les délais constatés rendent difficile l'achat de médicaments par le canal du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Plusieurs Etats Membres de l'Union européenne et la Commission européenne apportent des contributions régulières et importantes à ce projet. Il faut prendre sans délai les mesures nécessaires pour que le projet aboutisse. Le Programme d'action européen pour lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose par les actions extérieures (2007-2011), adopté par la Commission européenne en avril 2005, apportera aux pays en développement qui y participent un appui technique et financier pour combattre efficacement ces trois maladies et garantir l'accès au traitement.

Presque tous les pays ont adopté des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA, mais on peut déplorer que les fonds disponibles demeurent encore insuffisants même s'ils sont plus importants qu'ils ne l'ont jamais été. Le Dr Hansen-Koenig appelle à la mise en oeuvre de mesures concrètes,

efficaces, ciblées et cohérentes de lutte contre le VIH/SIDA, incluant la prévention au niveau mondial, l'accès universel au traitement et des réponses efficaces des systèmes de santé.

Le Dr HAMOUIYI (Maroc) dit que, au Maroc, un programme de lutte contre le SIDA a été créé en 1986. Le fait de pouvoir bénéficier de l'engagement des plus hautes autorités d'un pays musulman, arabe et africain pour lutter contre le VIH/SIDA a facilité la mise en place d'une stratégie nationale qui a largement contribué à maintenir l'incidence de la maladie à un faible niveau. Cet engagement a aussi permis, malgré le contexte socioculturel et religieux, de parler ouvertement du préservatif et d'autres moyens de prévention de la transmission du VIH et a conduit le Gouvernement à concevoir un programme national intégrant la prévention, la trithérapie gratuite, le suivi de toutes les personnes vivant avec le VIH et des campagnes de communication de masse. Les activités d'information, d'éducation et de communication ont été réalisées grâce à la participation active et engagée de tous les secteurs de la société et grâce aux fonds provenant du budget de l'Etat, aux institutions des Nations Unies et à la collaboration bilatérale.

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le SIDA pour la période 2002-2004, il a été possible d'étendre la surveillance sentinelle à 24 sites, d'introduire une surveillance sentinelle du VIH de deuxième génération, et de mener des études épidémiologiques sur les maladies sexuellement transmissibles et la pharmacorésistance. Les perspectives d'avenir porteront sur la préparation du plan stratégique national pour 2006-2010, en collaboration avec tous les partenaires du programme. Le Dr Hamouiyyi remercie l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies pour leur soutien et appuie l'ensemble des initiatives proposées.

Le Dr SAÏDE (Mozambique), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle que sur les 6 millions de personnes qui auraient besoin d'un traitement antirétroviral, seules 700 000 en bénéficient, dont 310 000 en Afrique. Maintenant que l'efficacité de la thérapie antirétrovirale a été prouvée dans différents contextes où les ressources manquent, les Etats Membres doivent continuer à renforcer les activités de prévention et de traitement et à développer les capacités nécessaires pour faire face à l'émergence d'une pharmacorésistance. L'accès au traitement, la prévention, les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA font partie intégrante de la riposte globale du secteur de santé au niveau national, mais nécessitent un appui financier adéquat ; le rejet social, la discrimination, l'inégalité entre hommes et femmes, les contraintes économiques, les limites des capacités de soins de santé et la pénurie de ressources humaines figurent parmi les obstacles majeurs. Le Dr Saïde souligne la nécessité de réduire davantage le coût du traitement antirétroviral et de renforcer les systèmes de santé et les ressources humaines, et l'importance de l'action de l'OMS visant à aider les pays en développement à obtenir des antirétroviraux et des tests diagnostiques sûrs, efficaces et d'un coût abordable. Il souhaiterait obtenir des informations sur l'état d'avancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

La médecine traditionnelle peut jouer un rôle important, en association avec la médecine scientifique ou par elle-même. Il serait utile de réaliser des recherches complémentaires sur son utilisation dans le traitement des infections opportunistes.

Les Etats Membres africains se sont engagés à appliquer les « trois principes » pour améliorer la coordination et l'harmonisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans les pays. Des stratégies pour la gestion des ressources humaines à court et à long terme seront élaborées et mises en oeuvre pour former, recruter et fidéliser les agents de santé et créer des mécanismes qui prévoient de meilleurs salaires, des primes d'encouragement et de meilleures conditions de travail. Des ressources supplémentaires seront allouées pour renforcer les systèmes sanitaires et sociaux, afin qu'ils soient toujours en mesure de fournir des services efficaces de prévention, de traitement, de soins et d'appui. La recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle sera renforcée. Les accords commerciaux bilatéraux tiendront compte des flexibilités prévues au titre des Accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, et le Dr Saïde demande à cet égard que l'appui aux pays soit intensifié.

Il encourage le Secrétariat à continuer de renforcer son rôle de tutelle et sa capacité technique pour faire face à la pandémie de VIH/SIDA de façon coordonnée, de faire en sorte que

l'intensification de la riposte vienne s'inscrire dans le cadre de vastes efforts de renforcement des systèmes de santé nationaux, de donner des orientations aux Etats Membres pour ce qui de l'élaboration de politiques nationales et de recherche sur la médecine traditionnelle, de fournir un appui aux pays africains en ce qui concerne la présentation des demandes au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'intensifier les activités portant sur la nutrition dans le contexte du VIH/SIDA.

Le Dr TADA (Japon) fait observer que les résultats encourageants de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » doivent être analysés et intégrés dans les futurs programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Elle se félicite par ailleurs des efforts de l'OMS visant à renforcer la prévention en même temps que le traitement, de sorte qu'ils aient la même place. Compte tenu de l'importance de la coordination, le Gouvernement japonais accepte les « trois principes », mais craint que les donateurs assument un trop grand rôle en la matière. Or, pour assurer la pérennité des programmes, tous les partenaires du développement doivent travailler avec les pays bénéficiaires. Le VIH/SIDA étant étroitement lié à des facteurs sociaux et culturels, le Japon a commencé à former et déployer des volontaires capables de travailler au niveau de la population locale et à apporter un soutien aux organisations non gouvernementales sur le terrain. Le Dr Tada demande à l'OMS d'insister davantage sur le développement des ressources humaines et de l'appui technique sur le terrain afin de doter les programmes de lutte contre le VIH/SIDA d'un nombre suffisant d'experts.

Mme AHO (Togo) remercie l'OMS, l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme de leur soutien. Le Gouvernement togolais partage l'inquiétude de l'Union européenne concernant le nombre croissant de femmes vivant avec le SIDA et d'orphelins du SIDA. Il conviendrait de privilégier une approche intégrée pour lutter contre le SIDA, le paludisme et la tuberculose et de recueillir davantage de fonds pour prendre en charge les orphelins du SIDA, notamment en Afrique. Le Secrétariat doit entrer en contact avec tous les organes de financement concernés pour accélérer le décaissement des fonds qui tardent à venir.

Certes, les organisations non gouvernementales ont un rôle important à jouer, mais ce ne sont pas elles qui conçoivent les politiques nationales. Les gouvernements devraient donc disposer de plus de ressources, et le Bureau régional de l'Afrique favoriser un consensus entre gouvernements et organisations non gouvernementales. Tous les Etats Membres doivent unir leurs forces et mettre leurs ressources en commun pour combattre le SIDA, car ce fléau les concerne tous.

Mme REID (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) demande des éclaircissements sur l'après « 3 millions d'ici 2005 ». Son Gouvernement espère que l'objectif ambitieux, mais toutefois réaliste, de développer le traitement et les soins fera l'objet d'un consensus. Il s'agit d'oeuvrer en faveur d'un accord international sur l'accès universel au traitement anti-SIDA d'ici 2010. Tout nouvel objectif – de même que les stratégies qui s'y rapportent – doit s'accompagner de mesures de prévention, et s'inscrire dans le cadre d'une riposte globale ; il doit refléter l'action et les priorités des Etats Membres ; s'intégrer dans les systèmes sanitaires et sociaux pour éviter la création de mécanismes parallèles et intenables ; et répondre en priorité aux besoins des femmes et des enfants, grâce à des systèmes de surveillance désagrégés propres à repérer les différents groupes. Mme Reid salue les efforts déployés dans le but d'améliorer la coordination entre l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies pour intensifier la prévention, le traitement et les soins, mais également pour mieux définir les rôles et les responsabilités de chacun.

Le Dr OPIO (Ouganda) se félicite des progrès réalisés dans l'application de la résolution WHA57.14 et indique que, suite à l'annonce de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », l'Ouganda a renforcé son système de soins de santé pour que traitement et soins soient intensifiés dans le cadre d'une riposte coordonnée et globale au VIH/SIDA. En Ouganda, quelque 55 000 malades du SIDA (environ 40 % des personnes souffrant de la maladie) bénéficient d'un traitement antirétroviral, avec des médicaments obtenus par le biais de sociétés présélectionnées par l'OMS. Des cartes ont été

réalisées pour localiser avec exactitude les différents services, notamment de traitement aux antirétroviraux, de conseil et de dépistage (chaque district étant doté au minimum d'une structure), et de prévention de la transmission du VIH mère-enfant. Les services relatifs au VIH/SIDA sont fournis en respectant les « trois principes ». Le Dr Opio demande à l'OMS de continuer à fournir l'appui technique nécessaire pour pouvoir réaliser des progrès, et encourage les partenaires du développement à contribuer au renforcement des systèmes de santé, démarche cruciale pour s'acheminer vers la mise en oeuvre de la résolution.

Le Dr MOSA (Madagascar) fait état de taux de séroprévalence alarmants pour certains groupes dans son pays : 11 % des professionnels du sexe et 11 % de la population rurale sont infectés par le VIH. Même si dans l'ensemble la prévalence demeure faible avec un taux de l'ordre de 1,14 %, des mesures draconiennes sont prises pour empêcher une épidémie catastrophique et incontrôlable. Outre l'aide financière fournie par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, le combat contre le VIH/SIDA bénéficie d'un engagement politique au plus haut niveau, et un comité national a été mis en place au sein de la Présidence pour coordonner les stratégies.

Selon Mme TSENILOVA (Ukraine), l'accès élargi aux antirétroviraux, volet essentiel de la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA en Ukraine, bénéficie du même rang de priorité que les soins, la sécurité sociale et l'assistance aux patients. Le traitement contre le SIDA s'est généralisé et on constate que le nombre de personnes traitées aux antirétroviraux a été multiplié par huit au cours des neuf mois qui ont précédé mai 2005, ce qui porte à plus de 1600 le nombre de bénéficiaires, l'objectif se situant à près de 3000 personnes d'ici fin 2005. Au cours de l'année écoulée, trois laboratoires ont été créés pour améliorer les moyens diagnostiques et la détermination de la charge virale.

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » conjuguée à l'appui technique de l'OMS ont permis d'élaborer des protocoles thérapeutiques nationaux et des normes minimums en matière de traitement antirétroviral et d'entreprendre la formation de personnel médical et social. Des projets pilotes prévoyant des thérapies alternatives ont été mis en place pour éviter l'interruption du traitement et le risque de pharmacorésistance. L'Ukraine est le seul pays d'Europe et d'Asie centrale à participer au projet mis en place pour améliorer la coordination et assurer la compatibilité avec les « trois principes » ; ce projet donne d'ailleurs d'excellents résultats.

L'Ukraine apprécie grandement l'appui de l'OMS et de l'ONUSIDA et compte sur leur soutien constant pour consolider les initiatives nationales.

M. POMOELL (Finlande), prenant la parole au nom des pays nordiques – Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède –, salue les efforts déployés par l'OMS dans le cadre de l'ONUSIDA pour mettre en oeuvre les « trois principes » dans dix pays. La collaboration des différents programmes de l'OMS en matière de VIH/SIDA est particulièrement importante. Il est regrettable que le rapport ne mentionne que brièvement la présélection des antirétroviraux ; il aurait été utile en effet de disposer de plus d'informations sur l'action de l'OMS, compte tenu de leur importance pour des organes de financement comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. M. Pomoell demande donc instamment au Directeur général d'accorder les ressources et l'attention nécessaires à cette question et de tenir les Etats Membres informés de tout problème de financement.

Plusieurs mesures sont essentielles pour mettre en oeuvre l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Il faut que les groupes vulnérables et marginalisés bénéficient d'une couverture globale et soient traités sans discrimination. L'infrastructure de santé existante doit être renforcée à long terme et de manière durable. Il faut mettre au point des instruments qui permettent de veiller à ce que les schémas thérapeutiques soient respectés et élaborer des stratégies et des solutions concernant le traitement à vie. Il convient par ailleurs de privilégier l'amélioration des services de soins de santé traditionnels et d'éviter de recourir à des entités indépendantes, voire parallèles, pour l'administration des traitements. De plus, les filles, aussi bien que les femmes et les agents de santé séropositifs, doivent avoir les mêmes chances de bénéficier du traitement. Les services de conseil et dépistage volontaires doivent être intégrés aux soins de santé sexuelle et génésique ; tout traitement doit comprendre un volet prévention.

M. Pomoell demande de quelle manière la prévention est intégrée dans les activités de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », et souhaite savoir où en est le Secrétariat avec le programme de travail concernant le VIH/SIDA et les systèmes de santé.

