

COMMISSION B

PREMIERE SEANCE

Jeudi 19 mai 2005, 9 h 15

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

1. OUVERTURE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION : Point 14 de l'ordre du jour (document A58/48)

Le **PRESIDENT** souhaite la bienvenue aux participants et rappelle à la Commission que les représentants du Conseil exécutif expriment les opinions du Conseil et expliquent la raison d'être des recommandations soumises à l'examen de l'Assemblée de la Santé. Il appelle l'attention de la Commission sur le troisième rapport de la Commission des Désignations,¹ qui contient les propositions pour les postes de vice-présidents et le poste de rapporteur.

Décision : La Commission B a élu le Professeur J. Pereira Miguel (Portugal) et le Dr M. A. Rahman Khan (Bangladesh) Vice-Présidents et M. Yee Ping Yi (Singapour) Rapporteur.²

2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le **PRESIDENT** appelle l'attention sur le document EB115/2005/REC/1 où figurent les résolutions et décisions adoptées par le Conseil en janvier 2005 et auxquelles il sera fréquemment fait référence. Il suggère que la Commission se réunisse de 9 heures à 12 h 30 et de 15 heures à 18 heures et encourage les orateurs à limiter la durée de leurs interventions à trois minutes.

Il en est ainsi convenu.

Il rappelle qu'à sa séance du 16 mai 2005, le Bureau de l'Assemblée a décidé de confier à la Commission B l'examen des points ci-après inscrits à l'ordre du jour de la Commission A : 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 que le point 17.3 (Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution) soit examiné après le point 16 de l'ordre du jour pour permettre à l'Assemblée de la Santé de prendre rapidement une décision concernant le rétablissement des privilèges attachés au droit de vote des Etats Membres qui ont demandé l'application de dispositions spéciales pour le règlement de leurs arriérés de contributions.

¹ Voir p. 387.

² Décision WHA58(4).

Il en est ainsi convenu.

Le PRESIDENT dit qu'en attendant l'approbation du projet de budget programme 2006-2007, actuellement examiné par la Commission A, il serait prématuré que la Commission B examine le projet de résolution relatif au Fonds immobilier contenu dans le document A58/44 Corr.1. Il propose de n'examiner le point 18 de l'ordre du jour qu'après la fin de l'examen du point 17 (Questions financières).

Il en est ainsi convenu.**3. SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION ARABE DANS LES TERRITOIRES ARABES OCCUPES, Y COMPRIS LA PALESTINE, ET ASSISTANCE SANITAIRE A CETTE POPULATION : Point 15 de l'ordre du jour (documents A58/24, A58/INF.DOC./2, A58/INF.DOC./4 et A58/INF.DOC./5)**

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un projet de résolution intitulé Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, proposé par les délégations de Bahreïn, de l'Egypte, des Emirats arabes unis, de la Jordanie, du Koweït, d'Oman, du Qatar et de la Tunisie, dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,
Attentive au principe primordial énoncé dans la Constitution de l'OMS, selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité ;

Rappelant toutes ses résolutions antérieures sur la situation sanitaire dans les territoires arabes occupés ;

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire de la population arabe dans les territoires arabes occupés, y compris la Palestine, et l'assistance à cette population ;¹

Préoccupée par la dégradation de la situation économique et sanitaire et par les crises humanitaires résultant de l'occupation persistante et des graves restrictions imposées par Israël, puissance occupante ;

Affirmant le droit des patients et du personnel médical palestiniens aux services de santé disponibles dans les établissements sanitaires palestiniens de Jérusalem-Est occupée ;

Déplorant les incidences sur l'environnement palestinien et en particulier sur les ressources en eau palestiniennes du rejet de déchets israéliens en Cisjordanie ;

Préoccupée par les effets éventuels sur la santé de la population palestinienne des « détecteurs à rayons X haute intensité » utilisés par Israël aux postes-frontières palestiniens ;

1. DEMANDE à Israël, puissance occupante, de renoncer immédiatement à toutes ses pratiques et politiques et tous ses plans qui affectent gravement l'état de santé des civils sous occupation ;

2. EXIGE qu'Israël mette fin à sa pratique qui consiste à déverser des déchets sur le territoire palestinien occupé ;

3. EXPRIME sa gratitude aux Etats Membres et aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour l'appui qu'ils continuent à fournir en vue de répondre aux besoins sanitaires du peuple palestinien ;

4. REMERCIE vivement le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien, au reste de la population arabe dans les territoires arabes occupés et aux autres peuples de la Région ;

¹ Document A58/24.

5. PRIE le Directeur général :
- 1) d'envoyer une commission d'enquête sur la dégradation de la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé ;
 - 2) de procéder dans les plus brefs délais à une évaluation indépendante des effets sanitaires des « détecteurs à rayons X haute intensité » utilisés par Israël aux postes-frontières palestiniens ;
 - 3) de prendre des mesures d'urgence, en collaboration avec les Etats Membres, pour soutenir le Ministère palestinien de la Santé dans ses efforts pour surmonter les difficultés actuelles et l'aider pendant et après le retrait annoncé d'Israël de la Bande de Gaza et de certaines parties de la Cisjordanie, afin notamment de garantir la libre circulation de tout le personnel de santé et de tous les patients à l'intérieur comme à l'extérieur du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, ainsi que l'approvisionnement normal en fournitures médicales des établissements médicaux palestiniens ;
 - 4) de fournir une assistance technique en matière de santé à la population arabe du Golan syrien occupé ;
 - 5) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;
 - 6) de soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;
 - 7) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

M. MELEKA (Egypte) présente le projet de résolution qui témoigne de la dégradation de la situation sanitaire de la population vivant dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, conséquence de l'occupation persistante par Israël. Compte tenu des circonstances actuelles, il incombe à l'OMS, avec l'aide de la communauté internationale, de réaffirmer que la santé de tous les peuples est fondamentale pour instaurer la paix et la sécurité. La démolition de maisons et la construction de barrages qui empêchent l'assistance humanitaire d'atteindre ceux qui en ont besoin constituent non seulement une violation des droits fondamentaux du peuple palestinien, mais sont aussi une manifestation de mépris total pour les nombreuses conventions et résolutions internationales en la matière, dont plusieurs ont été adoptées par l'Assemblée de la Santé. M. Meleka demande à l'Organisation de rappeler à Israël ses obligations à cet égard et demande au Directeur général d'envoyer une commission d'enquête sur la dégradation de la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé. Israël doit en outre mettre fin à sa pratique qui consiste à déverser des déchets sur le territoire occupé et prendre des mesures pour éviter que les Palestiniens subissent les effets nocifs des « détecteurs à rayons X haute densité » utilisés aux postes-frontières palestiniens. Les pays arabes demandent à l'OMS de continuer à soutenir le peuple palestinien malgré les nombreux obstacles et problèmes existants, et prie instamment le Gouvernement israélien de revoir ses pratiques et de prendre les mesures nécessaires pour améliorer la situation. M. Meleka espère que le projet de résolution sera approuvé par consensus.

M. MOKHTARI (République islamique d'Iran) estime que les rapports du Directeur général et du Directeur de la Santé de l'Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA)¹ brossent un triste tableau de la situation dans le territoire palestinien occupé : plusieurs milliers de personnes tuées ou blessées, grave récession économique s'accompagnant d'une montée en flèche du chômage et de la pauvreté, et de nombreux enfants atteints de graves troubles psychologiques. Des délais sont souvent imposés aux personnes en situation d'urgence médicale qui tentent d'obtenir un traitement indispensable, délais qui entraînent parfois la

¹ Documents A58/24 et A58/INF.DOC./2, respectivement.

mort. Malgré les efforts déployés par la communauté internationale, le peuple palestinien ne jouira pas d'une bonne santé tant que l'occupation durera.

Le Dr AL-WUHAIIDI (Palestine) dit que la Palestine compte sur l'OMS, organisation non politique, pour qu'elle continue de soutenir le Ministère de la Santé palestinien. Le mur est un obstacle supplémentaire dans la vie quotidienne de la population : il sépare des milliers de Palestiniens de leur famille et de leur lieu de travail, les prive de leur droit à l'éducation et à la santé et les empêche de participer à la vie politique. Compte tenu de la dégradation de la situation économique et de la montée du chômage, le nombre de personnes souffrant d'anémie, et notamment les femmes enceintes et les enfants, a fortement augmenté. Le Dr Al-Wuhaidi s'inquiète également des effets nocifs que peuvent avoir les « détecteurs à rayons X haute densité » utilisés par Israël aux postes-frontières sur la santé et le moral de la population. Israël fait aussi preuve de son profond mépris pour la santé des populations locales en continuant à déverser des déchets toxiques sur le territoire palestinien et à construire des colonies de peuplement, au détriment de l'approvisionnement en eau et de l'environnement.

Le Dr Al-Wuhaidi rappelle que de nombreuses personnes ont été tuées ou gravement blessées au cours de la récente intifada et demande à Israël de se retirer de tout le territoire palestinien qu'il occupe depuis 1967, y compris Jérusalem-Est, et de tous les postes-frontières. Bien qu'Israël prétende offrir des services de formation et autres au peuple palestinien, le prix de ces services est de beaucoup supérieur à ce qui peut être obtenu ailleurs.

Il remercie les Etats Membres et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales qui continuent d'aider à subvenir aux besoins de santé de la population palestinienne.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) présente ses condoléances au Gouvernement et au peuple palestiniens pour la perte de leur dirigeant, le Président Yasser Arafat. Il convient d'espérer que le processus de paix aboutira sous peu mais, en attendant, la santé de la population palestinienne est gravement menacée. Elle est particulièrement préoccupée par les coupures d'eau, les inégalités flagrantes dans la distribution et l'utilisation de l'eau, et ce qui semble être des actes délibérés de pollution dans les territoires arabes occupés, y compris en Palestine. Dans la situation actuelle, la population palestinienne n'est pas libre de ses mouvements, ce qui limite son accès aux services de santé. Des infrastructures sanitaires pleinement unifiées, opérationnelles, sont indispensables pour dispenser ces services.

Le mur, dont la construction progresse alors qu'il constitue une violation du droit international, entrave sérieusement la prestation des services de santé, en isolant les dispensaires et en gênant la distribution des fournitures médicales. Toute défaillance des infrastructures sanitaires affecte avant tout la santé des femmes, des mères et des enfants en réduisant l'efficacité des soins de santé maternelle, en désorganisant les programmes de vaccination et en réduisant les chances d'accoucher dans des conditions optimales. Tout acte portant atteinte au travail des agents de santé et aux services ambulanciers est très préoccupant et les cas signalés d'agents de santé blessés ou tués dans l'exercice de leurs fonctions sont choquants. Le Dr Tshabalala-Msimang appuie le projet de résolution.

M. BERNIS (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, salue l'accent mis par les coauteurs de la résolution sur les aspects sanitaires de la situation. Il proposera plusieurs amendements en temps opportun.

M. MARTABIT (Chili) s'inquiète de la situation actuelle dans les territoires palestiniens occupés et presse Israël de lever les restrictions qui empêchent la population de bénéficier d'une attention médicale appropriée. L'amélioration de la santé de la population dans les territoires arabes occupés est intimement liée à la mise en oeuvre efficace du processus de paix. Le peuple palestinien a le droit de vivre dans un Etat indépendant et de coexister pacifiquement avec Israël conformément aux résolutions pertinentes du Conseil de Sécurité des Nations Unies. Il convient donc d'espérer que la Palestine et Israël feront tout leur possible pour instaurer une paix juste et durable basée sur le respect

mutuel, dans l'intérêt de leurs citoyens et des générations futures. Le Chili appuie le projet de résolution.

Le Dr SENAN (Malaisie) exhorte tous les Etats Membres à appuyer le projet de résolution. La situation dans le territoire palestinien occupé continue d'inquiéter profondément la Malaisie, surtout depuis la dégradation des conditions sanitaires de la population palestinienne à la suite de la construction du mur par Israël. Il demande à l'OMS de prendre de toute urgence des mesures pour tenter de résoudre les différents problèmes mis en évidence dans les rapports du Directeur général et du Directeur de la Santé de l'UNRWA, et notamment les besoins sanitaires et nutritionnels des femmes enceintes et des enfants, le recul constant de la couverture vaccinale et les restrictions de mouvement du personnel médical. Le Dr Senan appuie résolument l'appel du Directeur général en faveur de l'envoi d'une commission d'enquête dans le territoire palestinien occupé. En tant que puissance occupante, Israël doit immédiatement mettre un terme à toutes les politiques et les pratiques préjudiciables pour la santé et doit permettre au système de santé palestinien de recommencer à fonctionner correctement.

M. M. N. KHAN (Pakistan) est également très préoccupé par la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est et le Golan syrien. Le droit fondamental de tout être humain qu'est la possession du meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre est bafoué par les politiques et pratiques d'Israël. Autorité directrice en matière de santé dans le monde, l'Organisation doit poser un diagnostic juste et établir une ordonnance sous la forme d'une évaluation indépendante complète des effets de la situation sur la santé. Il est inquiet de voir Israël déverser des déchets en Cisjordanie, pratique dommageable pour l'environnement et les ressources hydriques du peuple palestinien et préjudiciable pour sa santé. L'Assemblée de la Santé devrait demander l'arrêt immédiat de cette pratique. La détérioration de la situation est due en grande partie au siège économique imposé par Israël et l'OMS pourrait contribuer à apporter une solution en coordonnant ses activités avec celles d'autres institutions spécialisées présentes dans les territoires occupés et en fournissant un soutien financier et technique. Il est primordial d'assurer l'approvisionnement en fournitures médicales et la libre circulation des agents de santé et des malades, surtout pendant et après le retrait déclaré d'Israël de la Bande de Gaza et de certaines parties de la Cisjordanie.

M. Khan appuie sans réserve le projet de résolution et demande aux Etats Membres de l'approuver. La communauté internationale doit exprimer sa solidarité vis-à-vis du peuple palestinien et s'employer à trouver une solution juste, globale et durable à la crise du Moyen-Orient.

M. WANG Chuan (Chine) estime que la communauté internationale doit tenir compte des besoins humanitaires des populations arabes dans les territoires occupés et prendre des mesures pour promouvoir et protéger leur santé ; il se félicite des efforts de l'OMS et d'autres organisations à cet égard. Le processus de paix au Moyen-Orient est entré dans une nouvelle phase qui donne aux Palestiniens et aux Israéliens une chance de succès ; pour y parvenir, il est essentiel que les deux parties poursuivent leurs négociations politiques fondées sur les résolutions correspondantes de l'Organisation des Nations Unies. La Chine, à l'instar de tous les pays pacifiques, souhaite promouvoir la paix et la stabilité. La solution du conflit au Moyen-Orient ne dépend pas seulement de la détermination et des efforts déployés dans les deux camps, mais également de l'aide et du soutien de la communauté internationale. C'est pourquoi M. Wang Chuan appuie le projet de résolution.

Le Dr ESTÉVEZ TORRES (Cuba) dit que la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé revêt une grande importance pour l'Assemblée de la Santé, compte tenu des effets négatifs de l'occupation israélienne sur la population palestinienne et sur l'environnement. La violation des droits les plus fondamentaux du peuple palestinien est des plus flagrante, massive et systématique, et le nombre des tués et des blessés, pour la plupart des civils et beaucoup d'enfants, ne cesse d'augmenter. Le Dr Estévez Torres condamne la construction du mur cernant la Cisjordanie et Jérusalem par le

Gouvernement israélien et l'expansion des colonies de peuplement israéliennes. La situation sanitaire continue de se détériorer pour ces raisons et sous l'effet des restrictions imposées par Israël à la liberté de mouvement qui affectent en particulier les ambulances, les agents de santé ainsi que les malades et les blessés. L'accès des patients et du personnel médical aux centres de santé et aux hôpitaux étant entravé, le nombre d'enfants vaccinés s'en trouve réduit. Le Ministère palestinien de la Santé a subi des dommages sans précédent, menaçant jusqu'à sa survie. Vu la persistance des barrages routiers, des couvre-feux et de la fermeture de routes, la multiplication des postes-frontières et l'accès à leur lieu de travail qui leur est refusé, des dizaines de milliers de familles palestiniennes ont été privées de leurs sources de revenus et sont en péril. Les Palestiniens, dans leur grande majorité, sont confrontés ou risquent d'être confrontés à l'insécurité alimentaire à mesure que s'amenuise l'apport de ressources financières internationales.