Le Dr XIAO Donglong (Chine) constate que l'amélioration des infrastructures de santé a considérablement facilité le traitement du VIH/SIDA et la lutte contre la maladie. La Chine apprécie beaucoup les efforts consentis par l'OMS et d'autres organisations internationales et non gouvernementales pour améliorer l'accès des pays en développement aux produits pharmaceutiques et diagnostiques. Mais en dépit des progrès réalisés, il sera extrêmement difficile de fournir un traitement antirétroviral à 3 millions de personnes, en raison du prix élevé des médicaments qui occasionne une lourde charge pour les pays et remet en cause la réalisation de l'objectif de l'initiative. La Chine espère que l'OMS prendra d'autres mesures pour résoudre ces problèmes dans un avenir proche. Toutes les parties doivent coopérer activement pour permettre à davantage de patients de bénéficier d'un traitement standardisé et pour atteindre l'objectif de l'initiative.

Le Dr SHEVRYOVA (Fédération de Russie) souligne qu'il est important que tous ceux qui sont infectés par le VIH aient accès au traitement antirétroviral. Les systèmes de santé nationaux doivent être renforcés pour que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » puisse être mise en oeuvre. Elle appuie sans réserve les lignes directrices du Secrétariat sur l'équité et l'accessibilité du traitement antirétroviral, y compris pour les groupes vulnérables comme les utilisateurs de drogues intraveineuses, les milieux de la prostitution et les détenus, de même que l'initiative de l'OMS et de l'ONUSIDA visant à créer des unités d'interventions rapides pour le VIH/SIDA. Le Dr Shevryova salue les différentes lignes directrices proposées, notamment pour le traitement des femmes vivant avec le VIH et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et estime elle aussi qu'il faut améliorer encore les systèmes de surveillance épidémiologique nationaux et mener des travaux de recherche comportementale parmi différents groupes de la population. Les « trois principes » sont fondamentaux pour renforcer la coordination et les programmes destinés à combattre le VIH/SIDA.

Le Dr ADJA (Côte d'Ivoire) encourage le Secrétariat à poursuivre ses efforts en vue d'améliorer les soins apportés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Gouvernement ivoirien a créé un ministère de lutte contre le SIDA chargé des politiques, des activités de plaidoyer, de la mobilisation à tous les niveaux et de la coordination des initiatives. L'aide apportée par l'Etat aux patients a augmenté progressivement, et un plan stratégique, un comité multipartite et un plan de suivi et d'évaluation ont été mis au point. Le Ministère de la Santé joue un rôle central grâce au programme national, en prenant en charge les personnes vivant avec le VIH/SIDA afin de réduire la mortalité et la morbidité imputables à ce fléau. Malgré de nombreux problèmes, près de 10 000 patients sont sous traitement antirétroviral et il existe 80 centres chargés d'assurer les soins, le diagnostic et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le Gouvernement ivoirien sollicite l'appui de l'OMS et d'autres partenaires en vue d'accroître le nombre de centres de soins pour améliorer ceux-ci et les étendre à l'ensemble du territoire national, pour former les médecins et les agents de santé aux soins intégrés, et pour assurer l'accès au traitement à tous les patients en réduisant le coût des antirétroviraux. La Côte d'Ivoire souhaite que l'on fasse d'Abidjan un point focal de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » afin d'accélérer les activités. Le Dr Adja soutient la déclaration du délégué du Togo.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) s'inquiète de ce que les fonds des donateurs ne couvrent que 83 % du montant nécessaire pour la mise en oeuvre du programme de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'avère que l'objectif fixé pour décembre 2004 dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été atteint dans les pays en développement, mais on ne dispose d'aucune information sur les résultats dans les pays développés, sur les progrès des programmes de prévention, sur l'état actuel de l'épidémie ou sur les perspectives concernant la découverte d'un vaccin efficace. Les antirétroviraux génériques produits à Cuba ont progressivement été introduits sur le marché national



dès 2001, pour atteindre une couverture de 100 % à la fin 2002. Le pays est en mesure d'offrir gratuitement cinq associations distinctes à tous ceux qui en ont besoin. Le travail de prévention assuré par le personnel médical, l'entourage familial, d'autres professionnels et même par des séropositifs revêt une importance particulière. Cuba a modestement contribué à l'effort de lutte contre le VIH/SIDA en envoyant 1900 agents de santé dans 31 pays africains et a offert de l'aide aux pays des Caraïbes, une des zones les plus touchées. L'OMS doit poursuivre sa collaboration avec d'autres institutions spécialisées pour combattre efficacement l'épidémie.

Mme GILDERS (Canada) se félicite des progrès réalisés par l'OMS et ses partenaires en ce qui concerne l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », du lien établi entre l'initiative et les programmes de lutte contre la tuberculose et de soins de santé primaires et de la coopération apportée par l'OMS aux pays afin d'élaborer des stratégies de financement durable pour le traitement et les soins concernant le VIH tout au long de la vie, ce qui est important pour intégrer la riposte élargie aux systèmes de santé en place. Pour ce qui est du traitement à long terme, le Canada encourage aussi les efforts visant à satisfaire les besoins en ressources humaines, et notamment la formation des soignants, professionnels ou non, aux soins à donner aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Dans la mesure où près de la moitié des malades sont des femmes et où elles se heurtent souvent à des obstacles qui entravent l'accès à la prévention et au traitement, le Secrétariat devrait fournir des lignes directrices pour intégrer la lutte contre le VIH/SIDA aux programmes et services de santé sexuelle et génésique. Il doit également renforcer ses activités sur l'accessibilité au traitement pour faire en sorte que les plus vulnérables bénéficient de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

Le Dr MUGURUNGI (Zimbabwe) appelle l'attention sur la nécessité d'améliorer l'accès aux services de conseil et de dépistage, de s'occuper davantage du problème de la nutrition, particulièrement pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et d'améliorer l'accès des femmes et des enfants à des soins et traitements complets. Il prie instamment l'OMS et les autres partenaires d'accroître les ressources pour atteindre les objectifs de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

Le Dr RUIZ (Mexique) dit que les politiques de lutte du Mexique contre le VIH/SIDA sont basées sur la prévention, les soins intégrés, le respect des droits de l'homme et la participation active de la société. Comme annoncé à la trente-huitième session de la Commission des Nations Unies sur la population et le développement (New York, 4-8 avril 2005), les stratégies de prévention mises en oeuvre par le pays dès le début de la pandémie ont permis de maintenir un des taux d'incidence du VIH/SIDA les plus faibles des Amériques, les cas se limitant à certains groupes de la population. La transmission transfusionnelle a été éliminée et le problème de la transmission prénatale est maîtrisé. Les stratégies de prévention destinées aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, aux utilisateurs de drogues intraveineuses et aux milieux de la prostitution ont été renforcées avec la participation d'organisations de la société civile. Le Mexique a également fait d'autres progrès importants. L'objectif de l'accès gratuit aux antirétroviraux en 2006 pour toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA a été atteint dès la fin 2003 et des mesures sont également prises pour vaincre la stigmatisation et la discrimination. L'OMS doit impérativement continuer à promouvoir des négociations et des consultations pour faire baisser le prix des antirétroviraux et des réactifs à usage diagnostique.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, souligne la forte prévalence du VIH/SIDA dans la région, mais précise que, dans certains cas, l'épidémie a pu être ralentie. Les Bahamas ont réussi à réduire l'incidence de la maladie et à interrompre la transmission mère-enfant du VIH. Un mécanisme de coordination, le Partenariat Pan-Caraïbes contre le VIH/SIDA, regroupe différents partenaires qui s'efforcent d'harmoniser les politiques, de combattre la stigmatisation et de mobiliser des ressources. De nombreux pays ont accru l'utilisation d'antirétroviraux et, en deux ans, la mortalité maternelle et le nombre des hospitalisations ont diminué. Mais tous ces efforts ont nécessité un transfert de ressources

affectées aux maladies non transmissibles chroniques, alors même que la mortalité due à celles-ci dans la région est plus élevée que celle due au VIH/SIDA. Les populations et les gouvernements continuent d'appuyer l'engagement en faveur des soins et du traitement, mais, si les prix augmentent, il ne sera peut-être pas possible de poursuivre le traitement antirétroviral. A cet égard, le Dr Dahl-Regis fait siennes les déclarations formulées au nom de l'Union européenne et des pays nordiques ainsi que la proposition du Royaume-Uni. Les Etats des Caraïbes demandent donc à l'OMS d'accélérer la présélection des médicaments et d'accroître le nombre de fabricants d'antirétroviraux pour ne pas être à la merci des prix pratiqués par un seul fabricant.

Mme SICARD (France) réaffirme son soutien sans réserve à l'OMS qui a retrouvé toute son autorité dans la lutte contre le SIDA grâce au lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». L'objectif intermédiaire de décembre 2004 a été atteint, mais il serait utile de connaître le calendrier prévu par l'OMS pour évaluer les résultats de cette initiative. Si les objectifs fixés ne devaient pas être atteints, il serait nécessaire d'en analyser les causes et d'en tirer les conséquences, en particulier quant au rôle des différents acteurs. La France salue la mise en place, sous l'égide de l'ONUSIDA, de la cellule mondiale de réflexion chargée d'élaborer des recommandations afin de rationaliser, simplifier et harmoniser les pratiques des organismes multilatéraux dans la lutte contre le SIDA. Le soutien accru aux pays semble tout à fait primordial, notamment par le renforcement des systèmes de santé et la formation des ressources humaines. La question des ressources humaines est aujourd'hui essentielle tant le manque de personnel dans tous les secteurs de la lutte contre le SIDA, et plus généralement dans la santé, est criant. Il est également essentiel d'établir un lien entre le VIH/SIDA et les services de santé génésique. La France réaffirme son soutien au programme de présélection ainsi que son engagement au sein du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Elle est également très présente par l'intermédiaire du réseau ESTHER (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) qui a signé un mémorandum d'accord avec l'OMS en octobre 2004, afin de développer une collaboration concrète. Aucun progrès déterminant ne sera obtenu sans un véritable changement d'échelle dans le financement de la lutte contre le SIDA. La France propose une opération pilote fondée sur l'imposition d'une taxe internationale sur les billets d'avion ou le kérosène. Mme Sicard demande des renseignements complémentaires sur les principales difficultés qui pourraient découler de l'application des accords de l'OMC sur les médicaments et sur les mesures prises pour renforcer le programme de présélection.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite du traitement et des soins développés en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA sous l'égide de l'OMS. De récentes estimations montrent que 215 000 Vietnamiens vivent avec le VIH/SIDA, dont 30 000 (environ 15 %) ont besoin d'un traitement antirétroviral. Le Gouvernement importe des antirétroviraux à un coût avoisinant les US \$5000 par personne et par an et, souhaite, au titre de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA, fournir des antirétroviraux à 70 % des malades, avec pour objectif à court terme de traiter 15 000 séropositifs d'ici la fin 2005. Il faudra donc trouver des moyens pour que le traitement antirétroviral soit moins cher et plus facilement accessible. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a approuvé un projet de US \$12 millions pour développer les soins et le traitement dans les 20 provinces les plus touchées, y compris pour fournir des antirétroviraux à 2000 à 3000 personnes pour les deux prochaines années. Malheureusement, à cause du retrait de certains antirétroviraux de la liste de présélection, l'OMS n'a pas été en mesure d'acheter les quantités nécessaires et le Gouvernement a récemment demandé à l'UNICEF de les lui fournir à sa place. A elles seules, les formalités administratives ont pris plusieurs mois.

Le Gouvernement souhaite renforcer sa propre capacité à produire des antirétroviraux et incite les fabricants nationaux à faire en sorte que leurs produits répondent aux exigences de présélection de l'OMS, même si ce processus est long et coûteux pour de petites sociétés. L'accès au traitement de deuxième intention doit faire l'objet d'une harmonisation au niveau international, car il constitue un fardeau considérable pour les pays.

Le Gouvernement s'emploie à coordonner les différents projets visant à combattre et à prévenir le VIH/SIDA financés par des partenaires extérieurs, de sorte que les ressources soient mieux utilisées.

Les « trois principes » sont appliqués dans le programme national et un service indépendant chargé de l'administration pour la lutte anti-VIH/SIDA a récemment été créé. Le Viet Nam attend avec intérêt de collaborer à l'avenir avec l'OMS et d'autres partenaires.

M. BASSE (Sénégal) fait observer que son pays a un taux de prévalence du VIH relativement bas et qu'il attache donc une grande importance aux politiques de prévention. L'OMS doit continuer à mettre l'accent sur la prévention dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui, au Sénégal, doit son succès à une approche équilibrée et intégrée associant prévention et traitement.

La Commission B a approuvé un projet de résolution sur le rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays. En matière de VIH/SIDA, il est absolument essentiel de coordonner les activités, raison pour laquelle M. Basse demande à l'OMS d'utiliser son statut d'organisme coparrainant de l'ONUSIDA pour aider à mieux coordonner les activités, en particulier au niveau des pays. Le projet auquel le paragraphe 14 du rapport fait référence est encourageant à cet égard. M. Basse demande des renseignements actualisés sur la mise en oeuvre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays et sur d'éventuels projets destinés à pérenniser les acquis à long terme. Il veut aussi savoir ce que l'OMS et les autres organisations concernées ont fait pour que les pays puissent tirer le meilleur parti des flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce.

Le Dr NYIKAL (Kenya) demande que soient rédigés chaque année des rapports de situation sur le développement du traitement et des soins aux malades du VIH/SIDA. La prévention est cruciale et doit passer avant le traitement antirétroviral, même si ces médicaments sont de plus en plus répandus et d'un coût abordable. Le Kenya a lancé un plan stratégique national pour la période 2005-2009 qui met l'accent sur la prévention, ainsi que sur les soins et l'appui aux personnes infectées par le VIH/SIDA, et aussi sur les moyens de réduire l'impact de l'épidémie sur le développement économique et social.