En même temps, l'environnement dans le territoire palestinien occupé continue à se dégrader, car Israël déverse des déchets nucléaires et chimiques solides, qui contaminent les nappes phréatiques et nuisent à la santé. L'action humanitaire internationale, y compris celle de l'Organisation des Nations Unies, a échoué faute de coopération de la part des autorités israéliennes et de leur mépris total pour les résolutions de plus en plus nombreuses adoptées sur ce sujet par l'Organisation des Nations Unies. Le Dr Estévez Torres appuie sans réserve la demande faite au Directeur général dans le projet de résolution de prendre des mesures d'urgence, en collaboration avec les Etats Membres, pour soutenir le Ministère palestinien de la Santé dans ses efforts pour surmonter les difficultés actuelles, et de fournir une assistance technique en matière de santé à la population arabe du Golan syrien occupé.

Les Etats Membres de l'OMS doivent conjuguer leurs forces, notamment en exigeant l'application intégrale par Israël de la série de mesures demandée par une majorité écrasante des membres de la communauté internationale, par l'intermédiaire des organes du système des Nations Unies et de l'Assemblée de la Santé, et l'arrêt immédiat de l'agression d'Israël à l'encontre des populations arabes et palestiniennes dans les territoires occupés. Le Dr Estévez Torres appuie le projet de résolution.

Le Dr ELSAYID (Soudan) rend hommage aux agents de santé des territoires palestiniens occupés qui ont dispensé des services aux citoyens palestiniens malgré les obstacles imposés par les autorités occupantes. La politique israélienne de châtiments collectifs, qui entraîne la mort de femmes, d'enfants et de personnes âgées et la détérioration des habitations et de l'environnement, est universellement condamnée. Le Directeur général devrait envoyer une mission d'information et présenter un rapport à l'Assemblée de la Santé. Le refus manifesté par les autorités occupantes d'autoriser une telle mission enfreint les résolutions de l'Organisation des Nations Unies.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne) appuie le projet de résolution et dit que l'occupation par Israël des territoires palestinien et syrien inquiète sérieusement la communauté internationale depuis des décennies. Elle est fréquemment inscrite à l'ordre du jour des organisations internationales et traitée en permanence par les médias. Mais Israël répond par l'escalade.

Le mauvais état de santé de la population palestinienne vivant dans le territoire occupé est indéniable. Une femme enceinte a, par exemple, dû accoucher à un poste-frontière après que les soldats israéliens l'aient empêchée d'atteindre l'hôpital ; 286 enfants palestiniens ont été tués ces quatre dernières années, la plupart d'entre eux d'une balle dans la tête ; et des ambulances palestiniennes portant l'emblème du Croissant-Rouge international ont essuyé les tirs de tanks israéliens, qui ont fait des victimes parmi les agents de santé. Israël a empêché la construction d'hôpitaux et d'écoles dans le Golan occupé, contraignant les populations syriennes locales à se faire soigner dans les hôpitaux israéliens. Les autorités israéliennes utilisent les puits palestiniens pour approvisionner leurs colonies de peuplement, déversent des déchets nucléaires sur le territoire occupé et recourent, aux postes-frontières, à des « détecteurs à rayons X haute densité », à l'origine de cancers et de problèmes de stérilité. Compte tenu de la situation, l'OMS doit pour le moins adopter le projet de résolution. Non seulement Israël occupe les territoires arabes de la Palestine et du Golan, mais à long terme il détruit aussi l'environnement de ces territoires. Le chemin de la paix repose clairement sur la justice et sur la légitimité internationale. Israël doit accepter que la communauté internationale a raison

et tenir compte des quelque 1000 résolutions internationales adoptées depuis 1948, l'appelant à mettre fin à son occupation.

M. FERGUSON (Canada) reste préoccupé par la baisse du niveau de vie et les entraves à l'accès aux services de santé de base en Cisjordanie et à Gaza, problèmes exacerbés par la construction de barrages. Le Canada fournit de longue date une assistance humanitaire au peuple palestinien, notamment par le biais de contributions destinées à répondre aux besoins sanitaires urgents.

Pour ce qui est du projet de résolution, toutefois, il regrette l'accent mis sur une zone géographique précise, la focalisation sur les Palestiniens et, surtout, la demande d'une évaluation indépendante des effets des détecteurs à rayons X, qui ne présente à son avis aucun intérêt technique ni sanitaire, et constituera un gaspillage de ressources. L'OMS doit avant tout s'employer à amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible en faisant progresser les stratégies sanitaires mondiales. Pour ces raisons, M. Ferguson s'abstiendra de voter, mais félicite les auteurs de la résolution de leurs efforts constructifs.

M. LEVANON (Israël) dit que, contrairement aux déclarations encourageantes entendues en plénière, l'OMS est politisée : en se focalisant sur un pays, l'Assemblée de la Santé a deux poids, deux mesures, ce qui porte atteinte à l'image et au prestige de l'Organisation.

Le projet de résolution, essentiellement politique, déborde le mandat de l'Assemblée de la Santé ; il n'améliore pas la santé des personnes vivant dans les territoires, pas plus qu'il n'appelle à la coopération entre Israéliens et Palestiniens ni ne fait état des progrès réalisés depuis le Sommet de Sharm-el-Sheikh. La fourniture des soins médicaux aux Palestiniens relève de l'Autorité sanitaire palestinienne, qui gère ses services de santé de manière indépendante depuis plus de dix ans. En revanche, les 40 situations sanitaires d'urgence actuellement dénombrées dans le monde sont du ressort de l'OMS, qui devrait s'y atteler, de préférence à une question politique.

Deux allégations particulières, dans le projet de résolution, sont manifestement destinées à induire l'Assemblée de la Santé en erreur. La première concerne la pollution des ressources hydriques par les déchets déversés en Cisjordanie. Israël ne contaminerait pas l'eau qu'utilisent aussi bien les Israéliens que les Palestiniens. La deuxième porte sur du matériel à rayons X supposé nocif. Il s'agit en fait de matériel commercial qui fonctionne non pas avec des rayonnements ionisants mais seulement avec des ondes radioélectriques dont l'intensité est conforme aux normes internationales et ne menace pas la santé humaine. Il est utilisé dans plusieurs pays de l'Union européenne et n'est pas, à sa connaissance, considéré comme présentant des risques pour la santé.

M. Levanon évoque certains aspects positifs de la situation, et notamment les politiques humanitaires d'Israël, inchangées malgré plusieurs actes de terrorisme perpétrés par des Palestiniens. Israël continue d'admettre des patients palestiniens dans ses hôpitaux, de dispenser des soins médicaux en ambulatoire et des services de santé publique et de laboratoire, d'assurer des programmes de formation et un enseignement universitaire supérieur pour les professionnels de la santé, et de faciliter le transfert de matériel et de dons médicaux vers des centres situés dans les territoires palestiniens. L'an passé, plus de 35 000 patients de Cisjordanie et de Gaza ont été pris en charge dans des hôpitaux israéliens. Bien que l'Autorité palestinienne ait suspendu le paiement de ces services, Israël continue d'accueillir les patients palestiniens sans délais et sans restrictions. Au titre de la coopération entre Israël et le secteur de la santé palestinien, 53 Palestiniens ont participé pendant l'année écoulée à des programmes de formation en Israël, des réunions consultatives sur des problèmes essentiels de santé publique ou liés à des maladies infectieuses ont eu lieu, des laboratoires de santé publique ont continué de fournir une assistance et une initiative conjointe destinée à améliorer l'état nutritionnel des enfants des deux côtés a été mise sur pied.

L'expérience passée a montré que les résolutions ne contribuent pas à améliorer la santé des Palestiniens. M. Levanon demande à ses partenaires palestiniens, au lieu de miser sur des résolutions politiques, de déclarer publiquement qu'ils sont prêts à reprendre les travaux des six comités conjoints créés d'un commun accord dans le domaine de la santé pour le bien des deux peuples. Il invite les Etats Membres à rejeter le projet de résolution et à dissuader l'Assemblée de la Santé de se politiser

davantage pour qu'elle se concentre sur des questions de santé cruciales, ce qui favorisera bien davantage le bien-être de la population palestinienne.

Le Dr SHANGULA (Namibie) partage les graves inquiétudes concernant la dégradation de la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé. Ses craintes concernent en particulier l'utilisation des « détecteurs à rayon X haute intensité » aux postes-frontières car, de l'avis général, il est contraire à la morale et à l'éthique d'exposer des personnes à des rayonnements si ce n'est pour des raisons diagnostiques ; cela est interdit pour les femmes enceintes, par exemple, même à faible dose. Par voie de conséquence, un « détecteur à rayon X haute densité » expose les personnes à des doses plus élevées que la normale : cette situation est inacceptable et l'OMS, compte tenu des conséquences évidentes sur la santé, doit exiger qu'il soit mis fin à cette pratique. Le Dr Shangula appuie le projet de résolution, qui porte sur des questions sanitaires – principale mission de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr AMMAR (Liban) s'inquiète de la situation sanitaire dans les territoires occupés, y compris en Palestine, vu notamment l'absence de limitations imposées au niveau international à l'agression israélienne. Il fait siennes les remarques concernant les incidences économiques et sanitaires négatives des restrictions imposées à la circulation des biens et des personnes et des autres obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, notamment pour les femmes et les enfants. La construction d'un mur de séparation accentuera ces effets. Les pratiques israéliennes violent le droit international et les droits de l'homme. Pour ce qui est du rejet de déchets et de la pollution des ressources hydriques, qui affecteront les générations présentes et futures, le Dr Ammar demande à la communauté internationale d'établir avec précision la nature des déchets déversés et de condamner cette pratique. L'OMS doit évaluer les « détecteurs à rayons X à haute densité » et leurs effets, et soumettre un rapport.

Toutes les questions soulevées portent sur la santé, et l'Organisation doit en tenir compte. Aussi le Dr Ammar appuie-t-il le projet de résolution, et notamment la demande au Directeur général d'envoyer une commission d'enquête dans les territoires occupés.

M. MOLEY (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays regrette profondément que le projet de résolution introduise des considérations hautement politiques dans le débat de l'organe mondial chargé de la santé. Les Etats-Unis sont aussi très inquiets de la situation dans la région, et des ravages causés par la violence, tant du côté des Palestiniens que des Israéliens. Ils ont travaillé sans relâche avec les deux parties pour faire évoluer la situation. Mais la question du statut final des territoires arabes occupés déborde à l'évidence le mandat de l'Assemblée de la Santé. La résolution ne fera pas avancer le processus de paix au Moyen-Orient, pas plus qu'elle n'améliorera la santé des personnes vivant dans les territoires occupés.

Le projet de résolution doit se limiter à la santé de la population palestinienne. Les Etats-Unis se sont engagés à fournir une assistance au peuple palestinien pour les soins de santé primaires, la survie de l'enfant, la santé maternelle, la nutrition et d'autres programmes humanitaires. Ils sont le principal donateur de l'UNRWA. Vu la partialité et l'orientation politique d'une grande partie du projet de résolution, M. Moley s'oppose à son adoption et demande qu'il fasse l'objet d'un vote par appel nominal.

Mme SOLTANI (Algérie) exprime son inquiétude devant la situation sanitaire dans les territoires arabes occupés. Elle appuie le projet de résolution et souhaite que l'Algérie figure parmi les coauteurs du texte.

M. SUMIRAT (Indonésie) dit que le Gouvernement indonésien reste profondément préoccupé par la dégradation économique des territoires arabes occupés et par le maintien des mesures de restriction imposées par les forces israéliennes au nom de la sécurité, et qui ont beaucoup affecté les Palestiniens non seulement en limitant la liberté de circulation dans les territoires, mais également en entravant leur accès aux soins médicaux et aux installations sanitaires. La construction du mur de

séparation en Cisjordanie a aggravé ces souffrances, surtout pour les Palestiniens malades ou blessés ayant besoin d'une assistance sanitaire immédiate. De plus, le profond traumatisme psychologique dont souffrent 50 % des enfants palestiniens du fait de la violence liée au conflit suscite des comportements agressifs et appelle des soins de santé mentale.

M. Sumirat salue les efforts déployés par l'OMS, en coopération avec l'UNRWA et d'autres organisations, pour aider le Ministère palestinien de la Santé à améliorer les capacités sanitaires dans les territoires palestiniens occupés, mais il déplore que les services de santé palestiniens ne puissent être améliorés efficacement tant que les mesures de sécurité strictes restent en place. Il réitère donc son soutien au peuple palestinien qui lutte pour son droit fondamental à la santé et à la liberté, et il engage les délégués à approuver le projet de résolution.

Le Dr OTTO (Palaos) est attristé par les souffrances incessantes qu'endurent les populations palestinienne et israélienne et il espère qu'il sera possible de résoudre pacifiquement le conflit dans la région. Il note avec satisfaction l'orientation plus positive du projet de résolution par rapport aux résolutions similaires adoptées par le passé, mais deux de ses dispositions le préoccupent. Premièrement, des preuves irréfutables doivent établir que la dégradation de la situation économique et sanitaire et que la crise humanitaire découlent uniquement des agissements d'Israël, comme le laisse entendre le quatrième alinéa du préambule. Deuxièmement, à propos du paragraphe 1, on ne voit pas clairement à quels « pratiques, politiques et plans » Israël est invité à renoncer ; ces mots pourraient renvoyer à la situation politique. Le Dr Otto n'est donc pas en mesure d'appuyer la résolution telle qu'elle est rédigée.

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) rappelle que la question de la dégradation de la situation sanitaire des populations de la Palestine occupée et du Golan syrien est au coeur des débats depuis des décennies, mais que la situation s'est aggravée depuis la construction du mur. Tous les comptes rendus de visites dans la région confirment les données établissant ses effets sur la situation sanitaire. Le Dr El Ismaili Alaoui appuie le projet de résolution et exhorte l'OMS à intervenir pour mettre fin à la crise sanitaire.

Le Dr AL-RABI (Yémen) constate avec inquiétude la dégradation de la situation des Palestiniens. Il appuie le projet de résolution et souhaite que le Yémen figure parmi les coauteurs.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne) fait observer que l'occupation étrangère est rejetée par l'ensemble de la communauté internationale ; l'Organisation des Nations Unies a en effet été créée pour protéger l'humanité de toute agression et de toute occupation. La véracité de sa précédente intervention est confirmée par le fait que le délégué d'Israël a passé sous silence l'occupation par Israël du Golan syrien. Les Palestiniens, les Libanais et les Syriens qui vivent depuis des décennies sous occupation israélienne n'ont pas besoin de dispensaires ni de médecins israéliens ; ils veulent voir la fin de l'occupation et vivre dans la dignité.

Contrairement à ce que prétend le délégué d'Israël, les « détecteurs à rayon X haute intensité » ne sont pas couramment utilisés dans d'autres parties du monde, le matériel similaire utilisé dans un aéroport européen ayant immédiatement été démantelé à la suite des protestations du public.

Une commission d'enquête de l'OMS devrait se pencher sur la question du rejet de déchets dans les territoires arabes occupés pour vérifier qu'ils ne polluent pas les ressources hydriques, comme le soutient le délégué israélien.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) est profondément préoccupé par la dégradation de la situation sanitaire dans les territoires occupés et il espère que l'OMS s'acquittera de sa mission humanitaire dans les territoires palestiniens occupés sans la politiser. Il appuie résolument le projet de résolution.

Le Dr OULD MOHAMED VALL (Mauritanie) souhaite que son pays soit ajouté à la liste des coauteurs.

Le PRESIDENT annonce que le Mali a également demandé à figurer parmi les coauteurs du texte.

Mme BASSO (UNRWA), prenant la parole au nom du Directeur de la Santé de l'UNRWA, dit que cinq ans de grave crise humanitaire dans les territoires palestiniens occupés ont fait des ravages considérables en termes de décès, de destruction massive des infrastructures et de pauvreté généralisée. Les obstacles à l'accès aux services humanitaires ont freiné le développement palestinien, affecté la prestation et la qualité des services et compromis la fourniture des secours. Le revenu par habitant a chuté de plus de moitié et la proportion de la population vivant dans la pauvreté est passée de 20 à 60 % depuis 2000 ; l'insécurité alimentaire est courante.

On a espéré que 2005 verrait la violence régresser. La communauté internationale ne doit toutefois pas perdre de vue les défis actuels et à venir. Selon toutes les projections, si un bouclage de la Bande de Gaza l'isolait du reste du monde, son économie serait asphyxiée et la situation humanitaire se dégraderait encore davantage. Il faudra des années d'efforts bien planifiés et convenablement coordonnés pour venir à bout des problèmes hérités de décennies d'occupation et de conflit et faciliter la transition vers le relèvement et le développement après la période de retrait. En Cisjordanie où la crise trouve ses origines dans le défaut de mobilité et d'accès, le mur de séparation compliquera l'accès aux services humanitaires au lieu de l'améliorer. Selon le Gouvernement israélien, environ 14,5 % du territoire de la Cisjordanie (excepté Jérusalem-Est) seront situés entre le mur de séparation et la Ligne verte reconnue au niveau international. Or cette terre, l'une des plus fertiles de Cisjordanie, abrite 274 000 personnes. Plus de 400 000 Palestiniens vivant à l'est du mur devront le franchir pour rejoindre leurs exploitations et leur lieu de travail et accéder aux services. Environ 30 % de la population palestinienne de Cisjordanie seront directement affectés par le mur. En outre, 220 000 colons (à l'exception de ceux de Jérusalem-Est) contrôlent actuellement 42 % du territoire de la Cisjordanie.