En 1999, le VIH/SIDA a été déclaré catastrophe nationale. Un conseil de coordination national, réunissant des représentants du Gouvernement et de la société civile, a passé en revue toutes les activités liées au VIH/SIDA. Des comités de district anti-SIDA travaillent au niveau local et des unités de lutte contre le SIDA ont été constituées dans tous les ministères. L'unité créée au sein du Ministère de la Santé est chargée du traitement et des soins.

De plus en plus, les fonds accordés par les partenaires du développement internationaux, dont le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, sont confiés à des organisations non gouvernementales ; aussi le Gouvernement kényen fait tout ce qui est en son pouvoir pour coordonner l'ensemble des activités. Certaines initiatives internationales ont institué des mécanismes lourds et des systèmes d'administration parallèles qui ralentissent l'action proprement dite.

Le Kenya a adopté les « trois principes » et élaboré des programmes et des lignes directrices sur le conseil et le dépistage volontaires, le traitement antirétroviral, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et le contrôle du sang. En conséquence de quoi, la prévalence du VIH a chuté de 13 à 7 % et 38 000 personnes bénéficient d'un traitement dans 194 centres. Mais le pays éprouve de grandes difficultés à s'occuper – et à les soigner – d'environ 1,5 million d'orphelins du SIDA et à assurer la pérennité des programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Le Dr Nyikal partage l'avis des délégués de la Finlande et du Zimbabwe concernant les grands principes que l'OMS devrait adopter dans son approche à long terme de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Dr KOKOLOMAMI (République démocratique du Congo) fait observer que, grâce aux mesures de prévention prises tôt et à l'engagement politique au plus haut niveau, son pays a l'un des taux de prévalence du VIH les plus bas de la région des grands lacs africains. Mais le VIH/SIDA reste une menace : la surveillance épidémiologique a pu révéler qu'environ 2 millions de personnes vivent avec le SIDA, 40 % d'entre elles ayant moins de 25 ans ; sur 59 000 femmes enceintes qui se sont volontairement soumises à un dépistage du VIH en 2004, la prévalence chez les femmes de moins de 25 ans était deux fois plus élevée que chez les femmes de plus de 25 ans ; en outre, 5200 personnes sont sous traitement antirétroviral, ce qui ne représente que 2 % de la population infectée. Son pays se

réjouit donc de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » même si ses objectifs seront difficiles à atteindre dans les délais. Le Dr Kokolomami prie instamment l'OMS et l'ONUSIDA de fournir un appui aux pays pour qu'ils harmonisent leurs procédures, car les mouvements de population peuvent poser des problèmes si les protocoles d'utilisation des antirétroviraux ne sont pas normalisés ; les pays de la région des grands lacs font des efforts dans ce domaine. Il demande également que l'on tienne compte de la prévention et de la prise en charge de l'infection à VIH en situation de conflit. Le VIH ne doit pas être utilisé comme une arme biologique par le biais du viol en cas de conflit armé.

Mme SAÍZ MARTÍNEZ ACITORES (Espagne) réitère le soutien de l'Espagne à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Les efforts déployés par l'OMS en faveur des « trois principes », avec la collaboration de l'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux, sont louables. Mais il est nécessaire de renforcer toutes les activités dans ce domaine. La coordination au niveau des pays et l'équilibre entre prévention, traitement et soins requièrent l'engagement – surtout pour concevoir les stratégies – des pays donateurs et des organisations du système des Nations Unies, de même qu'entre les organisations de ce système et d'autres organisations internationales.

M. GARDINER (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, estime que, faute d'une mobilisation communautaire suffisante, le développement des activités entraînera une baisse de la qualité. L'argent doit aller où l'engagement communautaire peut faire la différence. Alors que les fonds sont destinés aux interventions conduites par les pays, l'essentiel de cet investissement demeure dans les ministères. Il faut prendre des mesures urgentes dans trois domaines. Premièrement, la politique de prévention actuelle est inadaptée. Les causes sous-jacentes de la vulnérabilité, comme l'inégalité entre les sexes, doivent être examinées. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » doit de toute urgence redonner une impulsion à la prévention. Les jeunes gens doivent être mieux informés si l'on veut que l'abstinence et l'incitation à la fidélité soient efficaces. Il est important d'encourager l'utilisation du préservatif et de faciliter l'accès à des préservatifs de qualité. Deuxièmement, il faut responsabiliser les personnes vivant avec le SIDA pour qu'elles suivent leur traitement. Le dépistage du VIH doit également s'inscrire dans une démarche de responsabilisation, ce qui ne sera possible que si les agents de santé accompagnent les malades dont ils s'occupent. Vivre avec le VIH tout en suivant tout au long de la vie un schéma thérapeutique complexe demande une grande motivation. Le conseil et le dépistage volontaires devraient également s'inscrire dans ce processus de responsabilisation pour que les individus se prennent en charge au lieu d'être passifs. Troisièmement, le partenariat. Les volontaires de la Fédération internationale ne sont pas utilisés au maximum de leur capacité et manquent de ressources, mais la situation est bien pire encore pour les associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA. M. Gardiner demande donc instamment aux ministères de la santé d'accorder la priorité aux partenariats avec les groupements communautaires en leur accordant les ressources nécessaires. Pour progresser dans la lutte contre le VIH/SIDA, il est impératif de faire preuve de la même générosité et du même engagement qu'après le tsunami qui a frappé l'Asie du Sud en décembre 2004.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général) se félicite des orientations et des idées exposées pour faire progresser de concert traitement et prévention dans le cadre d'une riposte accélérée au VIH/SIDA. Depuis le lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » en 2003, les Etats Membres ont joué un rôle déterminant pour faciliter l'accès au traitement. Le nombre de personnes suivant un traitement a plus que doublé grâce aux multiples efforts déployés aux niveaux communautaire, du district et national et grâce aux nouveaux appuis et aux ressources supplémentaires qui ont afflué. De nombreux gouvernements ont montré la voie en utilisant la campagne « 3 millions d'ici 2005 » pour fixer des objectifs nationaux ambitieux dans le but de développer le traitement et d'améliorer la fourniture de services, démontrant ainsi que l'accès à grande échelle au traitement anti-VIH est possible, efficace et de plus en plus abordable, même dans les zones les plus pauvres en ressources. Des données révèlent par ailleurs que le taux de réussite du traitement dans les pays en développement est égal à celui de nombreux pays à revenu moyen ou élevé. Mais les 18 derniers mois ont montré

qu'il reste encore beaucoup à faire pour progresser et remédier aux grandes inégalités d'accès aux traitements, et aux différences de qualité de ces traitements, et ont surtout montré que l'OMS doit promouvoir l'accès universel moyennant une approche de santé publique qui permettra de mesurer les progrès réalisés grâce à une cartographie de la disponibilité des services. Il est indispensable de mieux harmoniser l'action des partenaires nationaux et internationaux, dans le respect des « trois principes », de développer rapidement le dépistage et le conseil, de mieux intégrer le traitement et la prévention, de renforcer l'approvisionnement en assurant une fourniture ininterrompue de produits, de garantir la durabilité et de faire en sorte que les populations vulnérables tirent aussi parti du développement actuel du traitement et des soins. Traitement et prévention sont deux volets fondamentaux de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Développer le traitement offre une excellente occasion de redynamiser les activités de prévention en ouvrant de nouvelles voies aux systèmes de santé et aux communautés et en identifiant de nouveaux modèles de prestation de services. Pour fournir des services de traitement et de prévention, l'OMS s'est engagée à diffuser largement des modules essentiels d'interventions dans ces deux domaines en appliquant des critères normalisés, simplifiés et unifiés, pleinement intégrés dans le cadre élargi du secteur public, ainsi qu'à utiliser des systèmes pour surveiller et évaluer le problème de la pharmacorésistance liée au VIH.

Le Dr Chow partage les préoccupations exprimées par le délégué du Luxembourg en ce qui concerne la lenteur du processus de présélection des médicaments contre le VIH. Le Secrétariat travaille en collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour repérer les goulets d'étranglement et réduire les retards. Pour ce qui est des femmes et du VIH/SIDA, l'OMS est un organisme coordonnateur de la Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA et se prépare à évaluer, dans chaque pays, l'accès au traitement pour les femmes et les enfants. Le Secrétariat travaille en collaboration avec le Programme alimentaire mondial pour qu'une nutrition adaptée occupe une place importante dans l'ensemble des prestations fournies aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. En ce qui concerne les nouvelles cibles de traitement, la cellule mondiale de réflexion conduite par l'ONUSIDA s'emploie à déterminer quelles seront les prochaines, éventuellement en 2008. Pour ce qui est du VIH/SIDA et des systèmes de santé, l'assistance technique, essentiellement dans les domaines de la tuberculose et du paludisme, est coordonnée pour développer les systèmes de santé, en sorte que tout investissement lié au VIH vise en priorité à renforcer les systèmes de santé. Quant aux observations sur la prévention formulées par le délégué de la Finlande, le Secrétariat a la responsabilité d'améliorer la prévention dans le secteur de la santé et il y contribue de plusieurs façons : lignes directrices concernant le dépistage et le conseil, incitations pour que tous les agents de santé reçoivent une formation en matière de prévention, accent mis sur des interventions ciblées utilisant tout un ensemble de moyens, des normes et une assistance technique directe pour les populations vulnérables et des mesures de prévention pour les personnes infectées par le VIH/SIDA. Il renforce également les moyens de prévenir la transmission mère-enfant du VIH, en les intégrant dans les soins complets et le traitement des femmes infectées par le VIH.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) souscrit sans réserve au fait que les antirétroviraux doivent être de bonne qualité : un nombre trop grand de médicaments de qualité inférieure sont commercialisés et pourraient entraîner des complications, voire une pharmacorésistance. L'OMS, qui n'est pas une autorité de réglementation pharmaceutique, assume la responsabilité du contrôle de la qualité des antirétroviraux par l'intermédiaire de son projet de présélection. Malgré les critiques faites au départ, les autorités de réglementation pharmaceutique les plus rigoureuses reconnaissent et apprécient aujourd'hui son travail de présélection. Grâce à l'appui du Directeur général, de différents gouvernements et de donateurs importants, le projet suit son cours, et l'OMS s'engage à poursuivre et à renforcer cette activité. En réponse au délégué du Mozambique, le Dr Lepakhin fait savoir que l'OMS a mis en place un réseau destiné à aider les pays à surveiller les conséquences de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce sur l'accès aux médicaments et, avec l'aide du Gouvernement français, prête son concours pour que les pays utilisent pleinement les flexibilités prévues par l'Accord. Des travaux sur le recours aux médecines traditionnelles pour traiter les infections opportunistes sont également en cours.

### **La Commission prend note du rapport.**

**La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité sanitaire mondiale :** Point 13.10 de l'ordre du jour (résolution EB115.R6 ; document A58/14) (suite de la dixième séance, section 2)

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), prenant la parole en qualité de Président du groupe de travail informel, appelle l'attention sur une version révisée du projet de résolution recommandé dans la résolution EB115.R6, qui est l'expression du consensus auquel le groupe est parvenu, et dont le libellé est le suivant :

#### **Améliorer l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens**

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients ;

Reconnaissant que l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens est un préalable à la réalisation de plusieurs des objectifs liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant les recommandations formulées par les participants à la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiangmai, Thaïlande, 2004) ;

Rappelant aussi les conclusions ~~des~~ rapports pertinents de l'OMS, notamment sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde,<sup>1</sup> et la recommandation de Copenhague formulée à l'issue de la Conférence de l'Union européenne sur la menace microbienne (Copenhague, 1998) ;

Consciente du fait que la propagation de la résistance aux antimicrobiens ne connaît pas de frontières nationales et a atteint des proportions telles que des mesures s'imposent d'urgence aux niveaux national, régional et mondial, notamment compte tenu du recul de la mise au point de nouveaux antimicrobiens ;

Rappelant les résolutions antérieures WHA39.27 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA51.17 sur la résistance aux antimicrobiens et WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale ;

Appréciant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, des universités, le secteur privé et des organisations non gouvernementales pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, contribuant ainsi à prévenir la propagation des maladies infectieuses ;

Notant que, malgré certains progrès, la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens<sup>2</sup> n'a pas été largement appliquée ;

Souhaitant intensifier les efforts pour endiguer la résistance aux antimicrobiens et promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale ;

Réaffirmant la nécessité d'une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour promouvoir l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale de réaffirmer leur volonté de veiller à ce que des investissements suffisants soient consentis en vue d'endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

---

<sup>1</sup> Document WHO/EDM/PAR/2004.7.

<sup>2</sup> Document WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2 (résumé en français paru sous la cote WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a).