La transition entre le conflit et le relèvement et le développement est fortement compromise par les confiscations de terres, la dépression économique et la fragilité des institutions, des systèmes et des services civils. Toute amélioration de la situation politique et de la sécurité résultant de l'application du plan de retrait n'atténuera pas immédiatement la crise humanitaire et ne réduira pas le besoin d'assistance internationale pérenne. Il sera plus complexe de répondre aux besoins de développement de base de la population que d'organiser les interventions d'urgence actuelles.

Depuis 2000, l'UNRWA a demandé environ US \$1 milliard pour soutenir son programme d'assistance humanitaire d'urgence, en plus du soutien qu'il reçoit pour maintenir ses activités programmatiques ordinaires et du soutien fourni par la communauté internationale à l'Autorité palestinienne. Important dispensateur de services à la moitié environ de la population des territoires palestiniens occupés, l'UNRWA demande un appui supplémentaire non seulement pour poursuivre ses activités régulières indispensables, mais aussi pour contribuer au processus de relèvement et de développement. L'UNRWA tient à entretenir une étroite coopération avec ses partenaires locaux et internationaux dans le cadre d'efforts coordonnés et soutenus au niveau international. L'appui de l'OMS en faveur des plans de développement à moyen terme de l'UNRWA et de l'Autorité palestinienne sera déterminant pour l'aboutissement de cette mission difficile, et son soutien technique sera plus nécessaire que jamais pour reconstruire et développer le système de soins de santé palestinien.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) s'indigne de la situation sanitaire décrite dans les territoires palestiniens occupés, due à l'occupation de cette zone. Il appuie le projet de résolution.

M. ALFARARGI (Ligue des Etats arabes) soutient que le projet de résolution est modéré et pondéré, tant dans son contenu que dans sa forme, et qu'il vise à présenter à l'Assemblée de la Santé la situation telle qu'elle existe dans les territoires arabes occupés en Palestine, à Jérusalem-Est et dans le Golan syrien. Si ce que dit le délégué israélien est vrai, son Gouvernement doit appuyer la résolution pour que l'OMS puisse publier un rapport disculpant Israël. Faute de savoir si les déclarations du délégué d'Israël sont justes, la Commission ne doit pas les accepter.

M. BERNS (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, se félicite de l'accent mis dans le projet de résolution sur la situation sanitaire dans les territoires palestiniens occupés. Les résolutions présentées à l'Assemblée de la Santé et aux autres institutions techniques du système des Nations Unies ne doivent pas cependant être politiques. Il propose donc de supprimer « and stop » dans la version anglaise du paragraphe 2 du projet de résolution (sans objet en français) et, au paragraphe 5.1), de remplacer « d'envoyer » par « de soumettre », « une commission » par « un rapport » et de supprimer « la dégradation de ». Sous réserve de ces modifications, l'Union européenne et les pays qui s'alignent sur ses positions pourront voter en faveur du projet de résolution.

Le Dr MOSTOFA NUAJE (Jamahiriya arabe libyenne) s'inquiète vivement de la situation à laquelle doit faire face la population des territoires arabes occupés et il appuie énergiquement le projet de résolution. Il espère que les organisations du système des Nations Unies, y compris l'UNRWA, continueront de prêter leur concours car l'occupation des territoires arabes doit prendre fin, compte tenu en particulier des souffrances qu'endurent quotidiennement les résidents de ces territoires.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne) fait observer que les deux amendements proposés par l'Union européenne ne correspondent pas aux demandes formulées par son pays et beaucoup d'autres Etats Membres, mais y souscrit pour qu'un consensus puisse être obtenu.

M. MELEKA (Egypte), prenant la parole au nom des auteurs de la résolution, adhère aux amendements proposés par le délégué du Luxembourg.

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture des amendements proposés au projet de résolution.

Le PRESIDENT rappelle qu'un vote par appel nominal a été proposé.

M. BURCI (Conseiller juridique) énonce le protocole relatif à ce processus. Les Etats Membres dont le droit de vote a été suspendu en vertu d'une résolution de l'Assemblée de la Santé ou qui n'ont pas présenté de pouvoirs et qui ne pourront donc pas participer au vote sont les suivants : Afghanistan, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Arménie, Comores, Dominique, Géorgie, Grenade, Guinée-Bissau, Iraq, Kirghizistan, Libéria, Nauru, Niger, Nioué, République centrafricaine, République de Moldova, République dominicaine, Sainte-Lucie, Somalie, Suriname, Tadjikistan, Trinité-et-Tobago, Turkménistan.

Il est procédé à un vote par appel nominal, les noms des Etats Membres étant appelés dans l'ordre alphabétique anglais, en commençant par la Jamaïque, la lettre J ayant été tirée au sort.

Le résultat du vote est le suivant :

Ont voté pour : Afrique du Sud, Algérie, Allemagne, Andorre, Arabie saoudite, Autriche, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Belgique, Bhoutan, Bosnie-Herzégovine, Botswana, Brésil, Brunéi Darussalam, Bulgarie, Burkina Faso, Cameroun, Chili, Chine, Chypre, Congo, Croatie, Cuba, Danemark, Egypte, Emirats arabes unis, Equateur, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Irlande, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Japon, Jordanie, Koweït, Lesotho, Lettonie, Liban, Lituanie, Luxembourg, Malaisie, Maldives, Mali, Malte, Maroc, Maurice, Mauritanie, Mexique, Monaco, Mozambique, Namibie, Nigéria, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Pakistan, Pays-Bas, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, République arabe syrienne, République de Corée, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Sénégal, Serbie-et-Monténégro,

Slovaquie, Slovénie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Tchad, Tunisie, Turquie, Ukraine, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne du), Viet Nam, Yémen et Zimbabwe.

Ont voté contre : Australie, Etats fédérés de Micronésie, Etats-Unis d'Amérique, Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Israël, Palaos.

Se sont abstenus : Canada, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Islande, Nicaragua, Paraguay, Singapour, Thaïlande, Togo.

Étaient absents : Albanie, Angola, Azerbaïdjan, Bahamas, Bélarus, Belize, Bénin, Bolivie, Burundi, Cambodge, Cap-Vert, Colombie, Côte d'Ivoire, Djibouti, Erythrée, Ethiopie, ex-République yougoslave de Macédoine, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Iles Cook, Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Madagascar, Malawi, Mongolie, Myanmar, Népal, Ouganda, Ouzbékistan, Panama, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique du Congo, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Swaziland, Timor-Leste, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Zambie.

Le projet de résolution est donc approuvé par 95 voix contre 8, avec 11 abstentions.¹

Mme HALTON (Australie), expliquant le vote, s'oppose à ce que l'Assemblée de la Santé continue d'examiner la résolution et s'inquiète de ce que le maintien de ce point à l'ordre du jour, en amenant l'Assemblée de la Santé à débattre de sujets politiques débordant le cadre de sa compétence, détourne son attention de questions qui devraient occuper un rang de priorité supérieur. De plus, l'examen de telles questions politiques par l'OMS est en décalage avec la rationalisation des activités des Nations Unies qui s'impose et il ne favorise pas le processus de paix au Moyen-Orient.

Le Dr SADASIVAN (Singapour), expliquant le vote, dit que Singapour a toujours soutenu le processus de paix au Moyen-Orient mais que l'Assemblée de la Santé ne lui semble pas être un lieu approprié pour traiter de questions politiques.

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

4. RAPPORT DU VERIFICATEUR INTERIEUR DES COMPTES : Point 16 de l'ordre du jour (documents A58/25 et A58/45)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), prenant la parole en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le rapport du vérificateur intérieur passe en revue les résultats de la vérification des comptes depuis 2004. Le Comité a accueilli favorablement les informations sur l'état d'avancement des rapports de vérification mais demande au Secrétariat d'assurer en temps voulu un suivi efficace, en ce qui concerne notamment l'application différée des recommandations des vérificateurs au Bureau régional de l'Afrique. Il a examiné le calendrier² et pris note du fait que toutes les recommandations ont été suivies jusqu'à la clôture de la vérification. Le Comité a pris acte des efforts déployés pour obtenir une

¹ 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 WHA58.6.

² Document A58/25, annexe.

utilisation plus rationnelle et plus économique des ressources dans certains domaines, et pour renforcer le Bureau des services de contrôle interne.

M. JAYATHILAKE (Sri Lanka), faisant référence au paragraphe 22 du document A58/25, dit qu'aux termes de la Constitution sri lankaise, le Ministère de la Santé est chargé de surveiller les activités sanitaires provinciales et la politique de santé nationale. L'association directe de l'OMS avec les provinces et les districts posera des problèmes de responsabilité et d'administration financières en créant deux structures administratives parallèles. Toutes les institutions techniques du secteur de la santé sont placées sous l'autorité du Ministère et l'association directe de l'OMS avec ces organismes au niveau du district sera source de confusion. Le Gouvernement sri lankais demande donc instamment à l'OMS de coopérer avec le Ministère de la Santé, conformément à son mandat et à la pratique actuelle. Selon les dispositions existantes, plus de 90 % des fonds sont alloués aux niveaux provincial et districte. Il serait souhaitable que l'OMS suive de près l'utilisation de ces ressources avec le Ministère.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) salue les activités du Bureau des services de contrôle interne, qui fournit des services de surveillance, d'évaluation et de responsabilisation efficaces et à valeur ajoutée. Mais elle s'inquiète des faiblesses relevées par le vérificateur intérieur dans certains contrôles internes axés sur la responsabilisation et la préservation des ressources ; elle demande que ces contrôles soient renforcés. L'efficacité de l'Organisation diminue lorsque les recommandations des vérificateurs restent sans suite, et le « nombre croissant de recommandations dont l'application n'a pas été notifiée » est préoccupant. Mme Blackwood recommande aux Etats Membres de demander à leur comité régional de suivre les recommandations afin que des mesures correctives soient prises pour améliorer le fonctionnement de l'OMS à tous les niveaux, ce que les Etats-Unis d'Amérique envisagent de faire concernant les vérifications effectuées dans la Région des Amériques. A mesure que l'OMS se décentralise, ses activités au niveau des pays gagnent en importance, d'où la nécessité de structures efficaces, rationnelles et responsables.

Mme Blackwood salue l'évaluation du programme des bourses d'études de l'OMS et préconise une modification de ce programme pour assurer l'objectivité de la sélection des candidats et la clarté des objectifs de leur travail pour qu'à leur retour dans leur pays, les boursiers contribuent au renforcement durable des capacités nationales dans le domaine de la santé et des ressources humaines. Elle appuie la recommandation selon laquelle l'OMS doit procéder à un examen systématique à chaque niveau et mieux intégrer les bourses d'études dans une perspective globale de la santé et des ressources humaines.

M. MACPHEE (Canada) accueille avec satisfaction le rapport du vérificateur intérieur des comptes, en particulier l'annexe, et le renforcement du Bureau des services de contrôle interne qu'il considère comme un élément essentiel de la gestion fondée sur les résultats. Il se félicite également qu'aient été recensés les domaines où les progrès réalisés amélioreront l'efficacité et permettront de faire des économies, dégageant des fonds supplémentaires pour certains domaines programmatiques du budget.

Concernant le paragraphe 3 du document A58/45, M. MacPhee partage l'inquiétude suscitée par l'application différée des recommandations des vérificateurs au Bureau régional de l'Afrique, et prend note de l'engagement du vérificateur intérieur des comptes à prendre davantage de dispositions pour assurer le suivi des problèmes détectés. L'établissement d'une liste de contrôle des domaines où des retards ont été observés devrait aider à résoudre le problème.

Le Dr ACHARYA (Népal) se félicite de la présentation en temps opportun de ce rapport instructif. Les irrégularités recensées doivent être corrigées rapidement et ne pas se reproduire. Le résultat des dépenses au titre de différents programmes au niveau des pays doit être évalué, et le Dr Acharya demande au vérificateur intérieur des comptes de se pencher sur la question et de

présenter ensuite un rapport afin que les Etats Membres sachent si les ressources de l'Organisation sont utilisées correctement.

Mme NELLTHORP (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) fait siennes les déclarations des délégués des Etats-Unis d'Amérique et du Canada, concernant notamment la nécessité de suivre la mise en oeuvre des recommandations des vérificateurs. Elle souhaite voir dans les rapports futurs ces recommandations appliquées de façon plus structurée.

Se référant au paragraphe 45 du rapport du vérificateur intérieur des comptes, elle note que l'application des recommandations concernant les améliorations à apporter au Bureau régional de l'Afrique est actuellement au point mort ; elle demande une explication et un calendrier pour la solution de ce problème déjà ancien.

Le Dr QI Qingdong (Chine), saluant le travail réalisé par le Bureau des services de contrôle interne, s'inquiète des modalités du suivi. Un renforcement des services de contrôle interne s'impose pour éviter que les mêmes problèmes ne resurgissent. Pour faciliter le suivi, un indicateur de performance devrait être créé et des rapports réguliers devraient être présentés au Conseil exécutif.

M. MCKERNAN (Nouvelle-Zélande) est lui aussi inquiet de voir que certaines recommandations des vérificateurs restent en suspens et qu'aucune suite n'est donnée à d'autres. Vu l'augmentation sensible des recettes totales et des dépenses pour les projets prévues dans le projet de budget programme 2006-2007, une discipline financière rigoureuse s'impose. Le Directeur général devrait être invité à présenter un rapport sur les mesures proposées concernant toutes les questions liées à la vérification en suspens.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas) note avec satisfaction le tableau généralement positif brossé par le vérificateur intérieur des comptes, mais il s'inquiète de la non-application des recommandations au Bureau régional de l'Afrique et des risques financiers qui peuvent s'ensuivre pour l'OMS.

M. LANGFORD (Bureau des services de contrôle interne), répondant au délégué de Sri Lanka, indique que le rapport en question est une vérification intérieure adressée au représentant de l'OMS à Sri Lanka, destinée à accroître l'efficacité des activités de l'OMS à tous les niveaux dans les pays. Il est persuadé que des consultations appropriées avec les acteurs concernés auront lieu.

Concernant le suivi et l'application, des informations plus précises seront fournies dans le prochain rapport. Des progrès ont été réalisés depuis la publication du présent rapport et M. Langford pense que, d'ici à l'an prochain, la situation s'améliorera sensiblement.

Quant à l'évaluation des résultats au niveau des pays, un programme d'évaluation technique et de vérification des résultats couvre les questions programmatiques et administratives. Pour ce qui est de la situation au Bureau régional de l'Afrique, il convient de noter que le Directeur régional et le Directeur chargé de l'administration et des finances ont changé l'an dernier, ce qui a affecté l'application des recommandations. La vérification en cours donnera une meilleure idée de la situation actuelle.

La Commission prend note des rapports.

5. QUESTIONS FINANCIERES : Point 17 de l'ordre du jour

Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution : Point 17.3 de l'ordre du jour (documents A58/31, A58/31 Corr.1 et A58/43 Rev.1)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), prenant la parole en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que ledit Comité a noté que le montant total dû pour les années précédentes a été ramené à US \$85 millions, à l'exception des sommes dues au titre d'arrangements spéciaux, passées de US \$14 millions en 2004 à US \$46 millions. Le Comité a demandé que les rapports sur les paiements effectués au titre d'arrangements spéciaux soient plus clairs, et que les rapports futurs fournissent des données actualisées sur le montant dû par l'ex-Yougoslavie. Il a également relevé que le droit de vote de 20 Etats Membres restait suspendu, mais qu'à la suite du paiement par le Tchad de tous ses arriérés et de ses contributions actuelles, son droit de vote avait été rétabli. Le Comité s'est penché sur la situation des quatre Membres redevables d'arriérés de contributions au 31 mars 2005 dans une mesure qui justifierait l'adoption d'une résolution au titre de l'article 7. La Guinée, le Paraguay et le Pérou ayant versé des montants suffisants, ils ne seront plus concernés par une résolution de ce type. Pour le Membre restant, à savoir l'Uruguay, le Comité a décidé de rédiger une résolution par laquelle son droit de vote sera suspendu dès l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, à moins que des versements suffisants soient effectués avant cette date. Enfin, le Comité est convenu de recommander les propositions faites par la Géorgie, l'Iraq, la République de Moldova et le Tadjikistan. Il recommande à l'Assemblée de la Santé d'examiner les cinq résolutions contenues dans le document A58/43 Rev.1.

Mme WILD (Contrôleur financier) indique que, depuis que le Comité a établi son rapport, le Gabon s'est acquitté intégralement de ses arriérés et de ses contributions pour 2005. Antigua-et-Barbuda a également réglé des arriérés, mais le montant versé n'est malheureusement pas suffisant pour ne plus justifier l'application de l'article 7. Des discussions ont eu lieu avec les représentants de la République dominicaine et du Libéria au sujet de leur situation et ils comptent présenter des propositions pour des arrangements spéciaux à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Des discussions ont également eu lieu avec l'Arménie qui a l'intention de présenter une proposition révisée en 2006.

M. MACPHEE (Canada) demande instamment à l'ensemble des Etats Membres de s'acquitter de leurs arriérés de contributions dans leur intégralité en temps utile. Il relève avec inquiétude dans le rapport que, pour l'année en cours, les Etats Membres qui n'ont effectué aucun versement sont encore plus nombreux, et que d'importants arriérés de contributions restent impayés. Il félicite le Secrétariat de ses efforts continus pour résoudre la situation, et notamment la mise en place d'arrangements spéciaux pour le règlement des arriérés.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution recommandé au paragraphe 8 du document A58/43 Rev.1.

Le projet de résolution est approuvé.¹

¹ 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 WHA58.7.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner les projets de résolutions concernant les demandes de dispositions spéciales présentées par la Géorgie, l'Iraq, la République de Moldova et le Tadjikistan figurant dans le paragraphe 9 du document A58/43 Rev.1.

Les projets de résolutions sont approuvés.¹

6. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 19 de l'ordre du jour

Ressources humaines : rapport annuel : Point 19.1 de l'ordre du jour (document A58/34)

Stratégie de recrutement intégrant les questions de parité hommes-femmes et d'équilibre géographique : rapport de situation : Point 19.2 de l'ordre du jour (document A58/35)

Le Dr OSMAN (représentant du Conseil exécutif) fait observer que le sixième rapport annuel fournit des données complètes sur le profil du personnel de l'OMS au 31 décembre 2004, y compris des informations sur la dotation générale en personnel, la répartition par sexe, la représentation géographique, l'âge et la durée de service, le personnel temporaire, la répartition des postes selon les principaux groupes professionnels, le recrutement interne et externe et la catégorie des administrateurs recrutés sur le plan national.

M. MACPHEE (Canada) note avec satisfaction les progrès réalisés dans certains domaines, et en particulier le fait que les cinq pays auparavant non représentés ou sous-représentés sont désormais à l'intérieur de la fourchette de représentation souhaitable et qu'en 2004, 32 engagements dans la catégorie professionnelle concernaient des ressortissants de ces pays. Si le pourcentage des femmes dans la catégorie professionnelle a augmenté depuis le dernier rapport, il demeure insuffisant au regard de l'objectif de parité hommes-femmes, et M. MacPhee encourage à poursuivre les efforts dans cette direction, sans oublier toutefois que le mérite doit toujours être le principal critère de sélection du personnel.

Il est inquiétant de constater que les infirmiers(ères) ne représentent qu'un faible pourcentage du personnel médical professionnel et que ce chiffre est en déclin depuis 2001. Quelque 630 membres du personnel atteindront l'âge de la retraite dans les cinq prochaines années. Il convient de surveiller la situation de près car elle ouvre des perspectives pour le développement d'une stratégie des ressources humaines.

Il souhaite que soit établi un résumé – non inclus dans l'exposé essentiellement statistique contenu dans le rapport – de tous les efforts consentis par l'Organisation.

Le Dr QI Qingdong (Chine) se félicite des mesures prises pour accroître la diversité du personnel. Il constate toutefois que le nombre total des membres du personnel au niveau P.4 et au-delà augmente d'année en année, dépassant largement le nombre des membres du personnel aux niveaux inférieurs. Cette situation aura-t-elle des incidences financières ? De plus, 16,7 % seulement des engagements dans la catégorie professionnelle concernaient des ressortissants de pays non représentés ou sous-représentés, ce qui est loin de l'objectif fixé par l'Assemblée de la Santé. Quelle mesure sera prise pour remédier à ce problème ? Existe-t-il une stratégie à long terme pour instaurer un équilibre entre personnel permanent et personnel temporaire ?

¹ Ces projets de résolutions ont été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le premier rapport de la Commission et adoptés sous les cotes WHA58.8, WHA58.9, WHA58.10 et WHA58.11, respectivement.

Le Dr ENAMI (Japon), se référant au rapport, constate que de nombreux pays sont encore sous-représentés ou non représentés. Il insiste pour que des mesures soient prises en vue d'améliorer la situation.

M. HENNING (Ressources humaines) remercie le délégué du Canada pour ses conseils. Répondant au délégué de la Chine, il indique que le nombre d'engagements de membres du personnel titulaires de contrats à durée déterminée a progressé en 2003-2004, de même que celui des membres du personnel engagés au niveau P.4 et au-delà, conformément à une décision adoptée précédemment par l'Assemblée de la Santé sur la régularisation des postes dans le cadre d'une réforme des contrats. On peut s'attendre à ce que les chiffres augmentent encore d'ici à l'achèvement du processus de régularisation, prévu avant la fin de l'année.

Pour ce qui est de la répartition géographique, le rapport montre que des améliorations ont été réalisées. L'augmentation du nombre d'institutions, gouvernementales ou non gouvernementales, où circulent les avis de vacance de poste de l'OMS devrait commencer à donner des résultats d'ici fin 2005 et 2006. Le Directeur général a en outre donné des instructions précises sur la façon dont les différents bureaux doivent procéder pour accroître la représentation des pays non représentés et sous-représentés et atteindre l'objectif de 60 % de recrutement de membres du personnel issus de pays en développement, et atteindre la cible de la parité hommes-femmes.

A propos de la question soulevée par le délégué du Japon, M. Henning dit que la stratégie de recrutement dont le Conseil a pris note l'année précédente, et qui vise à accroître la diversité, devrait bientôt porter ses fruits.

M. STRØMMEN (Norvège) déclare que, pour remplir son rôle de centre d'excellence de la communauté mondiale pour la santé, l'OMS a besoin des meilleurs éléments. A l'instar des autres organisations du système des Nations Unies, l'Organisation doit tenir compte de la parité hommes-femmes et de l'équilibre régional. Le rapport contenu dans le document A58/35 montre que l'OMS prend au sérieux la demande formulée par l'Assemblée de la Santé dans les résolutions WHA56.17 et WHA56.35 sur la parité entre les sexes et la représentation des pays en développement. Des progrès ont été réalisés, mais les résultats ne sont pas à la hauteur des efforts déployés. Le rapport annuel sur les ressources humaines (document A58/34) indique qu'en 2004, 32 des 192 nouveaux engagements dans la catégorie professionnelle concernaient les ressortissants de pays sous-représentés : combien ont été nommés et combien ont été recrutés après avoir répondu à un avis de vacance de poste ? Les nominations favorisent généralement le recrutement de personnes avec lesquelles les responsables ont déjà travaillé, ce qui accentue la tendance à engager des personnes originaires de pays déjà représentés. Outre ses effets négatifs sur l'équilibre régional, cette tendance nuit à la diversité. L'OMS, en général, devrait engager le personnel de la catégorie professionnelle au moyen d'avis de vacance de poste et s'inspirer de la pratique en vigueur dans d'autres organisations du système des Nations Unies concernant les nouveaux engagements, notamment au niveau D.1 et au-delà. M. Strømme souhaite davantage de transparence et il encourage le Secrétariat à publier et à mettre à jour régulièrement son organigramme, le manque d'informations actuel entravant, bien qu'involontairement, la représentation de certains Etats Membres au sein du personnel de l'OMS.

La Commission prend note des rapports.

La séance est levée à 12 h 20.

DEUXIEME SEANCE

Jeudi 19 mai 2005, 15 heures

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

1. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 19 de l'ordre du jour (suite)

Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel : Point 19.3 de l'ordre du jour (résolution EB115.R17)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif) indique que, à sa cent quinzième session, le Conseil exécutif a confirmé les amendements apportés par le Directeur général au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel, notamment une augmentation de 1,88 % du barème des traitements de base minima du personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur, fondée sur la recommandation de la Commission de la Fonction publique internationale à la cinquante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2004). De cet ajustement découlent des ajustements analogues pour les traitements du personnel hors classes et du Directeur général. Conformément à l'article 3.1 du Règlement du Personnel, le Conseil recommande à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter le projet de résolution relatif aux traitements du personnel hors classes et du Directeur général contenu dans la résolution EB115.R17.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) déclare que, lors de la cent quinzième session du Conseil exécutif, sa délégation a demandé à l'OMS d'harmoniser ses règles relatives aux allocations pour frais d'études des enfants du personnel recruté au niveau international vivant et travaillant hors de leur pays d'origine avec celles des autres organismes des Nations Unies. Cependant, contrairement à son attente, la question n'a pas été évoquée, et il demande donc que des informations à jour soient fournies en janvier 2006 lors de la cent dix-septième session du Conseil exécutif.

M. HENNING (Ressources humaines) dit qu'au cours de l'examen effectué à la suite de cette demande, on s'est aperçu que les critères utilisés par l'Organisation des Nations Unies pour déterminer le droit aux allocations pour frais d'études des enfants seraient également applicables à d'autres droits des expatriés. Cet examen suppose par conséquent un travail d'une portée beaucoup plus large que prévu. Toutefois, un début de réponse a été apporté, et une proposition concernant le droit aux allocations pour frais d'études des enfants et autres droits connexes sera soumise au Conseil à sa cent dix-septième session.

Le projet de résolution est approuvé.¹

Rapport du Comité mixte de la Caisse commune des Pensions du Personnel des Nations Unies : Point 19.4 de l'ordre du jour (documents A58/36 et A58/36 Corr.1)

La Commission prend note du rapport.

¹ 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 WHA58.12.

Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS : Point 19.5 de l'ordre du jour (document A58/37)

Le PRESIDENT invite la Commission à nommer un membre et un membre suppléant au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS conformément au système de renouvellement exposé dans le rapport. En l'absence d'objection, il considérera que la Commission souhaite transmettre le projet de décision ci-après à l'Assemblée de la Santé réunie en séance plénière :

Décision : La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a nommé Mme R. Veerapen, délégué de Maurice, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et Mme C. Patterson, délégué de l'Australie, membre suppléant du Comité, l'une et l'autre pour une période de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2008.

Le projet de décision est approuvé.¹

2. PROPOSITION D'ETABLIR UNE JOURNEE MONDIALE DU DON DE SANG :
Point 20 de l'ordre du jour (résolution EB115.R15 ; document A58/38)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif) dit que le Conseil estime que l'accès universel à du sang sécurisé constitue une partie essentielle des systèmes de soins de santé et une stratégie efficace pour la prévention de l'infection à VIH. A sa cent quinzième session, il a vigoureusement soutenu l'institution d'une journée mondiale du don de sang dans le cadre d'une stratégie mondiale visant à promouvoir les dons de sang volontaires, stratégie déterminante pour veiller à la sécurité, à la qualité, et à la disponibilité du sang et des produits sanguins. L'objectif d'élimination des dons de sang rémunérés doit être poursuivi d'autant que certains pays ont réussi à l'atteindre plus de 25 ans après l'adoption de la résolution WHA28.72 dans laquelle les Etats Membres étaient instamment priés de s'y employer. Le Conseil a recommandé à l'Assemblée de la Santé d'adopter le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R15.

Le Dr SANGALA (Malawi) dit que la première Journée mondiale du don de sang a été célébrée dans son pays le 14 juin 2004. Plus de 500 donneurs de sang ont assisté à l'événement qui avait pour thème la formation du « Club 25 » du Malawi, une initiative OMS lancée avec le concours financier de l'Union européenne. Ce projet, qui vise à mobiliser les jeunes de 16 à 25 ans pour qu'ils deviennent des donneurs de sang réguliers, sûrs et engagés, est bien en place. Cette initiative a été accueillie avec enthousiasme par les jeunes du Malawi qui ont à leur actif au moins 40 % des dons de sang sécurisés. Le Dr Sangala appuie le projet de résolution.

Le Dr KONATE (Côte d'Ivoire) se félicite des efforts déployés par l'OMS pour mettre en place des services de transfusion sanguine adéquats dans le monde entier. Son pays a créé un centre national de transfusion sanguine ainsi que trois centres régionaux et 64 banques de sang, qui assurent une couverture large au moyen de sang et de produits sanguins sécurisés et analysés. Tous les dons de sang en Côte d'Ivoire sont volontaires et la stratégie de recrutement repose sur l'information de la population pour encourager et motiver les donneurs.

Il propose qu'au paragraphe 3.7) a) de la résolution contenue dans la résolution EB115.R15, les mots « systèmes de contrôle de la qualité » soient remplacés par « systèmes de gestion de qualité ». La résolution devrait par ailleurs vivement encourager l'inclusion dans le programme des écoles de médecine des utilisations cliniques du sang et la sensibilisation des enfants à la notion de don de sang

¹ Ce projet de décision a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le premier rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA58(9).

volontaire. Il remercie l'OMS de l'appui qu'elle a accordé à la Côte d'Ivoire dans le domaine de la transfusion sanguine, et soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Dr SHANGULA (Namibie) se félicite de la proposition d'établir une journée mondiale du don de sang. La transfusion sanguine fait partie intégrante de la prise en charge clinique des malades, mais les donneurs se font de plus en plus rares. La célébration d'une telle journée permettrait de sensibiliser davantage de personnes au problème et d'en encourager beaucoup à devenir donneurs. Il soutient donc le projet de résolution.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) remercie les délégués d'avoir soutenu l'institution d'une journée mondiale du don de sang qui serait célébrée chaque année. Il est en effet important de réduire le pourcentage des dons de compensation et des dons rémunérés car ils ne sont pas souvent sécurisés. La Journée mondiale du don de sang devrait permettre d'accroître le nombre de pays qui parviennent à atteindre un taux de 100 % de dons volontaires et non rémunérés.

Répondant à une demande d'éclaircissements de M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique), le Dr KONATE (Côte d'Ivoire) explique que l'expression « systèmes de contrôle de la qualité » ne couvrirait que les analyses de laboratoire, tandis que « systèmes de gestion de la qualité » couvrirait à la fois le contrôle de la qualité et les garanties de qualité. Il n'insistera pas pour obtenir un amendement concernant ce dernier aspect.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

La séance est levée à 16 heures.

¹ 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 WHA58.13.

TROISIEME SEANCE

Vendredi 20 mai 2005, à 10 heures

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

1. PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A58/53)

M. YEE Ping Yi (Singapour), Rapporteur, donne lecture du projet de premier rapport de la Commission B.

Le Dr SHANGULA (Namibie) se dit déçu que le Commissaire aux Comptes ne présente pas son rapport intérimaire à l'Assemblée de la Santé avant la semaine suivante, car, d'ici là, bon nombre de ministres auront été contraints de quitter Genève. Le Commissaire aux Comptes sait depuis un an qu'il est tenu de soumettre son rapport à l'Assemblée de la Santé et on pouvait raisonnablement s'attendre à ce qu'il adapte son programme de travail en conséquence. Les ministres doivent rendre compte de l'utilisation des fonds, y compris de ceux versés à l'OMS. En ne leur donnant pas la possibilité d'examiner le rapport, le Commissaire aux Comptes fait preuve d'un manque de respect inacceptable, et l'orateur prie le Directeur général de porter cette question à son attention. Il souhaite que ses observations soient consignées et rappelées lorsqu'il sera question de nommer le prochain Commissaire aux Comptes.

Le Dr KEAN (Gouvernance) répond en disant que le calendrier préliminaire des travaux de l'Assemblée de la Santé, approuvé par le Bureau, et celui présenté au Conseil exécutif lors de sa cent quinzième session prévoient tous deux que le point 17 de l'ordre du jour serait examiné le lundi 23 mai. Le Commissaire aux Comptes a pris ses dispositions en conséquence pour être à Genève le jour dit. Il ne pouvait donc pas être présent si l'examen de ce point était avancé.

Le rapport est adopté.¹

2. SITUATION SANITAIRE DE LA POPULATION ARABE DANS LES TERRITOIRES ARABES OCCUPES, Y COMPRIS LA PALESTINE, ET ASSISTANCE SANITAIRE A CETTE POPULATION : Point 15 de l'ordre du jour (documents A58/24, A58/INF.DOC./2, A58/INF.DOC./4 et A58/INF.DOC./5) (suite de la première séance, section 3)

M. SUMIRAT (Indonésie), souhaitant apporter une précision, dit que lors de l'examen précédent du projet de résolution sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, il a, tout en exprimant son soutien au texte, omis de demander que l'Indonésie soit ajoutée à la liste des auteurs du projet.