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à faire en sorte que soit mise au point une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour appliquer la stratégie d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en tenant compte, le cas échéant, des incitations financières et autres qui pourraient avoir des conséquences néfastes sur les politiques en matière de prescription et de délivrance ;
  - 2) à accroître l'usage approprié rationnel des antimicrobiens, notamment en élaborant et en mettant en oeuvre des lignes directrices nationales applicables aux pratiques normalisées pour les infections courantes, dans les secteurs public et privé de la santé, ~~et à envisager la sélection d'un traitement antimicrobien efficace de courte durée pour les malades susceptibles de ne pas prendre correctement leurs médicaments ;~~
  - 2)3) à ~~envisager de~~ renforcer, le cas échéant, leur législation sur la disponibilité des médicaments en général et des antimicrobiens en particulier ;
  - 3)4) à mobiliser des ressources humaines et financières pour atténuer le plus possible le développement et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, notamment en encourageant l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs ;
  - 5) à surveiller efficacement et combattre les infections nosocomiales, ~~l'une des sources les plus répandues de résistance aux antimicrobiens ;~~
  - 4)6) à suivre régulièrement l'usage des antimicrobiens et les niveaux de résistance aux antimicrobiens dans tous les secteurs concernés ~~et à faire rapport chaque année à l'OMS sur ce sujet ;~~
  - 5)7) à faire activement part de leurs connaissances et de leurs données d'expérience sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens, ~~y compris l'éducation des malades et des usagers ;~~
  - 8) ~~à assurer la qualité des antimicrobiens utilisés dans la pratique médicale ;~~
  - 9) ~~à surveiller et contrôler l'usage non humain des antibiotiques, en particulier la quantité et le groupe thérapeutique des antibiotiques utilisés pour accélérer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine ;~~
  - 10) ~~à allouer des ressources financières exclusivement destinées à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;~~
  - 11) ~~à allouer des ressources humaines et financières au renforcement des laboratoires régionaux de bactériologie ;~~
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de renforcer le rôle directeur de l'OMS dans l'action visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
  - 2) d'accélérer l'application des résolutions WHA51.17 et WHA54.14 concernant l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en élargissant et en renforçant l'appui technique fourni aux Etats Membres qui en font la demande ;
  - 3) ~~d'aider~~ de collaborer avec d'autres programmes et partenaires concernés à ~~intensifier leurs efforts~~ pour promouvoir la bonne utilisation des antimicrobiens en développant les interventions d'efficacité avérée ; ~~et 4) d'aider à mettre de~~ fournir un soutien pour la mise en commun parmi les parties prenantes ~~des connaissances et des données d'expérience sur les meilleures pratiques meilleurs moyens de promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens, éducation des patients et des consommateurs y compris, d'établir des bases de données sur l'utilisation des antimicrobiens et la résistance aux antimicrobiens dans le monde et de les mettre à la disposition des Etats Membres et d'autres parties au moyen d'un rapport périodique annuel ;~~
  - 5) ~~de promouvoir l'usage approprié des antimicrobiens dans des domaines autres que celui de la santé humaine, et en particulier dans la pratique, jugée dangereuse depuis les années 70, qui consiste à utiliser des antibiotiques pour activer la croissance des animaux destinés à la consommation humaine ;~~

- 6)4) d'apporter un soutien pour la production d'informations actualisées sur la résistance aux antimicrobiens aux niveaux régional et infrarégional et de les communiquer aux Etats Membres et à d'autres parties ;
- 7)5) de fournir un appui pour la collecte et la communication de données factuelles sur les stratégies interventions de prévention et d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens offrant un bon rapport coût/efficacité aux niveaux national et local ;
- 5)8)6) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, et par la suite à intervalles réguliers, sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les autres mesures proposées en vue de l'application de la présente résolution.

Au cours du débat, les intervenants ont fréquemment évoqué la nécessité de faire en sorte que les améliorations apportées à l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens s'inscrivent dans le contexte de l'usage rationnel des médicaments, qui doit être envisagée dans un cadre plus large. La question pourrait être examinée plus avant en temps utile.

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**Le Dr Sadrizadeh reprend la présidence.**

**Cybersanté :** Point 13.17 de l'ordre du jour (résolution EB115.R20 ; document A58/21) (suite de la onzième séance)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le texte révisé du projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R20 intégrant les amendements proposés lors des séances précédentes, dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur la cybersanté ;

Notant l'impact potentiel que les progrès des technologies de l'information et de la communication pourraient avoir sur la fourniture des soins de santé, la santé publique, la recherche et les activités liées à la santé pour les pays à faible revenu comme pour les pays à revenu élevé ;

Consciente que les progrès des technologies de l'information et de la communication ont suscité des attentes en matière de santé ;

Respectant les principes d'équité, **les droits de l'homme et les questions d'éthique** et notant les différences de culture, d'éducation, de langue, de situation géographique, de capacités physiques et mentales, d'âge et de sexe ;

Reconnaissant qu'une stratégie de l'OMS pour la cybersanté servirait de base aux activités de l'Organisation en la matière ;

Rappelant la résolution WHA51.9 sur la publicité, la promotion et la vente transfrontières de produits médicaux par Internet ;

**Soulignant que la cybersanté consiste à utiliser, selon des modalités sûres et offrant un bon rapport coût/efficacité, les technologies de l'information et de la communication à l'appui de l'action de santé et dans des domaines connexes, dont les services de soins de santé, la surveillance sanitaire, la littérature sanitaire et l'éducation, le savoir et la recherche en santé ;**

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le septième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.27.



- 1) à envisager d'élaborer un plan stratégique à long terme pour concevoir et mettre en oeuvre des services de cybersanté **dans les différents domaines de l'administration sanitaire**, qui comprenne un cadre juridique et une infrastructure appropriés et encourage la création de partenariats publics et privés ;<sup>1</sup>
  - 2) à développer des infrastructures pour appliquer à la santé les technologies de l'information et de la communication, selon qu'il conviendra, afin de promouvoir un accès équitable, abordable et universel à leurs avantages, et à continuer à collaborer avec les agences d'information et de télécommunications et d'autres partenaires pour réduire les coûts et assurer le succès de la cybersanté ;
  - 3) à instaurer, dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, une collaboration plus étroite avec les secteurs privé et associatif afin de promouvoir les services de santé publics **et de tirer parti des programmes électroniques de l'OMS et d'autres organisations sanitaires, et à solliciter leur appui dans le domaine de la cybersanté** ;
  - 4) à s'efforcer de faire bénéficier les communautés, y compris les groupes vulnérables, de services de cybersanté adaptés à leurs besoins ;
  - 5) à mobiliser une collaboration multisectorielle en vue de fixer des critères et des normes de cybersanté fondés sur des données factuelles, à évaluer les activités de cybersanté et à partager les connaissances sur des modèles d'un bon rapport coût/efficacité, garantissant ainsi l'établissement de normes en matière de qualité, de sécurité et d'éthique **ainsi que le respect des principes de la confidentialité de l'information, de la vie privée, de la justice et de l'égalité** ;
  - 6) à créer des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté, concernant notamment les meilleures pratiques, la coordination des politiques et l'appui technique pour la fourniture de soins de santé, l'amélioration des services, l'information du citoyen, le renforcement des capacités et la surveillance ;
  - 7) à envisager de créer et mettre en oeuvre des systèmes nationaux **électroniques** d'information en matière de santé publique et à améliorer, au moyen de l'information, les capacités de surveillance et de riposte rapide dans les situations d'urgence causées par des maladies et des problèmes de santé publique ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de promouvoir une collaboration internationale et multisectorielle en vue d'améliorer la compatibilité des solutions administratives et techniques **et des règles éthiques** dans le domaine de la cybersanté ;
  - 2) **d'étendre l'utilisation de données documentaires sur support électronique par l'organisation et la soumission de rapports à intervalles réguliers**, de rassembler des données sur les faits nouveaux et les tendances et de les analyser, d'inspirer les politiques et les pratiques dans les pays et de faire régulièrement rapport sur l'utilisation de la cybersanté dans le monde ;
  - 3) **de faciliter la mise au point d'un prototype de modèle de système de cybersanté qui, moyennant des modifications appropriées, pourrait être mis en place dans des centres et des réseaux nationaux d'excellence pour la cybersanté** ;
  - ~~3)4~~ 4) de fournir aux Etats Membres un appui technique concernant les produits et les services de cybersanté en diffusant largement les données d'expérience et les meilleures pratiques, en particulier sur les techniques de télémédecine, en concevant des méthodologies d'évaluation, en encourageant la recherche-développement, et en favorisant l'application de normes par la diffusion de lignes directrices ;
  - ~~4)5~~ 5) de faciliter l'intégration de la cybersanté dans les systèmes et les services de santé, y compris dans **la mise en place d'infrastructures de télémédecine dans les pays**

---

<sup>1</sup> Dans ce contexte, la cybersanté s'entend de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication localement et à distance.

**sous-médicalisés, dans** la formation des professionnels de la santé et **dans** le renforcement des capacités, afin d'améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité et la sécurité de ceux-ci ;

5)6) de poursuivre l'extension dans les Etats Membres de mécanismes tels qu'une Académie de Santé pour promouvoir des modes de vie sains et une meilleure connaissance des questions liées à la santé par le cyberapprentissage ;<sup>1</sup>

6)7) de fournir un appui aux Etats Membres pour promouvoir l'élaboration, l'application et la gestion de normes nationales en matière d'information sanitaire, et de recueillir et rassembler les informations disponibles sur les normes pour mettre en place des systèmes nationaux normalisés d'information sanitaire en vue de faciliter l'échange d'informations entre les Etats Membres ;

7)8) de soutenir dans le domaine de la cybersanté des initiatives régionales et interrégionales ou des initiatives entre des groupes de pays qui utilisent un langage commun.

**9) de soumettre au Conseil exécutif, à sa cent dix-septième session, une liste d'activités proposées sur lesquelles le Secrétariat focalisera son attention, qui devraient être entièrement destinées à mettre au point des outils et des services que les Etats Membres pourront intégrer à leurs propres solutions nationales ou adapter, le cas échéant, ainsi qu'un exposé sommaire des incidences budgétaires de ces activités.**

Le Dr AL-SALEH (Koweït) propose d'amender le paragraphe 1.1) en y ajoutant les mots « du secteur de la santé, y compris l' » avant le terme « administration ».

Le Dr MANDIL (Soudan) est favorable à cette proposition. Au paragraphe 1.5), il propose de remplacer les mots « , de la justice » par « , de l'équité », et suggère de supprimer la note 1 de bas de page. Le contenu du paragraphe 2.3) figure déjà au paragraphe 2.9) ; mais s'il est maintenu, il faut supprimer toute référence à un prototype et remplacer le terme « système » par « solutions ». Le Dr Mandil préférerait tout de même supprimer le paragraphe 2.3).

Le Dr SINGER (Etats-Unis d'Amérique) propose que le quatrième alinéa du préambule commence de la façon suivante : « Respectant les droits de l'homme, les questions d'éthique et les principes d'équité ». Il accepte d'inclure le dernier alinéa du préambule et de supprimer la note de bas de page 1. Au paragraphe 1.1), il approuve l'amendement proposé par le délégué du Koweït. Il n'a pas bien saisi les raisons de l'amendement proposé au paragraphe 1.3) et demande des éclaircissements. Le paragraphe 1.5) est redondant et le Dr Singer propose donc de le supprimer ; mais s'il devait être maintenu, il préférerait le libellé proposé par le délégué du Soudan. Au paragraphe 2.1), il préfère le terme « lignes directrices » à « règles ». A son sens, le paragraphe 2.2) devrait commencer de la façon suivante : « d'étendre l'utilisation de données électroniques par la soumission de rapports à intervalles réguliers ». Il partage l'avis du délégué du Soudan selon lequel le paragraphe 2.3) devrait être supprimé au profit du paragraphe 2.9). Le nouveau libellé du paragraphe 2.5) est acceptable.

Le Dr NYIKAL (Kenya) convient avec le délégué du Soudan que le terme « prototype » figurant au paragraphe 2.3) devrait être supprimé, mais pense que le paragraphe devrait être maintenu, car les pays en développement ont besoin d'indications sur la façon de mettre au point des systèmes de cybersanté. Le paragraphe 2.9) est trop général.

---

<sup>1</sup> Dans ce contexte, le cyberapprentissage s'entend de l'utilisation de toute technologie et de tout moyen électronique au service de l'apprentissage.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) explique qu'au paragraphe 1.3), il y a une différence entre la version anglaise et la traduction arabe et qu'il faudrait remplacer les mots « programmes électroniques » par « services de cybersanté ».

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) suggère que soit rédigé un nouveau projet où figureraient les amendements proposés.

Le Dr SINGER (Etats-Unis d'Amérique) remercie le délégué du Koweït pour les éclaircissements fournis. Concernant l'intervention du délégué du Kenya sur le paragraphe 2.3), il dit qu'il existe tout un éventail de programmes de cybersanté dans différents pays, qui devront être pris en compte dans le cadre d'un tel prototype. Il suggère donc que la première ligne du paragraphe 2.3) soit reformulée de la façon suivante : « de faciliter la mise au point d'éventuels systèmes modèles de cybersanté ».

Le Dr NYIKAL (Kenya) pense que le terme « éventuels » est superflu ; il accepte la suppression du terme « prototype ».

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Commencer le quatrième alinéa du préambule par le membre de phrase « Respectant les droits de l'homme, les questions d'éthique et les principes d'équité ... ». Au paragraphe 1.1), insérer « dans le secteur de la santé, y compris l' » avant « administration » et supprimer la note de bas de page. Au paragraphe 1.3), remplacer « programmes électroniques » par « services de cybersanté ». Conclure le paragraphe 1.5) par le membre de phrase « confidentialité de l'information, de la vie privée, de l'équité et de l'égalité. ». Au paragraphe 2.1), remplacer « règles éthiques » par « lignes directrices éthiques ». Commencer le paragraphe 2.2) par « d'étendre l'utilisation de données électroniques par la soumission de rapports à intervalles réguliers, ... » et le paragraphe 2.3) par « de faciliter la mise au point de solutions modèles de cybersanté », ce dernier amendement ayant reçu le soutien du Dr NYIKAL (Kenya).