¹ Voir p. 391.

3. MISE EN OEUVRE DU MULTILINGUISME A L'OMS : Point 21 de l'ordre du jour (document A58/39)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), présentant ce point de l'ordre du jour, dit que les précisions demandées lors de la cent quatorzième session ont été fournies au Conseil exécutif à l'occasion de sa cent quinzième session, qu'il a été informé des progrès réalisés pour améliorer le multilinguisme à l'OMS et qu'il a assisté à la démonstration de la nouvelle version du site Web multilingue de l'OMS, qui vient d'être mise en place. Le Conseil s'est félicité de l'état d'avancement des travaux, mais a déclaré qu'il fallait encore aller au-delà, notamment en traduisant le *Rapport sur la santé dans le monde* dans toutes les langues officielles, en assurant une interprétation simultanée pour les réunions des groupes régionaux et en établissant un plan prévoyant des mesures à plus long terme avec leur incidence budgétaire. Un plan d'action comprenant des objectifs quantifiables a été demandé.

M. RECINOS TREJO (El Salvador), s'exprimant au nom du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, attache une grande importance au multilinguisme dans l'Organisation, étant donné la pluralité linguistique de sa région dans laquelle sont parlées trois des langues officielles des Nations Unies et de l'OMS. Le Groupe défend et encourage l'utilisation de ces langues sur un pied d'égalité, sans discrimination, au sein de l'Organisation. S'il note avec satisfaction les progrès enregistrés dans le domaine du multilinguisme, la situation appelle d'autres améliorations, en particulier en ce qui concerne la disponibilité des services d'interprétation simultanés pour les réunions de consultation et de coordination des groupes régionaux, les réunions des organes directeurs et celles des groupes d'experts ; le Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes a effectivement eu des problèmes de cet ordre lors des sessions de l'Assemblée de la Santé. Reconnaissant que la promotion du multilinguisme est une entreprise de longue haleine nécessitant l'allocation de ressources, il espère que le groupe de travail sur le multilinguisme tiendra compte des préoccupations du Groupe concernant l'interprétation dans les mesures à moyen terme qu'il proposera.

Mme LANTERI (Monaco), souscrivant à l'importance du multilinguisme et à la nécessité de veiller à sa mise en oeuvre, dit que l'interprétation pendant les réunions formelles ou informelles et la traduction des documents dans les six langues officielles de l'Organisation représentent une nécessité fondamentale à la fois pour la pleine participation des Etats Membres au fonctionnement de l'OMS, mais également pour l'accès à la connaissance et à l'information, plus particulièrement des agents de santé. Lors de la cent quatorzième session du Conseil exécutif, le Directeur général s'est engagé à prendre des mesures afin d'augmenter le volume de documents traduits et de permettre également au personnel de l'OMS de se former dans les six langues officielles. Elle relève avec intérêt que des progrès, encore qu'insuffisants, ont été réalisés et qu'un groupe de travail a été constitué afin d'établir un plan stratégique. Ses propositions devraient être soumises pour examen au plus tard à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr QI Quingdong (Chine) note avec satisfaction les progrès accomplis par l'OMS dans le domaine du multilinguisme – en particulier pour favoriser l'utilisation des six langues officielles – et propose trois améliorations possibles. Premièrement, il y aurait lieu d'étendre aux bureaux régionaux et de pays la promotion des six langues officielles, qui a donné de bons résultats au Siège. Deuxièmement, il conviendrait d'améliorer les délais de présentation des traductions ; il y a eu un décalage de plusieurs mois, par exemple, entre la publication de la version anglaise et de la version chinoise du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*,¹ réduisant par là même son efficacité. Troisièmement, il faudrait allouer des crédits aux services de traduction afin de préserver l'équilibre

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

entre les six langues officielles. Evoquant le paragraphe 7 du rapport, il demande pourquoi l'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches (HINARI) n'inclut pas le chinois et s'il est prévu d'y remédier car cela faciliterait l'accès d'un quart de la population mondiale à l'information sanitaire.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie), saluant l'action du Directeur général pour renforcer le multilinguisme, fait observer que le rapport ne propose pas de stratégie pour atteindre cet objectif, mais se contente de formuler des remarques sur les projets en cours. A l'instar d'autres délégués, il demande la mise en place au sein de l'OMS d'une stratégie opérationnelle en la matière – et non pas simplement la traduction du site Web ou de publications – qui tienne compte de l'expérience des autres organisations du système des Nations Unies. L'UIT a adopté une résolution sur le financement de toutes les langues à parts égales. Cet exemple pourrait être profitable à l'Organisation.

Mme LE GUEVEL (France) reconnaît, elle aussi, l'importance du multilinguisme et note avec satisfaction les efforts qui ont été faits par l'OMS pour traduire les documents disponibles sur le site Web de l'Organisation. Cependant, ces efforts doivent encore se poursuivre car seul le contenu de première importance est disponible dans les six langues officielles alors que de nombreux documents d'information ne sont toujours pas traduits ou à la dernière minute. Elle regrette que certaines réunions ne bénéficient toujours pas d'interprétation, y compris pour des présentations du budget programme, ce qui est inacceptable étant donné la technicité et l'importance des sujets budgétaires. Elle souhaite réitérer sa demande que le développement du multilinguisme demeure une priorité à l'OMS, y compris au niveau régional, car c'est à la fois dans l'intérêt de ses Etats Membres et dans celui du Secrétariat. En effet, le multilinguisme demeure le meilleur moyen de toucher un large public et d'ainsi contribuer à améliorer la santé pour tous.

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) se félicite des efforts déployés pour améliorer le multilinguisme afin d'optimiser l'action de l'Organisation. Malheureusement, l'absence d'interprétation lors de certaines réunions constitue un handicap pour certains pays qui ont du mal à suivre ses travaux. De même, nous enregistrons un retard dans la traduction de documents d'une importance capitale pour faire évoluer la situation sanitaire de certains pays. Des efforts plus poussés devraient être faits pour traduire les documents dans les six langues officielles.

Le Dr ABDULLA (Soudan) prend note avec satisfaction de ce rapport important qui traduit le souhait qu'a l'OMS de dialoguer avec tous les peuples du monde. Favoriser le multilinguisme permettra en définitive d'améliorer la santé de la population dans son ensemble, ce qui est la préoccupation fondamentale de l'Organisation. Il encourage l'emploi des six langues officielles pour la communication et la traduction, et déplore que bon nombre de documents ne soient pas encore traduits. Les objectifs n'ont pas été atteints dans ce domaine et il demande à l'OMS de consacrer davantage de moyens financiers à cette fin. Il préconise aussi de traduire les documents non seulement dans les six langues officielles, mais aussi dans toutes les langues locales, notamment dans les secteurs où les conditions sanitaires pourraient être améliorées, et demande à ce que sa requête soit transmise aux bureaux régionaux et locaux de l'OMS.

M. MOLCHAN (Biélorus) salue les efforts déployés par l'OMS en faveur du multilinguisme, mais s'associe aux autres délégués pour faire valoir que la rapidité dans la traduction, l'éventail des documents produits et la qualité de la traduction – en particulier de certains documents d'information et documents méthodologiques – dans les six langues officielles, ainsi que leur distribution sous forme imprimée, appellent encore des améliorations.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), s'exprimant en espagnol, se félicite du rapport en ce qui concerne l'amélioration des services d'interprétation et de traduction et l'extension du multilinguisme à tous les travaux de l'Organisation. Il regrette, toutefois, que les groupes informels et les groupes de négociation n'aient pas bénéficié de services d'interprétation pendant l'Assemblée de la

Santé, tous les pays devant avoir le droit de participer à ces groupes dans leur langue nationale ou dans les langues officielles du système des Nations Unies.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) reconnaît les mérites du Secrétariat dans le domaine du multilinguisme. Il souscrit à la proposition formulée par d'autres délégués tendant à établir un plan d'action clair pour élargir l'emploi des langues et traduire les documents dans toutes les langues afin de réaliser les objectifs de l'OMS.

M. MACPHEE (Canada) salue les progrès de l'OMS, en particulier ceux qui ont trait au site Web, et il espère que cet effort se poursuivra. Etant un pays bilingue, le Canada a toujours été très favorable à un multilinguisme accru et au respect de toutes les langues de travail officielles au sein de l'OMS, en particulier du français.

Le Dr BEHBEHANI (Sous-Directeur général), répondant aux observations formulées, dit qu'en 2005 le *Rapport sur la santé dans le monde* a été, pour la première fois, traduit dans les six langues officielles de l'Organisation. S'agissant du retard signalé par le délégué de la Chine, il s'efforcera d'y remédier l'an prochain. Pour ce qui est de l'absence du chinois dans les modules de formation à l'utilisation du système HINARI, il rappelle que l'Inter-réseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches a été mis gracieusement à la disposition de plus de 70 pays. Il envisagera de faire le nécessaire pour que ces modules soient disponibles en chinois, si la demande lui en est faite. Répondant de manière plus générale aux autres questions soulevées, il dit que suite aux préoccupations exprimées par le Conseil exécutif, lors de sa cent quatorzième session, un groupe de travail a été constitué et chargé, sous la conduite d'un coordonnateur spécial, d'examiner le multilinguisme à l'OMS et de cerner les problèmes, ainsi que les obstacles à sa mise en oeuvre. Le groupe de travail formulera ses recommandations au Conseil à sa cent dix-septième session, et lui proposera des mesures à moyen et long terme, avec la dotation budgétaire correspondante. Le Dr Behbehani tiendra compte de toutes les autres observations relatives aux améliorations à apporter.

La Commission prend note du rapport.

4. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 13 de l'ordre du jour (transféré de la Commission A)¹

Prévention et lutte anticancéreuses : Point 13.12 de l'ordre du jour (résolution EB114.R2 ; document A58/16)

Le Dr OSMAN (représentant du Conseil exécutif) déclare qu'à sa cent quatorzième session, le Conseil exécutif a examiné un rapport sur la prévention et la lutte anticancéreuses et insisté sur le fait qu'il fallait mettre au point des programmes nationaux pertinents et les intégrer dans les systèmes de santé existants.² Il a aussi fait valoir qu'il convenait d'accorder autant d'attention à toutes les composantes de la chaîne – prévention, dépistage précoce, traitement et soins palliatifs. Il a, par ailleurs, évoqué la nécessité de rechercher des mécanismes de financement adaptés pour les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses, en particulier dans les pays en développement. Le Conseil a enfin souligné qu'il fallait instaurer des partenariats novateurs et constituer des réseaux appropriés pour réduire la charge de morbidité du cancer. Le Conseil a adopté la résolution EB114.R2

¹ Voir procès-verbal de la première séance de la Commission A, section 1.

² Document EB114/3.

sur la prévention et la lutte anticancéreuses, qui recommandait à l'Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution.

Le Dr MIZUSHIMA (Japon) dit que son pays est extrêmement préoccupé par la recrudescence du nombre des cancers eu égard au vieillissement de la société et a, par conséquent, donné un degré de priorité élevé au renforcement de la lutte anticancéreuse et de la recherche. En 2004, le Japon a lancé son troisième plan stratégique décennal de lutte contre le cancer et, en 2005, a constitué un groupe de travail chargé de la prévention et de la lutte anticancéreuses relevant du Ministère de la Santé afin de promouvoir des mesures de lutte contre la maladie. La qualité des soins médicaux devrait être améliorée en assurant l'accès à l'information sur le cancer et le partage d'informations entre les établissements médicaux. Le Japon est en train de mettre au point un réseau à fibres optiques entre son centre anticancéreux national et les centres locaux afin de faciliter les réunions consacrées aux études de cas. Son pays a conçu des mesures efficaces de prévention et de lutte, parmi lesquelles figure notamment un programme de dépistage de masse, en particulier pour le cancer de l'estomac et du côlon. Le Japon souhaite contribuer à de tels efforts au plan international, en coopération avec l'OMS et le CIRC, et connaître les mesures que d'autres Etats Membres ont appliquées avec succès.

Le projet de résolution insiste à juste titre sur la nécessité de renforcer l'infrastructure des systèmes de santé pour mettre en oeuvre avec efficacité des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses. Le Dr Mizushima soutient son orientation générale, mais la juge ambitieuse. Il souhaiterait connaître son incidence budgétaire, compte tenu de l'article XV du Règlement financier de l'Organisation sur les résolutions entraînant des dépenses.

Mme OLLILA (Finlande), s'exprimant au nom des cinq pays nordiques – Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède –, dit qu'avec l'allongement de l'espérance de vie et l'adoption de modes de vie moins sains, les maladies chroniques, dont le cancer, constituent une menace de premier plan pour la santé dans les pays en développement. Si un traitement efficace conjugué à une réadaptation permet d'obtenir de bons résultats, l'OMS devrait donner une priorité élevée à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, et réaffecter les ressources en conséquence. La prévention est beaucoup plus efficace et plus économique et réduit les souffrances évitables. Elle suppose une collaboration entre tous les secteurs de la société, le rôle fondamental revenant aux soins de santé primaires, y compris à l'éducation sanitaire et au dépistage.

Il faut approfondir les recherches sur l'étiologie et la pathogenèse, mais tout porte à croire que les mesures de prévention sont la clé du succès. Les indices dont nous disposons actuellement sur le rôle étiologique du tabagisme, d'une mauvaise alimentation, du manque d'exercice physique et de l'usage nocif de l'alcool étayent la notion de prévention des maladies non transmissibles et la nécessité d'adopter des programmes de prévention intégrés (plutôt que spécifiques à une maladie) visant à réduire l'inégalité sociale et à privilégier les soins de santé primaires, la promotion de la santé et les politiques nationales intersectorielles. Certains agents infectieux et risques professionnels – comme le contact avec l'amiante – devraient être maîtrisés de façon appropriée. En règle générale, la prévention passe par l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; il importe par conséquent que les organismes de lutte anticancéreuse appuient activement les objectifs visés dans ces instruments. Tous les Etats Membres doivent avoir accès à l'information sur les recherches internationales de qualité coordonnées par le CIRC.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que, à la cent quatorzième session du Conseil exécutif, tous les membres avaient instamment prié le Secrétariat de les aider à donner un degré de priorité plus élevé à la prévention, au dépistage et au traitement du cancer. Certains ont aussi évoqué la nécessité d'une forte mobilisation politique, car le cancer est la deuxième cause de décès aux Etats-Unis et touche une personne sur quatre. En 2001, le Gouvernement s'est fixé de mettre un terme, d'ici 2015, aux souffrances et aux décès liés au cancer. Bien que la recherche soit déterminante dans les programmes de lutte anticancéreuse, la prévention ne doit pas être sous-estimée : l'adoption d'un mode de vie plus sain pourrait réduire sensiblement le risque encouru par tout un chacun.

L'OMS a reconnu le rôle primordial des partenariats durables pour réduire la mortalité et la morbidité liées au cancer, et notamment les travaux menés conjointement par l'AIEA et l'OMS sur la radiothérapie, l'action prépondérante du CIRC et la priorité donnée au dépistage. La réduction du taux de morbidité et de mortalité attribué à la maladie passe par un dépistage précoce ainsi que par des méthodes de diagnostic et de traitement qui doivent être adaptées aux ressources disponibles. Le cancer du sein est la principale cause de décès à l'échelle mondiale dans la population féminine ; l'initiative Breast Health Global Initiative a réuni des organismes internationaux s'occupant de soins de santé, des organisations non gouvernementales et des acteurs du secteur privé en vue de définir des recommandations sur les meilleures pratiques de soins là où les ressources sont limitées. Le programme international de renforcement des capacités de recherche sur le tabac et la santé, parrainé par l'OMS et les instituts nationaux de la santé des Etats-Unis d'Amérique, a octroyé des bourses de recherche et de formation destinées à lutter contre l'incidence croissante des maladies et des décès liés au tabagisme dans le monde en développement, y compris celles qui sont liées au cancer. Le rapport du Secrétariat a mis en évidence l'impérieuse nécessité de développer les soins palliatifs pour les malades et d'intensifier les mécanismes de soutien aux familles. Le Secrétariat et l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants pourraient envisager de parrainer conjointement des ateliers chargés d'examiner les besoins non satisfaits en opioïdes.