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 12 h 45.**

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le septième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.28.

## TREIZIEME SEANCE

Mardi 24 mai 2005, 15 h 15

Président : Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**Systèmes de sécurité sociale** : Point 13.16 de l'ordre du jour (résolution EB115.R13 ; document A58/20) (suite de la dixième séance, section 2)

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) appelle l'attention sur le projet de résolution révisé portant sur le financement durable de la santé et la couverture universelle, qui intègre les amendements proposés par les délégations de la Belgique, de l'Egypte, de la Grèce, de l'Indonésie, du Kenya, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, de la Suède et de la Thaïlande ; le texte est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport sur les systèmes de sécurité sociale ;<sup>1</sup>

**Rappelant la Déclaration d'Alma-Ata adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, en 1978, et la résolution WHA51.7 sur la Politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle ;**

Notant **avec inquiétude** que les systèmes de financement de la santé de ~~nombreux~~ **la plupart des pays en développement s'appuient sur les paiements directs des ménages, ce qui peut être catastrophique et appauvrir les ménages, en particulier ceux qui sont démunis, et** demandent encore à être développés pour garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier ;

Convenant que, quelle que soit la source de financement du système de santé retenue, le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont des principes fondamentaux de la protection contre le risque financier ;

Considérant que le choix d'un système de financement de la santé doit être effectué dans le cadre particulier de chaque pays ;

Reconnaissant qu'un certain nombre d'Etats Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé, et notamment sur l'introduction de systèmes de sécurité sociale ;

Notant que certains pays ont récemment bénéficié d'importants apports de fonds extérieurs en faveur de la santé ;

Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'Etat dans la réforme des systèmes de financement de la santé en vue de parvenir à la couverture universelle ;

**Ayant estimé que toute la population de chaque pays a le droit à un accès équitable à des soins d'une qualité acceptable pour réaliser l'objectif de la santé pour tous ;**

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

**1) à formuler et atteindre un consensus, dans des consultations avec tous les partenaires, sur un plan stratégique national, compte tenu de la viabilité financière à**

---

<sup>1</sup> Document A58/20.

long terme, pour réaliser la couverture universelle, et à axer les politiques en priorité sur la protection financière des personnes démunies contre les paiements catastrophiques et l'appauvrissement, afin d'accélérer la réalisation de l'objectif 1 du Millénaire pour le développement ;

1)2) à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient ~~le recours au~~ **une ou plusieurs méthodes de paiement** anticipé des cotisations financières pour les soins de santé, **selon la capacité de paiement**, en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation des personnes ayant besoin de soins ;

2)3) à veiller à une répartition adéquate et équitable d'infrastructures de soins et de ressources humaines pour la santé de qualité, de sorte que les ~~assurés~~ **[tous les citoyens (Thaïlande)] [les personnes (Belgique)] [les usagers (Royaume-Uni)]** bénéficient de **[aient accès à des (Belgique)] services de santé équitables et de qualité, y compris des médicaments**, conformément aux prestations prévues **et de services de promotion de la santé et de prévention de la maladie** ;

3)4) à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés à des programmes de santé ou activités spécifiques soient gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes de financement durables pour le système de santé dans son ensemble et **qui s'harmonisent avec le fonctionnement du système de santé national** ;

4)5) à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci, à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et à instaurer la santé pour tous ;

5)6) à reconnaître que lors de la transition vers la couverture universelle, chaque option devra être mise en place compte tenu **du contexte macroéconomique**, socioculturel et politique particulier de chaque pays, **ce qui pourra nécessiter l'articulation de différents systèmes de protection sociale incluant la santé** ;

6)7) à tirer parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration qui existent entre les dispensateurs publics et privés, ~~et les organisations de financement de la santé,~~ **et les acteurs de la société civile** sous la tutelle ferme des pouvoirs publics ;

7)8) à mettre en commun leurs données d'expérience sur les différentes méthodes de financement de la santé, y compris **la fiscalité générale**, la mise en place de systèmes de sécurité sociale, **de systèmes du secteur informel** et de systèmes privés, publics et mixtes, notamment en ce qui concerne les mécanismes institutionnels établis pour s'acquitter des principales fonctions du système de financement de la santé ;

9) à **renforcer les filets de sécurité, tels que mécanismes d'exemption et de dérogation dans le système de financement de la santé existant de manière à donner aux pauvres un accès suffisant aux soins de santé tout en préparant la transition vers la couverture universelle** ;

10) à **faire en sorte que le système de sécurité sociale s'inscrive dans une politique et un plan stratégique de financement de la santé explicites et complets** ;

11) à **faire en sorte que tous les ministères concernés et les autres principaux acteurs soient suffisamment associés à l'ensemble du processus d'analyse de faisabilité ainsi que de planification, de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation du système de sécurité sociale.**

2. PRIE le Directeur général :

1) de fournir, à la demande des Etats Membres, **en coordination avec les organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires concernés**, un soutien technique au renforcement des capacités et des compétences pour la mise en place de systèmes de financement de la santé, **qui réduisent au minimum le recours à des mécanismes de paiement à l'acte et l'exposition des usagers à un risque financier catastrophique** ~~en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise, en~~

vue de parvenir à l'objectif de la couverture universelle, et de prendre en compte les besoins particuliers des petits pays insulaires et autres pays peu peuplés ; et de collaborer avec les Etats Membres à l'institution d'un dialogue social concernant les options en matière de financement de la santé ;

2) de fournir aux Etats Membres, en coordination avec la Banque mondiale, **le Fonds monétaire international** et d'autres partenaires compétents, des informations techniques concernant l'impact potentiel des apports de fonds extérieurs en faveur de la santé sur la stabilité macroéconomique ;

3) de mettre en place des mécanismes viables et durables, y compris en organisant des conférences internationales à intervalles réguliers, en fonction des ressources disponibles, afin de faciliter l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur **la couverture universelle, y compris les systèmes de sécurité sociale financement de la santé et d'autres méthodes de prépaiement** ;

4) d'apporter un soutien technique pour aider à recenser les données et les méthodologies permettant de mieux mesurer et analyser les avantages et le coût de différentes pratiques en matière de financement de la santé, qu'elles portent sur la perception des recettes, la mise en commun des ressources ou la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles ;

5) de fournir un soutien aux Etats Membres, s'il y a lieu, afin de mettre au point et d'appliquer des méthodes et des outils permettant d'évaluer l'impact sur les services de santé des changements apportés aux systèmes de financement de la santé à mesure qu'ils progressent vers la couverture universelle ;

**6) d'étudier l'impact des politiques macro-économiques des institutions financières internationales sur les efforts déployés pour accroître l'accès aux services de santé, et de faire rapport sur les résultats à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ;**

**7) de faire rapport, tous les trois ans, jusqu'en 2015, à l'Assemblée de la Santé sur les progrès réalisés en vue de la couverture universelle ;**

**8) de fournir un appui à la conduite d'études actuarielles et de recherche sur les coûts ;**

**9) de prêter appui au renforcement des capacités institutionnelles en mettant sur pied des programmes de jumelage et en les finançant.**

Le Dr LARUELLE (Belgique), se référant au nouveau paragraphe 1.3), dit qu'il a été convenu de retenir le terme « personnes » dans le texte.

Le Dr KRECH (Allemagne), se référant au paragraphe 2.1), propose de remplacer le membre de phrase « mécanismes de paiement à l'acte » par « systèmes de participation financière des usagers ». Par ailleurs, il faudrait rétablir les termes « en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise » et de les faire suivre du membre de phrase « de systèmes financés par la fiscalité ou une combinaison des deux ; ».

Mme YUAN (Etats-Unis d'Amérique), proposant plusieurs amendements au projet de résolution, dit qu'il faudrait amender le titre comme suit : « Financement durable de la santé et couverture maladie universelle ». Dans l'avant-dernier alinéa du préambule, il faudrait remplacer « parvenir à la couverture universelle » par « atteindre l'objectif de la couverture maladie universelle ». Il faudrait par ailleurs supprimer le dernier alinéa du préambule, car les délégués ne sont pas encore parvenus à se mettre d'accord sur ce qui constituait un accès équitable à des soins d'une qualité acceptable dans un contexte international. Au paragraphe 1.1), l'expression « couverture universelle » devrait être reformulée comme suit : « l'objectif de la couverture maladie universelle » et le membre de phrase « la réalisation de l'objectif 1 du Millénaire pour le développement » être remplacé par « l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim ». Au nouveau paragraphe 1.2), « selon » doit être remplacé par « en reconnaissant ». Au nouveau paragraphe 1.3), le terme

« personnes » doit être conservé mais le verbe « bénéficient de » supprimé. Au nouveau paragraphe 1.4), les mots « du système de santé national » devraient être remplacés par « des systèmes de santé nationaux publics et privés ». Aux nouveaux paragraphes 1.5) et 1.6), il faudrait reformuler dans les deux cas l'expression « vers la couverture universelle » comme suit : « pour atteindre l'objectif de la couverture maladie universelle ». Au paragraphe 1.9), l'expression « mécanismes d'exemption et de dérogation » devrait être suivie par « les incitations basées sur les marchés et le regroupement des risques » et « vers la couverture universelle » reformulé ainsi « pour atteindre l'objectif de la couverture maladie universelle ». Au paragraphe 1.10), il faudrait remplacer « sociale » par « universelle ». Au paragraphe 1.11), l'expression « les autres principaux acteurs » devrait être suivie d'une virgule et du membre de phrase « y compris, le cas échéant, le secteur privé et les parties prenantes confessionnelles » et les derniers termes « du système de sécurité sociale » être remplacés par « de la couverture maladie universelle ».

Au paragraphe 2.1), il faudrait remplacer « qui réduisent au minimum le recours à des mécanismes de paiement à l'acte et l'exposition » par « qui permettent, du fait de l'efficacité du marché, de diminuer les coûts, d'élargir les choix individuels et de réduire l'exposition ». Au paragraphe 2.3), il faudrait remplacer « couverture universelle » par « couverture maladie universelle » (de même qu'aux 2.5) et 2.7)) et insérer « sociaux et commerciaux » après « systèmes de financement de la santé ». Il faudrait par ailleurs supprimer le paragraphe 2.6) car les études de ce type n'entrent pas dans le cadre du mandat de l'OMS. Aux paragraphes 2.8) et 2.9), le terme « appui » devrait être accompagné de « approprié ». Mme Yuan demande au Secrétariat d'établir une estimation des coûts liés à la mise en oeuvre des paragraphes 2.8) et 2.9).

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit qu'il sera très difficile d'accepter certaines observations qui viennent d'être faites par le délégué des Etats-Unis. Le Royaume-Uni se demande notamment ce que l'on entend par « système de sécurité sociale », cette expression ne définissant pas de modèle de financement particulier. L'usage répété de cette expression dans la résolution risque de fausser l'interprétation de cette dernière en favorisant un modèle de financement de la santé particulier. Au Royaume-Uni, ce type de financement est fondé sur la taxation et les trois formes de financement devraient être reflétées comme il convient. M. Kingham préférerait que le titre de la résolution soit « Financement durable de la santé et couverture universelle ». Il soutient le choix du mot « personnes » dans le nouveau paragraphe 1.3). Les paragraphes 1.10) et 1.11) devraient être remplacés par un seul paragraphe libellé comme suit : « à faire en sorte que si l'on choisit l'option du système de sécurité sociale, celui-ci s'inscrive dans le cadre d'un plan de financement global ; ».

M. Kingham soutient le libellé proposé par le délégué de l'Allemagne concernant le paragraphe 2.1). Les paragraphes 2.6), 2.8) et 2.9) pourraient être supprimés.

M. MCKERNAN (Nouvelle-Zélande) se déclare d'accord avec l'intervenant précédent et fait observer que les amendements proposés par les Etats-Unis d'Amérique modifieraient la nature du projet de résolution. Dans son pays, le financement de la santé est également fondé sur la taxation et la « couverture maladie universelle » a une connotation beaucoup plus restrictive.

M. BENTO ALCÁZAR (Brésil) dit qu'il aurait également de grandes difficultés à accepter les amendements proposés par les Etats-Unis d'Amérique, notamment en ce qui concerne la « couverture maladie universelle ». Le système de santé du Brésil couvre tout un chacun, même le segment important de la population qui travaille dans le secteur informel et n'est pas couvert par un autre système.

Le Dr REN Minghui (Chine) partage les préoccupations des orateurs précédents. Il souhaite voir les amendements proposés par écrit et laisse entendre qu'il serait peut-être nécessaire de mettre en place un groupe de travail officiel ou non pour permettre à la Commission d'examiner les propositions plus avant.

Le Dr CICOGNA (Italie) dit que l'Italie, qui est également dotée d'un système de santé basé sur la taxation, partage et soutient les observations du délégué du Royaume-Uni.

Le Dr MOETI (Botswana) dit que le système de santé du Botswana est également financé en grande partie par la fiscalité générale. L'expression « couverture maladie universelle » semble trop étroite pour couvrir ce qu'il croit comprendre être l'objectif du projet de résolution et elle en change considérablement le sens. Le délégué des Etats-Unis d'Amérique a suggéré de supprimer le dernier alinéa du préambule au motif qu'il s'agissait d'un nouveau texte qui devait être négocié. Toutefois, les termes « accès à des soins d'une qualité acceptable » sont entièrement conformes au principe de la santé pour tous, auquel l'OMS souscrit. Le nouveau paragraphe améliore le document et ne devrait poser aucune difficulté.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) ne peut accepter l'amendement proposé par le délégué des Etats-Unis d'Amérique : « couverture maladie universelle » n'est pas une expression générique. A son avis, « couverture universelle » désigne la fourniture d'un accès universel à une couverture sanitaire quelle que soit la source de financement et il faut conserver cette expression sauf si un comité scientifique a introduit une nouvelle nomenclature. Le Dr Viroj Tangcharoensathien est favorable à l'adoption du projet de résolution révisé tel qu'il est ou bien avec des amendements mineurs. Il soutient la suggestion faite par la Chine de convoquer un groupe de travail.

M. HILMERSON (Suède) approuve les points de vue exprimés par les délégués du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande car il lui serait également difficile d'accepter les amendements proposés par les Etats-Unis d'Amérique.

M. BAILÓN (Mexique) dit qu'il souhaite faire des observations sur les amendements proposés par les Etats-Unis d'Amérique mais qu'il attend la proposition du Président sur la poursuite du débat. Se référant à la version espagnole du document, il suggère que les termes « *pago anticipado* » soient utilisés tout au long du texte comme l'équivalent de « prépaiement ».

Le PRESIDENT propose que la Commission suspende l'examen du projet de résolution et convoque un groupe de travail.

### **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la quatorzième séance, section 2, p. 259.)

**Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action :** Point 13.9 de l'ordre du jour (résolution EB115.R16 ; document A58/13) (suite de la huitième séance, section 2, p. 142)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la révision du projet de résolution relatif au renforcement de la sécurité biologique en laboratoire, qui incorpore les amendements proposés par un groupe de travail, ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Estimant que la dissémination d'agents et de toxines microbiologiques peut avoir des ramifications mondiales ;

Constatant que le confinement d'agents et de toxines microbiologiques au laboratoire est indispensable pour prévenir des flambées de maladies émergentes et réémergentes telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ;

Reconnaissant les travaux de l'OMS en matière de promotion de la sécurité biologique en laboratoire ;



Constatant que certains Etats Membres ont mis en place des mesures et des recommandations efficaces applicables à la sécurité biologique en laboratoire afin de gérer les risques dus aux agents et aux toxines microbiologiques pour le personnel de laboratoire et la communauté ;

Reconnaissant que certains Etats Membres n'ont peut-être pas mis en place les mesures de sécurité biologique adéquates ;

Notant qu'une approche intégrée de la sécurité biologique en laboratoire ~~[et du confinement des agents et des toxines microbiologiques]~~ [y compris du confinement des agents et des toxines microbiologiques] ~~favorise la sécurité sanitaire mondiale aide à améliorer protège la santé publique mondiale ;~~

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à réexaminer la sécurité de leurs laboratoires et les protocoles existants concernant la manipulation sécurisée d'agents et de toxines microbiologiques, conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique ;

2) à mettre en oeuvre des programmes spécifiques afin de promouvoir la ~~sécurité biologique~~ et les pratiques de laboratoire **en matière de sécurité biologique** pour la sécurisation de la manipulation ~~[et le confinement des agents et des toxines microbiologiques]~~ [, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques] ~~[, conformément aux recommandations de l'OMS en matière de sécurité biologique]~~ ;

~~3) à élaborer des programmes susceptibles d'accroître l'observance des principes de sécurité biologique par les laboratoires, y compris dans le secteur public, dans les centres de recherche et les universités, ainsi que dans le secteur privé, et en particulier lorsqu'ils sont appelés à manipuler des agents et des toxines microbiologiques hautement virulents ;~~

3) à élaborer des programmes nationaux qui renforcent l'observance des recommandations de sécurité biologique par les laboratoires, y compris dans le secteur public, dans les universités et les centres de recherche et dans le secteur privé, en particulier lorsqu'ils sont appelés à manipuler des agents et des toxines microbiologiques hautement virulents ;

~~3) à élaborer un système d'information ou un registre permettant d'identifier les agents et les toxines microbiologiques hautement virulents manipulés par des laboratoires du secteur public, d'universités, de centres de recherche ou du secteur privé ;~~

4) à [établir des plans de préparation et à] mobiliser des ressources humaines et financières **nationales et internationales** pour accroître la sécurité biologique en laboratoire [, y compris l'établissement de plans de préparation] ~~[et, s'il y a lieu, établir des plans de préparation]~~ ~~[et le confinement des agents et des toxines microbiologiques]~~ [y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques] afin de réduire au minimum le risque d'infections contractées au laboratoire et leur propagation ultérieure dans la communauté ;

~~5) à coopérer avec d'autres Etats Membres et l'OMS pour faciliter l'accès, en particulier des pays en développement, aux technologies et aux mesures techniques qui aident à accroître la sécurité biologique en laboratoire ;~~

5) à coopérer avec d'autres Etats Membres pour faciliter l'accès au matériel de sécurité biologique en laboratoire, y compris le matériel de protection individuelle et les dispositifs de confinement, pour prévenir et endiguer les infections contractées au laboratoire ;

~~6) 5) à encourager la mise sur pied de programmes de formation à la sécurité biologique ainsi que l'élaboration de normes de compétence professionnelle pour le personnel de laboratoire, afin d'améliorer la sensibilisation au problème de la sécurité et la sécurisation des pratiques de laboratoire ;~~

**7) à élaborer des programmes d'intervention en cas de dissémination accidentelle d'agents et de toxines microbiologiques afin d'en réduire au maximum les effets et d'endiguer leur propagation ;**

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de veiller à ce que l'OMS **joue un rôle important actif, conformément à son mandat, dans assume clairement son rôle directeur concernant l'amélioration de la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;**
- 2) d'apporter un soutien à d'autres programmes et partenaires concernés afin de renforcer leurs efforts pour promouvoir une meilleure sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ;
- 3) de fournir un appui pour l'élaboration et la mise en commun des connaissances et des données d'expérience entre les Etats Membres afin de renforcer la sécurité biologique en laboratoire [~~et le confinement des agents et des toxines microbiologiques~~] [y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques], en procédant notamment à l'actualisation régulière des recommandations et manuels correspondants de l'OMS [**moeyonnant un processus intergouvernemental**] [avec la participation active des Etats Membres] [en consultation avec les Etats Membres] ;
- 4) de fournir aux Etats Membres qui en font la demande un soutien technique pour le renforcement de la sécurité biologique en laboratoire [~~et du confinement des agents et des toxines microbiologiques~~] [y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques] ;
- 5) de faire rapport au Conseil exécutif, à intervalles réguliers, sur la situation concernant la sécurité biologique en laboratoire et le confinement des agents et des toxines microbiologiques au niveau mondial, et sur les risques y afférents.

Mme GILDERS (Canada), prenant la parole en sa qualité de Président du groupe de travail informel, dit que le groupe a reconnu l'importance du projet de résolution – le premier à être présenté à l'Assemblée de la Santé sur cette question de fond – et qu'il a résolu tous les problèmes sauf trois. Cependant, un groupe informel comprenant l'Australie, le Canada, la Chine, Cuba, les Etats-Unis d'Amérique, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, le Pakistan et la Suisse, qui s'est réuni plus tôt dans la journée, a trouvé des solutions aux questions en suspens.

Tout au long du texte, il a été décidé de supprimer les crochets entourant le membre de phrase « y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques ». Dans le même alinéa du préambule, le mot « protège » a été remplacé par « favorise » la santé publique mondiale.

Au paragraphe 1.2), les termes « et du transport » ont été ajoutés après « la manipulation » à la suggestion du Mexique. Au paragraphe 1.3), les mots « des plans de préparation nationaux et » ont été insérés avant « des programmes nationaux » pour donner le libellé suivant « à élaborer des plans de préparation nationaux et des programmes nationaux qui renforcent ... ». Au paragraphe 1.4), tous les crochets ont été supprimés et le texte se lit comme suit :

à mobiliser des ressources humaines et financières nationales et internationales pour accroître la sécurité biologique en laboratoire, y compris le confinement des agents et des toxines microbiologiques, afin de réduire au minimum le risque d'infections contractées au laboratoire et leur propagation ultérieure dans la communauté ;

En ce qui concerne le paragraphe 2.3), la question de savoir comment les recommandations et manuels pertinents de l'OMS seraient actualisés, que ce soit en consultation avec les Etats Membres ou moyennant un processus intergouvernemental, a suscité de nombreux débats, mais le libellé « en consultation avec tous les Etats Membres pour tenir compte de leurs préoccupations ; » a été accepté. Le paragraphe 2.5) devrait être amendé comme suit : « de faire rapport au Conseil exécutif, à intervalles réguliers, sur l'application de la présente résolution », car le Directeur général ne peut être

---

prié de faire rapport au Conseil exécutif sur la situation au regard des risques alors qu'il n'existe aucun mécanisme adapté à cette fin.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) accepte ces amendements mais estime que le libellé gagnerait à être révisé et clarifié par le Secrétariat.

Le PRESIDENT croit comprendre que la Commission est prête à approuver le projet de résolution.

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 16 heures.**

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le septième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.29.

## QUATORZIEME SEANCE

**Mercredi 25 mai 2005, 9 h 20**

**Président :** Dr B. SADRIZADEH (République islamique d'Iran)

### 1. SEPTIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A58/62)

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de septième rapport de la Commission A.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général), se référant au projet de résolution sur la cybersanté (point 13.17 de l'ordre du jour), dit que la résolution une fois adoptée contiendra une note de bas de page donnant la définition de la cybersanté, qui a été omise dans le document A58/62.

**Le rapport est adopté.<sup>1</sup>**

### 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (suite)

**La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant :** Point 13.11 de l'ordre du jour (résolution EB115.R12 ; document A58/15) (suite de la dixième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la version révisée du projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R12, qui intègre les amendements proposés par un groupe de travail, et qui est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que les résolutions WHA39.28, WHA41.11, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes, et en particulier la résolution WHA55.25 dans laquelle est approuvée la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;

Constatant qu'à la réunion conjointe d'experts FAO/OMS tenue en 2004 sur *Enterobacter sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons, il a été conclu que la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii* et *Salmonella* avait provoqué des épisodes infectieux et morbides chez les nourrissons, y compris des maladies graves susceptibles d'entraîner des conséquences sérieuses sur le développement et des décès, en particulier en cas de naissance avant terme, d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'immunodéficience ;<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Voir p. 390.

<sup>2</sup> FAO/WHO Expert Meeting on *E. sakazakii* and other Microorganisms in Powdered Infant Formula: Meeting Report. Microbiological Risk Assessment Series N° 6, 2004, p. 37.

Notant que ces épisodes sévères sont particulièrement graves chez les nourrissons nés avant terme, d'un faible poids à la naissance et immunodéprimés, et sont donc préoccupants pour tous les Etats Membres ;

Gardant à l'esprit le fait que la Commission du Codex Alimentarius révisé actuellement ses recommandations en matière d'hygiène pour la fabrication des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

Reconnaissant que les parents et les personnes ayant la garde d'enfants doivent être pleinement informés des risques ~~connus~~ **fondés sur des données factuelles** que présente pour la santé publique la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons **et des possibilités de contamination extrinsèque, ainsi que de la nécessité de préparer, manipuler et entreposer les préparations pour nourrissons dans de bonnes conditions d'hygiène ;**

Préoccupée par le fait que des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé peuvent être utilisées pour promouvoir ~~la vente de~~ les substituts du lait maternel ~~au lieu de~~ **comme supérieurs à** l'allaitement maternel ;

Reconnaissant que la Commission du Codex Alimentarius joue un rôle déterminant en fournissant des lignes directrices aux Etats Membres concernant la réglementation judicieuse des aliments, y compris les aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

Consciente qu'en plusieurs occasions l'Assemblée de la Santé a appelé la Commission à prendre pleinement en considération, dans le cadre de son mandat opérationnel, les mesures fondées sur des données factuelles qu'elle pourrait prendre pour améliorer les normes sanitaires applicables aux aliments, conformément aux buts et aux objectifs des stratégies pertinentes de santé publique, et en particulier la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (résolution WHA55.25) et sa stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17) ;

Reconnaissant que ces mesures exigent une bonne compréhension des rôles respectifs de l'Assemblée de la Santé et de la Commission du Codex Alimentarius, ainsi que de la réglementation des denrées alimentaires dans le contexte plus général des politiques de santé publique ;

Tenant compte de la résolution WHA56.23 sur l'évaluation conjointe FAO/OMS des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, dans laquelle l'Assemblée de la Santé approuvait la participation directe accrue de l'OMS aux travaux de la Commission et priait le Directeur général de renforcer le rôle de l'OMS dans la conduite d'autres activités pertinentes dans les domaines de la salubrité des aliments et de la nutrition pour compléter les travaux de la Commission, en accordant une attention particulière aux tâches qui sont assignées à l'OMS dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à continuer de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, en tant que recommandation mondiale de santé publique, compte tenu des conclusions de la consultation d'experts de l'OMS sur la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive,<sup>1</sup> et à prévoir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, par l'application intégrale de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui encourage l'élaboration d'une politique nationale complète comprenant, le cas échéant, un cadre juridique visant à promouvoir le congé de maternité et des mesures d'appui propres à favoriser l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, un plan d'action détaillé pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la politique, et l'allocation de ressources adéquates pour ce processus ;

---

<sup>1</sup> Telles qu'elles sont énoncées dans les conclusions et recommandations de la consultation d'experts (Genève, 28-30 mars 2001) qui a procédé à un examen systématique de la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive (voir le document A54/INF.DOC./4).