Du fait de la menace que représente le cancer, en particulier dans des sociétés vieillissantes, et de la hausse prévisible des taux de mortalité par cancer dans bon nombre de pays, elle appuie le projet de résolution, mais propose de modifier l'alinéa du préambule commençant par « Reconnaissant l'importance » ainsi que les paragraphes 1.9) et 2.13) en ajoutant les termes « et de soins palliatifs » après « de lutte anticancéreuses ». Au paragraphe 1.8), le membre de phrase « et les soins palliatifs » devrait être inséré après « traitement, ». Pour refléter les progrès enregistrés depuis la cent quatorzième session du Conseil exécutif, il y aurait lieu de remplacer dans le dernier alinéa du préambule le membre de phrase « un programme d'action pour la cancérothérapie » par « le programme d'action pour la cancérothérapie ».

Le Dr SOMBIE (Burkina Faso) se félicite du projet de résolution. La prévention est la meilleure stratégie, surtout dans les pays en développement. Dès que la maladie apparaît, la plupart des malades n'ont pas accès à des soins adéquats ; l'infime minorité qui y a droit est confrontée à des difficultés de suivi ultérieur, ce qui entraîne parfois des rechutes. Aussi le Burkina Faso est-il en train de mettre en place un système de prévention du cancer.

Le Dr SOLOMON (Kenya) signale que le Kenya a constaté une recrudescence des taux d'incidence du cancer parmi des groupes de population 10 à 15 ans plus jeunes que dans d'autres pays en développement ; les cinq pathologies prédominantes sont le cancer du col de l'utérus, du sein, de l'oesophage et de la prostate et le sarcome de Kaposi. Les carcinomes colorectal et hépatocellulaire sont liés à la consommation d'alcool et à l'exposition aux aflatoxines, et le cancer bronchopulmonaire « non à petites cellules » est associé à la fumée du tabac. Le lymphome non hodgkinien, le carcinome squameux et le sarcome de Kaposi sont en rapport avec l'infection à VIH.

En raison du manque de connaissances, de volonté politique et de capacités nationales en matière d'élaboration de politiques et de mise en oeuvre de programmes, la prévention primaire, le dépistage précoce et les soins palliatifs sont trop souvent négligés au profit d'approches axées sur le traitement, indépendamment de sa rentabilité ou de l'amélioration de la qualité de vie du malade. Des stratégies ont été mises en place afin de sensibiliser la collectivité au cancer, de développer le dépistage, notamment le dépistage précoce, le traitement et les soins palliatifs, et de mettre en place des centres d'accueil des malades en phase terminale. Une division des maladies non transmissibles a été constituée au sein du Ministère de la Santé et chargée de s'occuper des cancers, et un groupe de travail spécial a été mis sur pied à cet effet. Le Ministère a élaboré un programme de prévention du cancer du col de l'utérus et établi des lignes directrices pour la prévention du cancer du sein avec l'appui de l'OMS ; par ailleurs, le dépistage du cancer du col est proposé dans plusieurs districts. Des centres d'accueil des malades en phase terminale ont été ouverts dans plusieurs villes.

Au Kenya, la prise de conscience de la maladie est faible, les moyens de dépistage et leur financement sont insuffisants, et les services de radiothérapie et de chimiothérapie sont réduits à la portion congrue. Son pays a l'intention de renforcer les services de prestations de soins de santé afin d'améliorer l'étendue du dépistage et la détection précoce ; de mettre sur pied un programme de lutte contre le cancer, comprenant un registre du cancer ; et d'insister sur la prévention, la recherche de traitement, le dépistage précoce, les différentes options de traitement et les soins palliatifs dans le cadre des soins de santé communautaires. Le Dr Solomon appuie le projet de résolution.

Mme TEZEL AYDIN (Turquie) dit que la plupart des cas de cancer sont évitables ou guérissables, qu'un tiers des nouveaux cas pourrait être évité grâce à la lutte antitabac et un autre tiers grâce au changement des habitudes alimentaires ; les stratégies de dépistage précoce sont, elles aussi, concluantes pour certains cancers. Le nombre de nouveaux cas de cancer devrait tripler au cours des 20 prochaines années et les pays en développement représenter 70 % de cette hausse. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr YAN Jun (Chine) dit que, confrontée aux graves défis que représentent les maladies non transmissibles comme le cancer, la Chine a dû adapter ses stratégies sanitaires et privilégier la prévention en insistant sur la détection précoce, la prévention primaire et les soins palliatifs. Les pays en développement, où les ressources sanitaires sont souvent limitées, doivent adopter des stratégies de prévention globales, et l'expérience acquise par son pays en matière de prévention du cancer pourrait servir d'exemple instructif pour d'autres.

Il propose de modifier le projet de résolution en ajoutant après le paragraphe 1.11) un nouvel alinéa ainsi libellé : « à améliorer l'accès aux technologies appropriées pour le diagnostic et le traitement du cancer afin de promouvoir le diagnostic et le traitement précoces de la maladie, en particulier dans les pays en développement ; ».

Mme WAUTERS (Belgique) dit que, dans son pays, le cancer est la deuxième principale cause de décès et une cause fréquente de morbidité avec une forte incidence sur la qualité de la vie. Bon nombre de cancers sont évitables, mais les activités de prévention primaire laissent encore souvent à désirer. Par conséquent, elle se félicite de l'accent mis sur les stratégies intégrées de prévention de la maladie et de promotion de la santé dans le projet de résolution, lesquelles font suite aux résolutions précédentes de l'Assemblée de la Santé comme celles relatives à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et à la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Elle salue également les activités normatives de l'Organisation en matière de prévention et de dépistage du cancer et les recherches conduites par le CIRC.

Au paragraphe 1.6) du projet de résolution, elle propose de remplacer le membre de phrase « les médicaments traditionnels et à base de plantes » par « les thérapies et médicaments traditionnels, notamment pour les soins palliatifs ; » et de modifier comme suit le libellé du paragraphe 1.14) : « à assurer, le cas échéant, l'innocuité et l'efficacité fondées sur des données factuelles, des thérapies et médicaments traditionnels disponibles ; ».

Mme WILSON (Canada) appuie énergiquement ce projet de résolution. Elle rend hommage à la coopération de l'OMS avec le CIRC concernant la publication des manuels du CIRC sur la prévention du cancer et le rapport sur le cancer dans le monde.¹ Le Canada applique actuellement une stratégie nationale de lutte contre le cancer dans le cadre d'un partenariat entre gouvernements, organisations non gouvernementales, instituts de recherche et instances communautaires, ainsi qu'une stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques. Son pays souhaite encourager le transfert de technologie et le partage des meilleures pratiques entre les pays affectés par des épidémies de cancer et

¹ Stewart BW & Kleiheus P, Eds. *World cancer report*, Lyon, France, IARC Press, 2003.

accueille, à cette fin, le premier Congrès international de Lutte contre le Cancer (Vancouver, Colombie britannique, 25-28 octobre 2005).

Le Professeur IVANOV (Bulgarie) dit que des programmes ont été lancés dans son pays afin de combattre le cancer du sein, de l'utérus et du col et de prévenir le cancer de la prostate et du poumon, et qu'un programme national de lutte est en préparation pour le cancer du côlon et du rectum. Il s'agit d'insister sur la prévention en s'attachant notamment au mode de vie et aux facteurs environnementaux, et il est maintenant interdit de fumer dans les lieux publics. Ces trois dernières années, le diagnostic et le traitement du cancer se pratiquaient en s'appuyant sur une médecine validée par des données factuelles. Des normes nationales applicables à la chirurgie ainsi qu'à la pathologie générale et clinique ont été formulées et mises en application, et d'autres sont actuellement en cours d'adoption en matière de radiothérapie et d'oncologie. Des principes directeurs pour le diagnostic, le traitement et le dépistage des personnes souffrant d'un cancer de l'estomac sont en vigueur depuis 1991. Tous les malades du cancer, indépendamment du stade de la maladie, du coût du traitement ou de leur situation économique, obtiennent leurs médicaments gratuitement. Un registre national des cancers a été établi en 1960 et affilié à l'Association internationale des Registres du Cancer. Il existe une coopération active entre le Parlement, le Gouvernement, les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales en faveur de la prévention et de la lutte anticancéreuses.

Il appuie vigoureusement le projet de résolution.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) dit que, dans son pays, une stratégie de lutte anticancéreuse accompagnée d'un plan d'action a été élaborée au cours des trois dernières années. Cette stratégie comprend la prévention primaire, le dépistage, notamment précoce, le traitement, le soutien, la réadaptation, les soins palliatifs et la recherche. Elle vise à abaisser le taux de morbidité et de mortalité lié au cancer et à réduire les inégalités en matière de résultats, et a été formulée en partenariat avec le Ministère de la Santé, des organisations non gouvernementales, le secteur de la santé et les associations de consommateurs. Elle a permis de conférer à la lutte contre le cancer une dimension holistique de façon à pouvoir insister comme il convient sur les mesures préventives, en particulier la lutte antitabac, l'amélioration de la nutrition, la recherche et l'évaluation. L'orateur appuie le projet de résolution.

Le Dr YOT TEERAWATTANANON (Thaïlande) dit que ce projet de résolution est trop exigeant envers les Etats Membres : les actions préconisées devraient suivre un ordre de priorité, notamment lorsque les ressources sont limitées. Il propose l'adjonction d'un nouveau paragraphe 1.1) ainsi libellé « à fixer des priorités en fonction de la charge que représente le cancer pour le pays, de la disponibilité des ressources et de la capacité des systèmes de santé à mener des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses ; ».

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) dit qu'à Cuba le cancer est la deuxième cause majeure de mortalité pour toutes les tranches d'âge et qu'elle représente 23,9 % de l'ensemble des décès. Or, d'après l'OMS, 43 % des cas seraient évitables en changeant de mode de vie, un tiers au moins serait guérissable grâce à un diagnostic précoce et à un traitement reposant sur les méthodes actuelles, et un autre tiers bénéficierait d'une chance de survie plus élevée et d'une meilleure qualité de vie grâce à un traitement efficace et adapté.

Il existe un déséquilibre entre les ressources allouées à la recherche fondamentale et celles octroyées à la prévention et à la lutte, les approches axées sur le traitement étant privilégiées dans certains cas au détriment de la prévention primaire et du dépistage précoce. Si les deux tiers des cas pouvaient être prévenus ou traités, la recherche en étiologie et l'évaluation des stratégies de prévention, de traitement et de lutte devraient être intensifiées. Il est vital, tant pour la recherche que pour la planification et l'évaluation des programmes de lutte contre la maladie, de disposer d'un système de surveillance comprenant notamment des registres du cancer. Il souscrit au projet de résolution.

Le Dr SHANGULA (Namibie), exprimant son soutien au projet de résolution, préconise instamment l'adoption d'une approche intégrée de la prévention et de la lutte anticancéreuses afin de maximiser l'impact des interventions. C'est une bonne chose que le projet de résolution reconnaisse la participation de l'AIEA dans le domaine de la recherche, de la lutte et du traitement anticancéreux, et il propose de faire référence, dans le dispositif, à la nécessité d'instaurer une collaboration étroite entre le Secrétariat, l'AIEA et les Etats Membres. Il présentera son amendement par écrit.

Mme VEERAPEN (Maurice) dit que le cancer est un gros problème de santé publique à Maurice où près de 1500 nouveaux cas sont diagnostiqués et où 900 décès dus à la maladie surviennent chaque année. Grâce à l'OMS, un registre national du cancer a été constitué dans les années 90, d'où il ressort que le cancer est la deuxième cause de décès la plus courante. Une étude réalisée entre 1989 et 1996 a montré une forte prédominance des cancers du sein, de l'utérus et du col ; en conséquence, leur détection a été incluse à partir de 2001 dans les services de dépistage des maladies non transmissibles. Un rapport est paru sur l'incidence du cancer et la mortalité qui en découle pour la période 1997-2000, et un rapport concernant la période 2001-2003 est en cours d'établissement avec un logiciel spécialement conçu par le CIRC.

Pour remédier à ce taux alarmant d'incidence du cancer, le pays a notamment mis en place une législation interdisant le tabac dans les bâtiments publics, les hôpitaux et les centres de soins de santé ; des taxes plus élevées ont été prélevées sur les produits du tabac ; une éducation sanitaire sensibilisant aux dangers du tabagisme a été entreprise via les médias et dans les établissements primaires et secondaires ; on encourage une alimentation équilibrée et la pratique de l'exercice physique ; et on procède à un dépistage de masse du cancer du col de l'utérus et du sein. Elle appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé.

M. SOLANO ORTIZ (Costa Rica) dit que, dans son pays, le cancer est une priorité de santé publique ; il est la deuxième cause majeure de mortalité, les formes les plus fréquentes étant le cancer du col de l'utérus et du sein pour les femmes, et le cancer de la prostate et du poumon pour les hommes, bien que le cancer du poumon touche de plus en plus de femmes, essentiellement du fait de la consommation de tabac. Il est important que l'OMS accorde au cancer une place prépondérante dans son programme de travail. Son pays a adopté de nombreuses stratégies nationales concernant la prévention de la maladie, la promotion de modes de vie sains, le diagnostic, le traitement, les registres du cancer, la recherche, le renforcement des services de santé et la mise en place de soins palliatifs ; un institut national du cancer a également vu le jour.

Il propose de modifier le libellé du paragraphe 1.12) du projet de résolution en y ajoutant le membre de phrase suivant : « compte tenu des recommandations formulées lors du Deuxième Sommet mondial des associations nationales de centres de soins palliatifs, tenu à Séoul (République de Corée) en mars 2005 ; ».

M. WANGCHUK (Bhoutan) se félicite que le projet de résolution insiste sur la prévention, le dépistage précoce et le traitement, les modes de vie sains, les facteurs de risque, les ressources humaines et le développement des infrastructures. Il signale que l'incidence du cancer dans son pays connaît une progression rapide et fait valoir que l'accent mis sur les objectifs du Millénaire pour le développement risque d'occulter les questions de prise en charge et de prévention de la maladie. Par conséquent, il soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Dr SANGALA (Malawi) dit que, dans son pays, le cancer représente un grave problème, en particulier celui du col de l'utérus chez les femmes, le lymphome de Burkitt chez les enfants et le sarcome de Kaposi chez les personnes souffrant d'une infection à VIH. Outre la chirurgie, aucune autre intervention n'est proposée à ces malades et, lorsqu'il y a des crédits disponibles, ils sont transférés vers des pays voisins pour y être traités. Vu la recrudescence des cas, un centre d'oncologie, comprenant un service de radiothérapie, est actuellement mis en place et, dans cette perspective, le Malawi a présenté une demande d'adhésion à l'AIEA, laquelle s'est montrée disposée à l'épauler. Une

assistance technique sera aussi sollicitée auprès de l'OMS. Le Dr Sangala appuie le projet de résolution.

M. BELOT (Afrique du Sud), soutenant le projet de résolution, déclare que les établissements de soins de santé primaires devraient être, pour les malades du cancer, le premier point de contact avec le système de santé ; il dit aussi qu'en informant et en éduquant les malades et leur famille à ce stade, on pourrait éviter un dépistage tardif. En Afrique du Sud, l'observance du traitement par le malade est problématique en ce qui concerne la prise en charge des maladies chroniques et, suite à la mise en évidence de certaines de ces causes, un programme d'éducation thérapeutique du malade a été mis sur pied ; un manuel de formation tendant à modifier les comportements tant des professionnels de la santé que des malades est en cours d'élaboration. Une information et une éducation adaptées permettraient aux malades de comprendre leur affection et de participer à sa prise en charge avec les professionnels de la santé.

Son pays a tenté de résoudre les problèmes de prévention primaire et de réduction de l'exposition à des facteurs de risque en mettant en place une législation sur le tabac et en formulant des directives appropriées pour cerner les facteurs de risque modifiables. Il a aussi élaboré des recommandations applicables au dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer de la prostate, et des documents d'information sur le cancer du sein et le cancer des testicules ; par ailleurs, une stratégie de promotion d'un mode de vie sain ainsi qu'un outil d'évaluation des risques génériques sont en cours d'élaboration.

Les centres de traitement du cancer de niveau tertiaire ont été recensés. Des lignes directrices relatives aux soins palliatifs ont été mises au point pour les adultes et les enfants ; elles portent sur la prise en charge de la douleur, la pharmacothérapie et autres formes de thérapie, les questions d'aiguillage ainsi que les aspects juridiques et éthiques. Les partenariats entre les particuliers, la collectivité, les pouvoirs publics, les organisations à but non lucratif, les associations et le secteur privé ont un rôle capital. Les points cruciaux en souffrance sont la disponibilité d'opioïdes au niveau communautaire, la diffusion d'informations fiables, l'instauration de modèles tendant à encourager le comportement de recours aux soins et l'obtention des ressources minimales nécessaires pour mettre en oeuvre un programme donnant de bons résultats.