- 2) à veiller à ce que les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé ne soient pas autorisées pour ~~aliments destinés aux nourrissons et les jeunes enfants~~ **les substituts du lait maternel sauf si la législation nationale en dispose autrement** ;<sup>1</sup>
  - 3) à s'assurer que les cliniciens et autres soignants, ainsi que les agents de santé communautaire, les familles, les parents et les autres personnes ayant la garde d'enfants, et en particulier de nourrissons à haut risque, reçoivent ~~en temps voulu des informations suffisantes et soient formés par~~ **de la part** des dispensateurs de soins ~~indépendants~~ **des informations suffisantes et une formation en temps utile pour** ~~concernant~~ la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons afin de ramener à un minimum les risques pour la santé et sont informés, **le cas échéant** par une mise en garde explicite sur l'emballage, que les préparations en poudre pour nourrissons ~~ne sont pas stérilisées et~~ peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées de manière appropriée ;
  - 4) à veiller à ce que le soutien financier et **d'**autres incitations dont bénéficient les programmes et les professionnels de la santé du nourrisson et du jeune enfant ne donnent pas lieu à des conflits d'intérêts ;
  - 5) à veiller à ce que les travaux de recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur lesquels ~~se basent~~ **peuvent se baser** les politiques suivies en la matière soient toujours ~~financés par des sources indépendantes~~ **assortis d'une déclaration relative aux conflits d'intérêts** et fassent ~~toujours~~ l'objet d'~~un~~ **examens collégiaux indépendants** afin que ces politiques ne subissent pas l'influence abusive d'intérêts ~~commerciaux~~ ;
  - 6) à travailler en étroite collaboration avec les entités concernées, notamment les fabricants, pour continuer à réduire la concentration et la prévalence des agents pathogènes, dont *Enterobacter sakazakii*, dans les préparations en poudre pour nourrissons ;
  - 7) à continuer de veiller à ce que les fabricants respectent les normes et réglementations alimentaires nationales ou celles du Codex Alimentarius ;
  - 8) à assurer la cohérence des politiques au niveau national en favorisant la collaboration entre les autorités sanitaires, les organismes de réglementation des denrées alimentaires et les organismes chargés de fixer les normes alimentaires ;
  - 9) à participer activement et de façon constructive aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius ;
  - 10) à veiller à ce que tous les organismes nationaux appelés à définir des positions nationales sur des questions de santé publique destinées à être utilisées dans toutes les instances internationales compétentes, y compris la Commission du Codex Alimentarius, reflètent une compréhension commune et cohérente des politiques de santé adoptées par l'Assemblée de la Santé et s'attachent à les promouvoir ;
2. PRIE la Commission du Codex Alimentarius :
- 1) de continuer à tenir dûment compte, lors de l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations, des résolutions de l'Assemblée de la Santé pertinentes dans le cadre de son mandat opérationnel ;
  - 2) d'élaborer des normes, des lignes directrices et des recommandations concernant les aliments pour nourrissons et jeunes enfants formulées de façon à garantir la mise au point de produits sans danger, correctement étiquetés et répondant sur le plan de la nutrition et de la sécurité aux besoins connus de ceux auxquels ils sont destinés, tenant ainsi compte de la politique de l'OMS et, en particulier, de sa stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et du Code international de

<sup>1</sup> La référence à la législation nationale s'applique aussi aux organisations d'intégration économique régionale.

commercialisation des substituts du lait maternel, ainsi que ~~des~~ **d'autres** résolutions pertinentes adoptées ~~ultérieurement~~ par l'Assemblée de la Santé ;

3) de mener à bien d'urgence les travaux en cours visant à réduire le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons et d'établir des critères ou des normes microbiologiques appropriés relatifs à *E. sakazakii* et aux autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons ; et de fournir des conseils sur la manipulation sans danger et ~~sur l'apposition de~~ les mises en garde sur les emballages ;

3. PRIE le Directeur général :

1) en collaboration avec la FAO et compte tenu des travaux entrepris par la Commission du Codex Alimentarius, d'élaborer des lignes directrices destinées aux cliniciens et autres soignants ainsi qu'aux agents **de santé** communautaires, aux familles, aux parents et aux autres personnes ayant la garde d'enfants concernant la préparation, l'utilisation, **et la manipulation et l'entreposage** des préparations pour nourrissons afin de ramener au minimum les risques pour la santé et de répondre aux besoins particuliers des Etats Membres en mettant en place des mesures efficaces pour réduire les risques dans les situations où le nourrisson ne peut être ou n'est pas nourri par le lait maternel ;

2) de ~~mettre en route et~~ **prendre l'initiative** d'appuyer des travaux de recherche faisant l'objet d'un examen indépendant, notamment en recueillant des éléments dans différentes parties du monde, afin de mieux connaître l'écologie, la taxonomie, la virulence et autres caractéristiques de *E. sakazakii*, conformément aux recommandations de la réunion d'experts FAO/OMS sur *E. sakazakii* **et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons**, et d'étudier les moyens de réduire la teneur en micro-organismes des préparations en poudre une fois reconstituées ;

3) de fournir des informations afin de promouvoir et de faciliter la contribution de la Commission du Codex Alimentarius, dans le cadre de son mandat opérationnel, à la pleine mise en oeuvre des politiques internationales de santé publique ;

4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé chaque année paire, parallèlement à la présentation du rapport sur l'état de la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel **et des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé**, sur les progrès de l'examen des questions renvoyées à la Commission du Codex Alimentarius pour qu'elle y donne suite.

**Le projet de résolution est approuvé.<sup>1</sup>**

**Systemes de sécurité sociale :** Point 13.16 de l'ordre du jour (résolution EB115.R13 ; document A58/20) (suite de la treizième séance)

Le Dr LARIVIÈRE (Canada), prenant la parole en qualité de président du groupe de travail informel, dit que le groupe s'est rapidement aperçu qu'il n'aurait pas le temps de consacrer toute l'attention voulue aux multiples questions cruciales soulevées. Convaincu toutefois de la nécessité d'un fort consensus, il a décidé de proposer à l'Assemblée de la Santé une procédure d'examen visant à permettre à l'OMS de traiter de façon plus systématique les multiples aspects complexes du financement des soins de santé. C'est pourquoi il présente à nouveau le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif dans sa résolution EB115.R13, auquel a été ajouté un nouveau paragraphe 2.6) ainsi libellé :

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le huitième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.32.

6) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur l'application de la présente résolution, y compris sur les questions en suspens soulevées par des États Membres au cours de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Cette procédure permettra d'inscrire le financement des soins de santé à l'ordre du jour provisoire de la cent dix-septième session du Conseil. Les États Membres seront informés des débats consacrés à ces questions non réglées par l'intermédiaire des procès-verbaux de l'Assemblée de la Santé. Cela permettra en outre de renforcer les liens entre la détermination des États Membres et les travaux futurs du Secrétariat sur cette question.

Le Dr MENDOZA (République bolivarienne du Venezuela) dit que les membres du groupe de travail informel ont décidé que les délégations qui souhaitent que leurs observations fassent l'objet d'un examen plus approfondi par les organes directeurs devaient les exposer clairement devant la Commission. La santé est un droit social et, partant, collectif, qui lie les gouvernements. Ce n'est pas une question individuelle et, pour cette raison, elle ne peut pas faire l'objet de décisions isolées. Il n'est pas envisageable de promouvoir des systèmes de santé inéquitables dans lesquels le financement des soins de santé bénéficie aux seules personnes assurées, alors que pour tous les non-assurés, qui représentent souvent la majorité de la population, la fourniture des soins de santé est précaire. Il est donc impératif que le financement des soins de santé, indépendamment de l'existence d'un système de soins de santé privé, relève de la responsabilité de l'État et repose sur les recettes fiscales ou sur un système de prépaiement collectif et équitable, avec des taxes adaptées à la capacité de paiement de chaque individu. L'application des lois du marché au financement et à la prestation de soins de santé engendrerait un grave problème d'équité individuelle et sociale. Le Dr Mendoza préconise un débat élargi et demande au Secrétariat de définir les lignes directrices afin d'aider tous les pays à mettre au point des systèmes de financement des soins de santé plus équitables et adaptés à leur contexte particulier.

Le Dr REN Minghui (Chine), relevant l'absence d'unanimité au sujet de la question à l'examen, dit que l'adoption du texte révisé de la résolution constituera une étape importante pour tous les pays sur la voie de l'amélioration du financement de la santé et des soins de santé. Il est favorable à la suggestion proposée. Il demande la correction d'une erreur dans la version chinoise où il est question d'« assurance universelle » et non de « couverture universelle ».

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) demande pourquoi le texte révisé de la résolution ne contient pas l'alinéa supplémentaire du préambule qu'elle a proposé, au terme duquel chacun a droit à un niveau acceptable de soins de santé.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada), s'exprimant en qualité de président du groupe de travail informel, explique qu'il s'agit principalement d'une question de procédure. Si bon nombre d'amendements proposés étaient relativement mineurs, certains concernaient des questions extrêmement délicates qui méritaient d'être approfondies. Le groupe a donc jugé préférable, dans un premier temps, de retirer tous les amendements et de repasser au texte proposé par le Conseil exécutif.

Le Dr NYIKAL (Kenya) précise que les débats laborieux et approfondis tenus par le groupe de travail n'ont pas permis de traiter tous les amendements dans le temps imparti et qu'il a été jugé préférable d'adopter une résolution non amendée qui sera examinée plus avant l'année prochaine plutôt que de s'abstenir. Il approuve le texte révisé, mais propose d'insérer au paragraphe 2.6) un renvoi aux débats que la Commission, à sa dernière séance, a consacrés à la révision du projet de résolution puisqu'ils reflètent les questions posées et serviront de document de référence important pour le Directeur général lorsqu'il établira son rapport sur ces questions.



M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) ne voit aucune objection à l'amendement proposé par le délégué du Kenya. Cela dit, tous les amendements proposés par les Etats Membres n'ayant pas été reproduits dans le texte examiné à la dernière séance, le Directeur général ne devrait pas se contenter de ce texte lorsqu'il examinera les questions soulevées.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) estime qu'il faudrait aussi mentionner, dans ce paragraphe supplémentaire, les points traités dans les procès-verbaux des débats de la Commission. En réponse à une question posée par M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique), il confirme que les débats des groupes de rédaction informels n'ont pas été consignés dans des procès-verbaux.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que le Directeur général devrait tenir compte de toutes les observations soulevées par les Etats Membres, y compris des amendements proposés au sein du groupe de travail informel.

Le Dr NYIKAL (Kenya) estime que si les procès-verbaux ne rendent pas compte des débats du groupe de travail informel, il convient de mettre l'accent sur deux points : renforcer les filets de sécurité et prévoir des exemptions des systèmes de financement de la santé pour garantir l'accès des pauvres aux soins de santé ; et étudier l'impact des politiques macroéconomiques des institutions financières internationales sur les efforts déployés pour améliorer l'accès aux services de santé.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) fait observer qu'il n'est pas nécessaire de modifier le paragraphe 2.6) puisqu'il sera rendu compte des débats de la présente séance dans les procès-verbaux.

Le PRESIDENT dit que, compte tenu de ces explications, il considère que la Commission souhaite approuver le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R13, tel qu'il a été amendé par le Canada à la présente séance.

### **Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

**Sommet ministériel sur la recherche en santé : Point 13.18 de l'ordre du jour (document A58/22)**  
(suite de la douzième séance, section 3)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le texte révisé du projet de résolution contenu dans le document A58/22, qui reproduit les amendements proposés par les membres du groupe de travail informel et est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé **convoqué par le Directeur général de l'OMS et le Gouvernement du Mexique** (Mexico, 16-20 novembre 2004) ;

Reconnaissant qu'une recherche de qualité et l'acquisition et l'application des connaissances sont essentielles pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ~~les objectifs de développement~~ **ceux** énoncés dans la Déclaration du Millénaire, rendre les systèmes de santé plus performants, favoriser le développement humain et parvenir à l'équité en matière de santé ;

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le huitième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.33.