M. CROITOR (République de Moldova), s'exprimant au nom des pays du GUAM (Géorgie, Ukraine, Azerbaïdjan et République de Moldova), déclare que les taux d'incidence croissants des affections oncologiques et des décès enregistrés dans ces pays reflètent une tendance mondiale. L'épidémie de cancer se caractérise aussi par la négligence à l'égard d'un grand nombre de patients chez qui la maladie a été diagnostiquée et dont une forte proportion décède l'année qui suit. Le coût élevé des traitements grève les budgets alloués à la santé dans les quatre pays, et les gouvernements comprennent la nécessité d'intégrer les mesures préventives dans les programmes nationaux. L'intervention des professionnels de la santé est incontournable dans la lutte anticancéreuse ; les médecins de famille ont un rôle important à jouer pour expliquer les facteurs de risque.

Le cancer du sein, qui est la principale cause de décès par cancer chez les femmes des pays du GUAM, constitue une priorité dans les programmes nationaux de santé génésique. Comme le traitement est plus efficace à un stade précoce de la maladie, on déploie tout un arsenal de mesures préventives, primaires et secondaires, en vue de lutter contre les facteurs de risque que sont la consommation d'alcool, la sédentarité, l'obésité et une mauvaise alimentation. Des programmes sont actuellement conçus pour améliorer les connaissances des professionnels de la santé en matière de dépistage précoce du cancer, et on insiste davantage sur la sensibilisation de l'opinion au lien de cause à effet qui existe entre un mode de vie sain et la prévention du cancer.

Il remercie le Bureau régional OMS de l'Europe de son action en faveur de la stratégie européenne contre les maladies non transmissibles, et prie instamment les pays qui continuent à participer à son élaboration de veiller à ce qu'elle contienne des mesures adéquates pour prévenir le cancer. Vu l'importance des partenariats aux niveaux national, régional et mondial dans le domaine de la prévention anticancéreuse, il se félicite des efforts déployés pour nouer des liens avec d'autres organisations oeuvrant dans ce secteur. Les pays du GUAM appuient le projet de résolution.

M. DELVALLEE (France) se félicite de la qualité du rapport fourni sur les stratégies d'intervention fondamentales qui prennent en compte les facteurs de risque liés à l'environnement, aux conditions socio-économiques ou aux agents infectieux. L'insistance sur la prévention primaire, le dépistage et l'éducation sanitaire est également bienvenue puisqu'elle fournit la trame du nouveau plan cancer français. Le développement de partenariats sera sans doute le meilleur moyen d'avancer sur ces sujets ; tel est l'objectif que poursuit la France, en participant activement aux travaux d'excellence du CIRC. Il ne peut qu'encourager les pays qui en ont exprimé l'intérêt à rejoindre les rangs de son Conseil de Direction.

L'orateur appuie pleinement le projet de résolution et propose l'adjonction d'un nouveau paragraphe 2.14) ainsi libellé : « d'examiner conjointement avec l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants la possibilité de disposer d'un mécanisme d'assistance propre à faciliter le traitement satisfaisant de la douleur à l'aide d'analgésiques opioïdes. ». Cet amendement prendra en compte le fait qu'en mars 2005, l'OMS a été invitée par l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants à participer à une étude de faisabilité sur ce thème.

Le Dr ELSAYID (Soudan) appuie énergiquement le projet de résolution. La prévention et la lutte anticancéreuses représentent un domaine fondamental qui nécessite un soutien tant technique que financier car l'incidence de la maladie a fortement progressé dans tous les pays. D'après le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*,¹ le cancer est l'une des dix principales causes de décès ; la situation empire et le nombre de cas recensés au regard des risques a été multiplié par 20 au cours des 30 dernières années. Le Soudan n'a ni les capacités ni le personnel voulus pour s'attaquer à la charge de morbidité du cancer, et son traitement est l'un des plus onéreux pour les malades et leur famille.

Le dépistage du cancer et le dépistage précoce restent un défi à relever et les centres anticancéreux nouvellement créés souffrent d'une pénurie de fournitures médicales pour la radiothérapie et la chimiothérapie et d'un manque de moyens financiers affectés à la formation. Le développement des ressources humaines dans des domaines comme l'épidémiologie du cancer, les rayonnements et l'oncologie médicale, l'hématologie clinique et la chirurgie est un élément déterminant dans la lutte anticancéreuse ; l'établissement d'un registre du cancer, les soins palliatifs et le traitement de la douleur constituent, quant à eux, les autres priorités.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) dit que dans son pays cette maladie est la troisième cause de décès la plus fréquente après les maladies cardio-vasculaires et les accidents, les intoxications et les traumatismes ; en conséquence, la Fédération de Russie insiste fortement sur la prévention et le dépistage précoce. La législation vise à réduire les facteurs de risque et, à cette fin, plusieurs lois fédérales régissant le traitement et la prévention ont été adoptées. L'orateur se félicite des efforts déployés par la communauté internationale pour définir les meilleurs moyens de lutter contre la morbidité et la mortalité cancéreuses. Le programme national de lutte contre le cancer, élaboré à partir des recommandations de l'OMS et du CIRC, sera l'un de ces moyens et la Fédération de Russie coopère utilement avec l'OMS à cet égard. Il serait aussi judicieux de mettre en place un mécanisme spécifique permettant d'intégrer les progrès scientifiques dans les pratiques professionnelles, d'évaluer l'expérience acquise et de formuler des recommandations sur la prévention primaire. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr SEALEY-THOMAS (Antigua-et-Barbuda), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que le cancer figure parmi les dix principales causes de mortalité dans bon nombre de pays de la Région. Les organes ou parties du corps les plus couramment affectés sont le côlon et la prostate chez les hommes et le sein et le col de l'utérus chez les femmes ; l'incidence estimative du cancer du col dans les Caraïbes représente l'un des quatre taux sous-régionaux les plus

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

élevés du monde. Les efforts précédemment consentis pour mettre en place des programmes de lutte anticancéreuse dans la Région n'ont pas été poursuivis. Actuellement, de nombreux pays collaborent avec l'OPS et le Centre d'épidémiologie des Caraïbes pour concevoir un programme de prévention et de lutte concernant le cancer du col de l'utérus, et beaucoup d'entre eux ont aussi élaboré des plans stratégiques nationaux et des principes directeurs pour le combattre.

Elle appuie le projet de résolution qui, non seulement, étayera les efforts actuellement déployés en faveur de la prévention et de la lutte relatives au cancer du col de l'utérus mais aidera aussi les pays à élaborer des plans de lutte contre les autres cancers décelés dans la Région.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) soutient le projet de résolution mais propose au paragraphe 2.7) d'ajouter après « lutte contre le cancer » le membre de phrase « et de fournir un appui technique aux pays pour leurs programmes et méthodes de traitement ; ».

Le Dr CHAOUKI (Maroc) dit que le Maroc est un pays qui vit depuis quelques années une transition épidémiologique. Il est, de ce fait, confronté aux maladies transmissibles, mais également aux maladies non transmissibles, comme le cancer notamment. Plusieurs maladies chroniques ont des facteurs de risque communs, en rapport avec notre mode de vie, qui sont pour la plupart évitables. La prévention passe par la promotion et l'adoption de modes de vie plus sains. L'un des éléments fondamentaux de la stratégie de lutte contre ces maladies non transmissibles, et le cancer en particulier, doit être la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac à l'échelle nationale, régionale et mondiale. Il importe que le principal outil de surveillance épidémiologique que constitue le registre du cancer soit mis en place au niveau de tous les pays pour leur permettre d'apprécier l'ampleur du problème du cancer, et l'OMS devrait redoubler d'efforts pour les soutenir dans l'établissement de ces registres.

Il appuie pleinement le projet de résolution, tel qu'amendé par le délégué de la France, et souligne la nécessité d'ajouter la notion de soins palliatifs.

M. AL-LAWATI (Oman) dit que l'Oman fait preuve de détermination pour lutter contre le cancer en effectuant les préparatifs nécessaires pour mettre en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En 1976, l'Oman a constitué un registre du cancer avec le concours de l'OMS et du CIRC, et les malades ont ainsi pu bénéficier d'un traitement adapté.

Il appuie le projet de résolution et propose les amendements suivants : l'inclusion, au huitième alinéa du préambule, d'un libellé se rapportant aux soins palliatifs ; l'incorporation au paragraphe 1.4) d'une référence aux effets nocifs du tabagisme ; l'inclusion au paragraphe 1.13) d'un libellé préconisant l'administration aux patients d'analgésiques opioïdes dans le traitement clinique ; et l'inclusion au paragraphe 2.8) d'une référence aux principes directeurs concernant les soins palliatifs aux malades du cancer, y compris les aspects éthiques.

Le Dr KAMUGISHA (Ouganda) dit qu'avec une estimation de 20 000 cas par an, le cancer devient une cause croissante de morbidité et de mortalité en Ouganda. Comme il a peu de ressources, son pays est incapable d'offrir l'accès voulu au traitement. Le VIH/SIDA n'a fait qu'exacerber la situation ; sur 1,2 million de personnes vivant avec le VIH/SIDA, près de 200 000 sont exposées au risque de développer un cancer tel que le sarcome de Kaposi, le lymphome de Burkitt ou d'autres tumeurs opportunistes. Le Gouvernement reconnaît la gravité de la menace que constitue le cancer, et le Ministère de la Santé a entrepris d'en réduire l'impact en adoptant une approche multisectorielle axée sur les soins palliatifs et la prévention primaire (y compris la vaccination contre l'hépatite B dans le cadre du programme élargi de vaccination), la lutte antitabac, l'éducation sanitaire, la surveillance des facteurs de risque et les programmes de lutte contre l'abus d'alcool et les toxicomanies. L'Institut ougandais du Cancer possède une longue expérience de la prise en charge de cette maladie grâce à ses recherches sur le lymphome de Burkitt et autres cancers tropicaux. Il est prévu de développer et d'améliorer les centres de radiothérapie, de créer des centres de chimiothérapie dans certains hôpitaux

régionaux spécialisés et d'augmenter les effectifs de personnel compétent pour prendre en charge le cancer et administrer les soins palliatifs.

Il soutient le projet de résolution et propose d'ajouter dans le dispositif le libellé suivant : « Etant donné le lien étroit qui existe entre les cancers et le VIH/SIDA et le fait que certains d'entre eux relèvent de la chimiothérapie, et vu le coût élevé des médicaments, l'OMS est priée de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques en vue de faire baisser le prix des médicaments anticancéreux et d'envisager de les inscrire sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels, ce qui est le cas pour d'autres médicaments utilisés dans le traitement des maladies opportunistes ; ».

Le Dr SINGH (Inde) exprime son soutien au projet de résolution. Il propose les amendements ci-après : l'incorporation au paragraphe 1.5) de l'expression « et le cancer de la bouche » après « le cancer du col de l'utérus » ; l'ajout à la suite du paragraphe 2.5) d'un autre alinéa ainsi conçu ; « de promouvoir des recherches sur le coût/efficacité de différentes stratégies de prévention et de prise en charge de divers cancers ; » ; et l'insertion après le paragraphe 2.6) d'un alinéa supplémentaire libellé comme suit : « de promouvoir des recherches sur la mise au point d'un vaccin efficace contre le cancer du col de l'utérus ; ».

Dans les pays en développement et les pays les moins avancés à la fois peu nantis et fortement peuplés, le dépistage de masse est susceptible de poser problème mais on pourrait l'envisager pour les populations à risque. Il faudrait aussi adopter une législation et des mesures appropriées afin de veiller à ce que la morphine soit facile à obtenir pour les soins palliatifs.

Le Dr AZIZ (Pakistan) dit qu'à l'instar de beaucoup d'autres pays, le Pakistan est face à une double charge de morbidité et que le cancer – cause croissante de morbidité et de mortalité – compte pour beaucoup dans la charge des maladies non transmissibles. Nous avons une bonne connaissance de l'étiologie du cancer, de la prévention, du dépistage précoce, du traitement et des soins palliatifs ; les recherches approfondies menées par le CIRC au cours des 40 dernières années ont montré que le tabagisme, l'alimentation déséquilibrée, la consommation d'alcool, la sédentarité et les infections sont responsables de la plupart des cancers. Le Pakistan rend hommage aux efforts déployés par l'OMS pour créer le cadre d'un mécanisme intégré de lutte contre les maladies non transmissibles, dont les cancers, et reconnaît que l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé constituent des repères déterminants. En mettant sur pied son programme national de prévention et de lutte anticancéreuses, le Pakistan suit la recommandation de l'OMS tendant à axer son action sur les résultats. Il appuie le projet de résolution.

M. SZTWIERTNIA (Pologne) dit que la prévention et la lutte anticancéreuses figurent parmi les activités les plus importantes de l'OMS. La Pologne a instauré un programme national de lutte contre le cancer, dont le principal objectif consiste à réduire l'incidence de la maladie chez les personnes d'âge moyen, ainsi qu'un nouveau programme de recherche sur les applications des dernières technologies moléculaires dans le diagnostic et le traitement oncologiques. Ce dernier a été financé par le Gouvernement et a bénéficié, en outre, du soutien d'organisations non gouvernementales et du secteur privé ; s'il fait ses preuves, il devrait se traduire par une diminution de 5 % des cas de cancer dans les 10 ans à venir.

Le Dr ZAHER (Egypte) dit que le Ministre égyptien de la Santé considère la lutte contre le cancer comme une priorité et qu'il a mis au point un projet de lutte anticancéreuse comprenant une campagne de sensibilisation, des mesures tendant à faciliter la mise à disposition d'un traitement approprié et l'évaluation des performances. En Egypte, le cancer du sein représente 33 % de tous les cas de cancer et touche 48 % des femmes ; 65 % des cas atteignent le stade 3 ou 4 avant d'être dépistés, d'où la nécessité d'un diagnostic beaucoup plus précoce. Le projet devrait avoir un impact positif et permettre d'atteindre les objectifs souhaités.

Le Professeur GHODSE (Organe international de Contrôle des Stupéfiants), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'OMS et l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants collaborent étroitement pour assurer un approvisionnement suffisant en stupéfiants à des fins médicales, tout en empêchant leur détournement vers des circuits illicites. Il s'emploie aussi à atteindre les cibles des objectifs pertinents du Millénaire pour le développement, à savoir rendre les médicaments essentiels disponibles et d'un coût abordable dans les pays en développement. La consommation de stupéfiants s'est sensiblement accrue, mais les populations des pays en développement n'en ont guère profité. Ainsi, il y a encore une pénurie d'analgésiques opioïdes, en particulier dans les pays en développement, qui ne représentent que 6 % de la consommation mondiale de morphine alors qu'ils constituent près de 80 % de la population mondiale. Cette carence empêche les pouvoirs publics de dispenser les soins voulus à des milliers de malades du cancer et du SIDA. Faute d'une amélioration, le manque d'accès aux analgésiques opioïdes entraînera beaucoup de souffrances inutiles. La situation est encore plus grave en période de crise. Les médicaments essentiels devraient être disponibles lorsqu'on en a besoin, en quantités suffisantes et sous la forme galénique voulue pour satisfaire les besoins en soins de santé de la majorité de la population. En élaborant une stratégie visant à intégrer la disponibilité de médicaments opioïdes antidouleur dans les soins palliatifs pour le VIH/SIDA, le cancer et les autres maladies chroniques, l'OMS s'attache déjà à réaliser cet objectif. L'Organe international de Contrôle des Stupéfiants collaborera aussi avec l'Organisation pour mettre au point des lignes directrices sur l'utilisation des opioïdes et la prise en charge de la dépendance qui peut en résulter. La Commission des Stupéfiants, lors de sa dernière session en mars 2005, a adopté une résolution priant l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants et l'OMS d'examiner la possibilité de disposer d'un mécanisme d'assistance propre à faciliter le traitement satisfaisant de la douleur.

Il recommande l'adoption du projet de résolution. Pour garantir l'utilisation adéquate de médicaments placés sous contrôle et prévenir leur utilisation illicite, il faut former les professionnels de la santé à l'utilisation rationnelle des médicaments en général, et des psychotropes en particulier.