Consciente de la nécessité de renforcer l'évaluation, sur des données factuelles, des conséquences des politiques et des pratiques sanitaires et autres **qui ont un impact sur la santé** aux niveaux national, régional et local ;

Réaffirmant la nécessité de créer une demande en matière de recherche et d'encourager la participation à la recherche ;

Consciente de la nécessité de renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé en développant les capacités pertinentes, notamment les capacités de direction, en fournissant des outils de surveillance et d'évaluation essentiels, en améliorant les moyens d'examen éthique de la recherche, et en élaborant les normes éthiques et la réglementation nécessaires pour la santé des populations, les soins de santé et la recherche clinique ;

Décidée à promouvoir l'accès à des données factuelles fiables, pertinentes et actuelles sur les effets des interventions, à partir d'un examen systématique de la totalité des résultats de la recherche disponibles, et en tenant compte des modèles existants ;

Consciente de la nécessité de recenser les domaines de recherche ne disposant pas de moyens financiers suffisants, comme les systèmes de santé et la santé publique, où une augmentation des ressources et le renforcement des capacités de direction accéléreraient la réalisation des objectifs de ~~santé essentiels~~ **développement liés à la santé convenus sur le plan international** ;

Soulignant que la recherche est une entreprise mondiale fondée sur la mise en commun des connaissances et de l'information ~~à l'intérieur d'un cadre éthique approprié~~ **et menée conformément aux lignes directrices et normes éthiques nationales appropriées** ;

1. ~~[PREND NOTE de]~~ ~~[APPROUVE]~~ **PREND ACTE** de la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé issue du Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004) ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

{1) à **envisager d'appliquer** la recommandation formulée en 1990 par la Commission sur la 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 » ;<sup>1}</sup>

2) à établir et à appliquer, ou à renforcer une politique nationale de recherche en santé **bénéficiant de l'appui politique voulu** ~~et dans le contexte de cette politique,~~ à allouer ~~un rang de priorité plus élevé~~ **suffisamment de moyens financiers et de ressources humaines à un programme de la recherche sur les systèmes de santé doté de moyens financiers suffisants** ;

3) à encourager la collaboration avec d'autres partenaires de la recherche en santé de façon à faciliter la conduite de cette recherche dans le cadre de leurs systèmes de santé ;

4) à promouvoir des activités destinées à renforcer les systèmes nationaux de recherche en santé, y compris **l'amélioration de la base de connaissances utiles à l'information des responsables** de la prise de décision, la fixation de priorités, la gestion de la recherche, le suivi des résultats et l'adoption de normes et de règles pour une recherche de qualité et sa surveillance au plan de l'éthique, et à assurer la participation de la communauté, des organisations non gouvernementales et des patients à ces activités ;

5) à établir des mécanismes de transfert des connaissances à l'appui des systèmes de santé publique et de prestation de soins de santé fondés sur des bases factuelles, et à renforcer ceux qui existent déjà ;

<sup>1</sup> Commission sur la Recherche en Santé au Service du Développement. *La recherche en santé : un instrument essentiel au développement équitable*. New York, Oxford University Press, 1990.

- 6) à soutenir, avec ~~le Secrétariat de~~ l'OMS et la communauté scientifique mondiale, l'établissement d'un réseau d'instituts nationaux de recherche **et d'autres partenaires** en vue de conduire des recherches collectives sur les priorités sanitaires mondiales ;
- 7) **à favoriser le débat public et les conséquences sociales de la recherche en santé entre chercheurs, praticiens, patients et représentants de la société civile et du secteur privé sur la dimension éthique, et à encourager la transparence en ce qui concerne les résultats de la recherche et d'éventuels conflits d'intérêts ;**
3. DEMANDE à la communauté scientifique mondiale, aux partenaires internationaux, au secteur privé, à la société civile et aux autres acteurs concernés, **selon le cas** :
- 1) de soutenir un programme important et durable de recherche sur les systèmes de santé qui réponde aux besoins prioritaires des pays et vise à atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ~~les objectifs de développement~~ **ceux** énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
  - 2) d'établir, sur une base volontaire, un système de liaison qui centralise les registres des essais cliniques et permette l'identification sans ambiguïté des essais afin que les patients, les familles, les associations de patients et autres aient un meilleur accès à l'information ;
  - 3) de renforcer ou d'établir le transfert des connaissances, afin de communiquer en temps opportun des informations sanitaires fiables, pertinentes et objectives, d'améliorer l'accès à ces informations et d'en promouvoir l'utilisation ;
  - 4) de soutenir les partenariats nationaux, régionaux et mondiaux, y compris les partenariats public-privé, afin d'accélérer la mise au point de médicaments, vaccins et moyens diagnostiques essentiels et de mécanismes qui en assurent la distribution équitable ;
  - 5) de reconnaître la nécessité d'associer les autorités compétentes des Etats Membres concernés à la planification initiale des projets de recherche en santé ;
  - 6) de soutenir autant que faire se peut, avec le Secrétariat de l'OMS et les Etats Membres, l'établissement d'un réseau d'instituts nationaux de recherche **et d'autres partenaires intéressés** en vue de déterminer et conduire des recherches collectives sur les priorités sanitaires mondiales ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) **d'entreprendre une évaluation des ressources internes de l'OMS, de ses compétences et de ses activités dans le domaine de la recherche en santé en vue d'établir un rapport de situation sur le rôle et les responsabilités de l'Organisation dans ce domaine et de faire rapport à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;**
  - ~~1)2)~~ 2) de consulter les acteurs intéressés au sujet de la création d'un programme de recherche sur les systèmes de santé destiné à soutenir les Etats Membres pour qu'ils accélèrent la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ~~les objectifs de développement~~ **ceux** énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
  - ~~2)3)~~ 3) de continuer, avec les partenaires intéressés, à établir, sur une base volontaire, un système de liaison des registres des essais cliniques ;
  - ~~3)4)~~ 4) d'aider à élaborer des mécanismes plus efficaces pour combler l'écart entre les modalités de production et les modalités d'utilisation des connaissances, y compris l'application pratique des résultats de la recherche en santé et leur transformation en politiques ;
  - ~~4)5)~~ 5) **d'envisager de convoquer, avec d'autres partenaires intéressés, la possibilité de convoquer une conférence internationale de niveau ministériel sur la recherche concernant les ressources humaines pour la santé ;}**
  - ~~5)~~ 6) **de faire rapport sur la Déclaration de Mexico à la séance plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies chargée d'examiner la mise en oeuvre de la**

~~Déclaration du Millénaire (septembre 2005), à une conférence sur les systèmes de santé en 2006 et au prochain Sommet ministériel sur la recherche en santé en 2008.~~

**[6] de veiller à ce que les réunions organisées par l'OMS et ouvertes à tous les Etats Membres, qui sont qualifiées de sommets ou de sommets ministériels, soient préalablement approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé.]**

M. BAILÓN (Mexique), prenant la parole en sa qualité de président du groupe de travail informel, dit que certains membres ont exprimé des doutes légitimes au sujet du fondement juridique du Sommet ministériel sur la recherche en santé tenu à Mexico, en novembre 2004, et que le Secrétariat a étudié la question. Aucun membre n'a jamais contesté l'importance de cette réunion et la nécessité d'approuver le projet de résolution. A l'issue d'une discussion approfondie, un consensus a été atteint sur l'ensemble du texte à l'exception du paragraphe 4.6) qui a été proposé par un Etat Membre et au sujet duquel le Secrétariat est invité à donner son avis.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que le Directeur général n'est pas opposé à l'insertion de ce paragraphe qui ne porterait pas atteinte à son pouvoir d'organiser des réunions ministérielles pour examiner des questions techniques. En réponse aux questions posées par le Dr REN Minghui (Chine) et le Dr NYIKAL (Kenya), il précise que l'expression « sommet ministériel » a été prise au pied de la lettre alors qu'il s'agit en fait de n'importe quelle réunion de niveau ministériel organisée par le Directeur général.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) se prononce en faveur du paragraphe 4.6). Afin que la recherche en santé demeure prioritaire parmi les préoccupations internationales, il propose que l'on ajoute la phrase ci-après à la fin du paragraphe 4.5) : « et d'envisager de convoquer la prochaine réunion de niveau ministériel sur la recherche en santé en 2008 ». La recherche en santé contribue à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et il est nécessaire de mettre en place une base de données factuelles pour guider l'action politique.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) demande si l'Assemblée de la Santé sera consultée sur tous les aspects des sommets ministériels, tels que le lieu et les ressources financières, et non pas seulement sur le thème de ces sommets.

M. BURCI (Conseiller juridique) confirme que c'est bien ainsi que le Secrétariat interprète le paragraphe 4.6).

Mme GILDERS (Canada) appuie le projet de résolution et se déclare favorable à l'ajout du paragraphe 4.6) et à l'amendement proposé par le délégué de la Thaïlande, qui permettrait de maintenir l'élan donné, en observant toutefois un équilibre, ainsi que le demandent les Etats Membres.

Le Dr AZENE (Ethiopie) relève une apparente contradiction : le Directeur général peut organiser n'importe quelle réunion technique, mais, selon le paragraphe 4.6), il a besoin de l'approbation de l'Assemblée de la Santé pour tous les sommets ministériels. Si la première proposition est vraie, le paragraphe 4.6) n'a pas de raison d'être.

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) explique que le paragraphe en question est censé s'appliquer aux sommets ministériels au sens strict et non pas aux réunions auxquelles assistent des ministres ni à des réunions de caractère technique qui n'ont rien à voir avec l'adoption de décisions de politique générale.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine), se fondant sur les explications données par le Conseiller juridique selon lesquelles le paragraphe en question est censé s'appliquer à tous les

sommets ministériels, doute que ce genre de déclaration générale doive figurer dans une résolution portant sur une question précise ; elle pourrait en revanche faire l'objet d'une résolution portant sur les activités de l'OMS afin que son importance ne soit pas minimisée.

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que cette disposition a été examinée dans le cadre du projet de résolution à l'étude, ainsi qu'en témoigneront les procès-verbaux, et qu'elle liera le Secrétariat si elle est approuvée. Les Etats Membres pourront toujours soulever la question lors d'une prochaine Assemblée de la Santé dans un contexte plus général, mais cela n'a pas été demandé.

M. BASSE (Sénégal) relève que le paragraphe 4.6) concerne les réunions qui déboucheront sur des documents de politique générale, comme le Sommet ministériel sur la recherche en santé tenu à Mexico. Il conviendrait toutefois de préciser si le texte s'applique à toutes les réunions organisées par l'OMS, y compris celles qui traitent d'autres domaines que la recherche en santé. Le Conseiller juridique vient d'expliquer que la disposition en question a été examinée dans le contexte d'une résolution sur la recherche en santé. Or si cette disposition s'applique à d'autres réunions que celles sur la recherche en santé, il serait utile de préciser alors qu'il s'agit de toutes les réunions.

M. BURCI (Conseiller juridique) répète que, selon lui, cette disposition, même si elle figure dans un projet de résolution portant sur une question précise, a un caractère général et est censée s'appliquer à tous les sommets ministériels.

Mme DE HOZ (Argentine), évoquant les relations particulières entre l'OMS et l'OPS, demande des précisions quant aux incidences de cette disposition sur les réunions ministérielles tenues au niveau régional.

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que cette disposition ne concerne pas ce genre de réunions puisqu'il est question de « réunions ouvertes à tous les Etats Membres », ce qui exclut les réunions régionales.

Le Dr NYIKAL (Kenya), soutenu par Mme MAFUBELU (Afrique du Sud), M. BASSE (Sénégal) et le Dr AZENE (Ethiopie) dit que si ce paragraphe est censé s'appliquer à tous les sommets consacrés à la santé, il n'a pas sa place ici. Si le sens est plus restrictif, il convient d'insérer les mots « sur la recherche en santé » après « l'OMS ».

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il comprend les inquiétudes de certains délégués sur la question de l'opportunité du paragraphe proposé par sa délégation, dont l'intention était seulement de s'assurer que, lorsque l'OMS organisait une réunion qualifiée de sommet ministériel, qui avait des connotations politiques et devait en principe déboucher sur un texte adopté par tous les Etats Membres, il était préférable que le thème, l'ordre du jour, le lieu et les résultats attendus de cette réunion soient préalablement approuvés par l'Assemblée de la Santé. Compte tenu des préoccupations exprimées, il suggère que l'Assemblée de la Santé décide que la tenue de réunions ouvertes à tous les Etats Membres, organisées par l'OMS et qualifiées de sommets ou sommets ministériels, soit préalablement approuvée par l'Assemblée de la Santé.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que l'Assemblée de la Santé pourrait adopter une décision de ce type, mais que cela ne pourrait être fait au titre d'aucun point de l'ordre du jour. Mais, pour des raisons de procédure, cette décision ne devrait pas être prise à la hâte par la présente Assemblée de la Santé ; il suggère que les Etats-Unis portent la question à l'attention de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) reconnaît que le paragraphe proposé devrait préciser qu'il concerne la recherche en santé. S'agissant de la proposition des Etats-Unis, appuyée par

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud), il dit que la question devrait être portée à l'attention du Conseil exécutif, lequel pourrait alors formuler une décision qu'il soumettrait pour examen à l'Assemblée de la Santé, visant à ce que tous les sommets ministériels sur la santé devraient être préalablement approuvés par l'Assemblée de la Santé.

Le Dr BRUNET (France) appuie les observations formulées par les délégués du Sénégal et de Cuba. Cette question, qui dépasse largement le cadre de la recherche en santé, devrait être examinée par le Conseil exécutif avant d'être traitée par l'Assemblée de la Santé. Il subsiste un certain nombre d'interrogations que les explications du Conseiller juridique n'ont fait que renforcer. Pourquoi, par exemple, les pouvoirs du Directeur général seraient-ils limités pour les sommets ministériels mondiaux et non pour ceux qui se tiennent au niveau régional ? Toute cette affaire mérite un examen approfondi.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) précise que le texte amendé du paragraphe 4.6) se lirait comme suit : « de veiller à ce que les réunions sur la recherche en santé organisées par l'OMS et ouvertes à tous les Etats Membres, qui sont qualifiées de sommets ou de sommets ministériels, soient préalablement approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé ».

**Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.<sup>1</sup>**

### **3. HUITIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A58/64)**

Le Dr BUSUTTIL (Malte), Rapporteur, donne lecture du projet de huitième rapport de la Commission A.

**Le rapport est adopté.<sup>2</sup>**

### **4. CLOTURE DES TRAVAUX**

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare que la Commission a terminé ses travaux.

**La séance est levée à 10 h 25.**

---

<sup>1</sup> Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le huitième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58.34.

<sup>2</sup> Voir p. 391.