Mme BLONDEAU (Union internationale contre le Cancer), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation qu'elle représente est la seule organisation non gouvernementale qui se consacre exclusivement à tous les aspects de la lutte anticancéreuse à travers le monde. Elle souligne la nécessité d'une action concertée entre les organisations internationales, les gouvernements, les établissements publics et privés et les particuliers pour mettre les connaissances actuelles au service de la prévention du cancer en éliminant les facteurs de risque connus, en appliquant des stratégies de prévention comme la vaccination contre l'hépatite B, et en mettant en oeuvre des politiques globales de lutte antitabac – autant d'interventions rentables dont les effets positifs vont au-delà de la maladie. De même, lorsque le traitement est disponible, l'accès au dépistage précoce et à un traitement adapté pourraient augmenter les chances de survie et améliorer la qualité de la vie. Là où les ressources sont limitées, l'élaboration et la mise en oeuvre de méthodes de dépistage appropriées, par exemple, pour le cancer du col de l'utérus, permettraient de prévenir la malignité et de mieux vivre. Pour certaines affections malignes comme la leucémie aiguë de l'enfant, les progrès réalisés ont donné de bien meilleurs résultats et augmenté le taux de survie. L'utilisation d'un traitement d'un coût abordable, associé à la recherche et à la mise au point de nouvelles technologies moins onéreuses, aura des retombées positives. Le besoin s'en fait d'autant plus sentir dans les pays en développement où environ 80 % des malades du cancer ont déjà atteint le stade incurable de la maladie lorsqu'elle est diagnostiquée. Le fait de soulager efficacement la douleur et les autres symptômes devrait faire partie intégrante des plans de prise en charge du cancer.

La lutte anticancéreuse dans différents contextes appelle des stratégies spécialement étudiées pour optimiser l'emploi des ressources disponibles. Les plans stratégiques nationaux de lutte anticancéreuse comprennent la prévention, le dépistage précoce et le traitement. Le cancer cause deux fois plus de décès que le SIDA et il est en recrudescence dans le monde entier. Le projet de résolution constitue un pas dans la bonne direction et doit être adopté.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) affirme que le cancer est un sujet de préoccupation croissante, mais ajoute que les connaissances de plus en plus étendues contribuent à la mise au point de techniques de prévention plus fiables. Le projet de résolution présente des orientations stratégiques précises et globales, dont la plus importante est la prévention. L'OMS a déjà lancé des initiatives axées sur la prévention avec la lutte antitabac et la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, qui sont appliquées au niveau national. Bien que la prévention du cancer soit à l'avant-poste de la lutte contre la maladie, l'Organisation a aussi le devoir de garantir à toutes les personnes actuellement malades l'accès à un traitement efficace, d'un coût abordable et sans risque. L'OMS continuera de mettre tout en oeuvre pour veiller à ce que les soins palliatifs soient dispensés dans de bonnes conditions à tous ceux qui en ont besoin. Répondant au délégué du Japon, elle dit que le projet de résolution est étroitement associé à d'autres programmes techniques et aura, par conséquent, des répercussions importantes sur l'action future de l'Organisation et la répartition des crédits.

La lutte contre le cancer appelle l'établissement et le renforcement de partenariats, par exemple pour élargir la base des connaissances scientifiques qui est une condition préalable à l'élaboration de programmes efficaces. Le lien qui existe entre l'OMS et l'AIEA illustre le type de collaboration fructueuse qu'il convient d'intensifier afin de vaincre le cancer.

La séance est levée à 12 h 50.

QUATRIEME SEANCE

Vendredi 20 mai 2005, 15 h 10

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

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

Prévention et lutte anticancéreuses : Point 13.12 de l'ordre du jour (résolution EB114.R2 ; document A58/16) (suite)

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture des amendements du projet de résolution proposés à la séance précédente.

Le Dr LARIVIÈRE (Canada) salue la présence du Directeur du CIRC, car la prévention et la lutte anticancéreuses sont au coeur du mandat du Centre auquel il adresse ses félicitations à l'occasion de son quarantième anniversaire. Le projet de résolution reconnaît la contribution magnifique du Centre à la recherche sur le cancer au cours de ses 40 années d'existence.

Il est favorable aux amendements proposés, qui renforceront à la fois le libellé et la portée de la résolution. Le projet de résolution est extrêmement ambitieux et son application exigera une étroite collaboration entre les Etats Membres, le Secrétariat, le CIRC et d'autres organes multilatéraux.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) fait observer que les médicaments traditionnels et à base de plantes ne sont pas réglementés dans de nombreux pays du monde. Il suggère donc qu'il soit fait référence, au paragraphe pertinent du projet de résolution, à la nécessité de recueillir des données scientifiques documentées dans ce domaine.

Le Dr YOT TEERAWATTANANON (Thaïlande) propose l'addition après le paragraphe 2.2) d'un nouveau paragraphe ainsi libellé « de prêter un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils fixent des priorités concernant les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses ainsi que de soins palliatifs ».

Le Professeur KAMUGISHA (Ouganda) se déclare favorable au projet de résolution tel qu'amendé, mais propose d'ajouter au paragraphe 2 un nouvel alinéa priant le Directeur général de faire régulièrement rapport à l'Assemblée de la Santé sur cette question.

M. ESCUDERO MARTÍNEZ (Equateur) propose de reformuler le libellé du paragraphe 1.11) bis de la manière suivante « à améliorer l'accès aux technologies appropriées, avec le soutien de l'OMS, pour le diagnostic ... ». Soutenu par Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique), M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) et le Dr QI Qingdong (Chine), il demande que soit distribué un exemplaire du texte amendé.

Le PRESIDENT dit que le texte, tel qu'amendé, sera présenté pour examen le lendemain. L'examen de ce point de l'ordre du jour n'est donc pas clos.

Le Dr BOYLE (Directeur du CIRC) se félicite du développement des activités de l'OMS dans la lutte anticancéreuse qui ressort du rapport et du projet de résolution. Le CIRC, qui célèbre son

quarantième anniversaire en 2005, fait partie de l'OMS et se consacre à la recherche sur l'étiologie et la prévention du cancer dans le monde et à la fourniture de données factuelles utiles à toute politique de lutte anticancéreuse. Il travaille depuis 40 ans à mettre des techniques en place et à établir des registres du cancer dans le monde entier ; au cours de son existence, le nombre d'Etats disposant de données sur l'incidence du cancer est passé à plus de 60, et parmi eux beaucoup ont établi leurs registres avec le concours du Centre. Actuellement, 16 Etats Membres contribuent au financement de ses travaux.

L'un des principaux programmes du Centre porte sur l'identification des causes du cancer chez l'être humain ; déjà, la carcinogénicité de 900 produits chimiques et types d'exposition environnementale ou due au mode de vie a été évaluée. Le CIRC a joué un rôle important dans l'évaluation scientifique des stratégies et méthodes de prévention du cancer, comme celles qui sont basées sur l'alimentation, le dépistage et l'exercice physique. A l'échelle mondiale, le Centre mène des recherches sur les causes de cancer qui tiennent au mode de vie et à la génétique, en s'attachant de plus en plus aux pays aux ressources faibles et moyennes où surviennent la plupart des nouveaux cas ; il conduit aussi, en Afrique et en Inde, trois des plus importantes études jamais faites sur le dépistage du cancer du col et du cancer de la bouche. Le CIRC estime que 11 millions de nouveaux cas de cancer seront diagnostiqués en 2005 et, étant donné l'âge de la population mondiale, ce chiffre s'élèvera vraisemblablement à 25 millions en 2030 si rien n'est fait. Le Centre est prêt à faire tout en son pouvoir pour travailler avec les Etats Membres à la recherche des moyens de réduire la charge mondiale du cancer.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la sixième séance, section 4.)

Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris : Point 13.13 de l'ordre du jour (résolution EB114.R3 ; document A58/17)

Le Dr OSMAN (représentant du Conseil exécutif), présentant le projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R3, dit que plusieurs mesures peuvent améliorer considérablement la vie des personnes handicapées, par exemple la fourniture d'appareils comme les fauteuils roulants ou les prothèses – notamment auditives –, l'accès plus facile à l'éducation et à l'emploi, et la lutte contre la discrimination. Le Conseil exécutif a étudié l'importance du rôle du secteur public à cet égard. Ses membres ont estimé préoccupants l'accroissement rapide du nombre de personnes handicapées par suite de maladies chroniques, de traumatismes, de malnutrition et du VIH/SIDA, et l'augmentation de la population vieillissante. Ils ont souligné l'importance du problème et se sont félicités du rôle plus actif joué par l'OMS, en particulier dans la collecte des données et l'élaboration d'un rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation.

Le Dr QI Qingdong (Chine) loue la qualité du rapport et note que les incapacités sont une lourde charge pour les pays en développement : l'incapacité est non seulement la cause de souffrances mentales et physiques, mais elle affecte aussi la famille du malade et la société dans son ensemble. L'action de l'OMS dans le domaine du traitement et de la réadaptation est importante pour aider les personnes handicapées à trouver leur place dans la société et à obtenir un emploi, mais le projet de résolution ne souligne pas assez le rôle que pourrait jouer la prévention. De nombreuses causes de handicap ne sont pas du ressort de l'OMS, mais le secteur de la santé peut davantage s'efforcer de coopérer avec les services publics compétents pour mieux sensibiliser la société au caractère primordial de la prévention. L'intervenant propose d'ajouter au paragraphe 1.1) un nouveau paragraphe, 1) bis, ainsi libellé « à sensibiliser davantage l'opinion générale à l'importance de la question des incapacités et à coordonner les efforts faits par tous les secteurs de la société pour participer aux activités de prévention des incapacités ». Il conviendrait aussi d'ajouter un nouveau paragraphe 2.9) ainsi libellé « de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité ».

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) souligne qu'il importe de réduire au maximum les facteurs de risque d'incapacité. Il propose l'ajout d'un paragraphe sur la fourniture de soins médicaux aux personnes qui ont des besoins particuliers, afin de faciliter leur accès au traitement. Il propose aussi de faire référence aux incapacités chez l'enfant, en particulier dans le cas de maladies congénitales parfois provoquées par l'endogamie. Il préconise le dépistage prénuptial pour prévenir ces maladies, ainsi que des services de conseil aux familles et des débats dans les écoles pour sensibiliser à ces problèmes.

Le Dr TRAN TRONG HAI (Viet Nam) approuve l'inscription de la question des incapacités à l'ordre du jour, en particulier du fait que son pays a connu les effets désastreux de 30 années de guerre. Pendant les 20 années écoulées, le Gouvernement vietnamien a appliqué un programme d'envergure nationale dans 45 villes sur 64 et, plus récemment, a adopté une législation qui élargit le champ des dispositions touchant la prévention et le traitement des incapacités et la réadaptation des personnes handicapées. Le Dr Tran Trong Hai soutient fermement le projet de résolution.

Mme VIREM (France) appuie le projet de résolution, notamment au regard des améliorations apportées au texte qui concernent la prévention, les accidents du travail et à domicile, la reconnaissance de la personne handicapée en tant que ressource pour la société et surtout la nécessité de coordonner les programmes sur les incapacités et le vieillissement en tenant compte de l'allongement de l'espérance de vie. La France procède à des recherches en vue de protéger les droits et la dignité des personnes handicapées et de les intégrer pleinement à la société. Elle a récemment adopté une loi garantissant l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Le projet de résolution devrait souligner la nécessité d'améliorer l'accès aux soins à domicile et de mieux prendre en compte la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique, non seulement en développant la recherche sur la morbidité, la mortalité et les facteurs de risque, mais aussi en concevant des méthodes d'éducation de nature à assurer une meilleure intégration professionnelle et sociale des personnes handicapées et de leur famille.

Le Dr NABLI (Tunisie) souscrit aux principes énoncés dans le rapport et remercie le Secrétariat d'aider les Etats Membres à mettre au point leurs stratégies. Elle propose d'introduire dans le projet de résolution une mention concernant la législation sur le dépistage des handicaps à la naissance, étant donné l'importance cruciale de leur prévention et de leur traitement. Elle souligne l'importance du dépistage prénuptial et des programmes d'orientation nationaux pour réduire le risque d'incapacité chez l'enfant. Les personnes handicapées doivent être pleinement intégrées à la société et le Gouvernement tunisien a lancé des programmes appropriés à cette fin.

Le Dr KAMUGISHA (Ouganda) dit que le handicap est un fardeau considérable pour son pays, où il touche 10,4 % de la population. La plupart des personnes affectées sont des pauvres des zones rurales et les principales causes sont les traumatismes dus au conflit armé et aux mines terrestres, au VIH/SIDA, aux accidents de la route et au paludisme. La Constitution de son pays stipule que les personnes handicapées ont droit au respect et aux mesures nécessaires à la réalisation de tout leur potentiel mental et physique. Des normes et lignes directrices ont été élaborées sur la formation des agents de santé, la fourniture d'équipement, la recherche et le maillage avec la société civile. Cependant, malgré une bienveillance générale à l'égard des personnes handicapées, il reste des obstacles à surmonter, comme le manque de personnel de santé formé à la gérontologie, le manque de ressources et l'insuffisance de la recherche.

Le Dr SOLOMON (Kenya) se déclare en faveur du projet de résolution et souligne que 10 % de la population du Kenya est handicapée et vit principalement dans les zones rurales où il est difficile d'accéder aux services médicaux. Le Ministère de la Santé a institué un programme de réadaptation qui comprend la formation des ressources humaines voulues et leur affectation à des établissements de

santé. Il a aussi adopté une stratégie destinée à faire connaître l'existence de ces établissements et services.

Les soins de santé primaires sont la clé des services de santé visant les groupes vulnérables et déshérités. Parmi les réalisations, on compte notamment l'affectation de physiothérapeutes dans des centres de santé, le démarrage de services communautaires de réadaptation dans quelque 25 districts et l'adoption de la loi sur le handicap en 2003 ; un plan national d'action est en cours d'élaboration. Les difficultés qui restent à résoudre sont notamment l'accessibilité aux services dans les zones rurales et la fourniture en quantité suffisante du matériel nécessaire à ces services.

Le Dr CICOGLA (Italie) loue la qualité du rapport, mais se déclare inquiet devant l'augmentation rapide du nombre de personnes handicapées dans le monde. La prévention est cruciale. La stratégie du Secrétariat en faveur de services communautaires de réadaptation s'est révélée efficace pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées et leur participation à la vie de la société. Il soutient le projet de résolution.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) dit que, depuis l'adoption de la loi relative aux Américains handicapés (Americans with Disabilities Act) plus de dix ans auparavant, le Gouvernement s'est engagé plus fermement à améliorer la capacité des personnes handicapées à participer à la vie quotidienne. En 2001, le Président a lancé la nouvelle initiative pour la liberté (New Freedom Initiative), qui vise à multiplier les chances dans le domaine de l'éducation et à accroître la capacité des 54 millions d'Américains handicapés à intégrer le monde du travail. Il est essentiel que tous les citoyens bénéficient de soins de santé de qualité, mais pour les personnes handicapées cela peut signifier la différence entre vivre indépendants dans une communauté ou vivre en institution. Mme Blackwood approuve fermement l'accent mis sur la possibilité de se réadapter à tout âge, sur la détection précoce des incapacités, la définition des besoins en techniques d'assistance et la promotion de programmes communautaires. Le Gouvernement des Etats-Unis serait heureux de faire bénéficier l'OMS de son expérience. Mme Blackwood soutient le projet de résolution.

Le Dr NABAE (Japon) se félicite de la qualité du rapport et soutient le projet de résolution. L'objectif d'une société dans laquelle les droits et la dignité des personnes handicapées sont assurés devrait être celui de toutes les nations. Le Japon a participé activement à la rédaction de la convention internationale pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés, et a contribué au Fonds de contributions volontaires des Nations Unies pour les handicapés. Il attache la plus grande importance à la prévention, au traitement et à la réadaptation, compte tenu notamment du vieillissement de la population du Japon. A mesure qu'augmente l'incidence des accidents vasculaires cérébraux, le nombre de paralysies s'accroît ; de plus, la multiplication des cas d'ostéoporose s'accompagne d'un nombre croissant de fractures de la hanche qui peuvent clouer les patients au lit. Le Dr Nabae souscrit à la conclusion du rapport, selon laquelle il faut considérer les incapacités dans une perspective plus large et prier instamment les Etats Membres de mettre en place des mesures efficaces de prévention, de traitement et de réadaptation. Il attend beaucoup du rapport que le Directeur général doit présenter sur ce sujet.

Mme DEL VALLE MATA LEÓN (République bolivarienne du Venezuela) propose que le paragraphe 1.3) soit libellé comme suit « à promouvoir une intervention rapide et le dépistage précoce des incapacités, en particulier pendant la grossesse et chez l'enfant ... ». Elle propose également d'ajouter un nouveau paragraphe, 1.8) bis, ainsi libellé « à garantir l'égalité des personnes handicapées au travail, dans des conditions satisfaisantes », et un nouveau paragraphe, 2.5) bis, qui se lirait ainsi « d'encourager les études sur l'incidence et la prévalence des incapacités afin qu'elles servent de base à l'élaboration de stratégies de prévention, de traitement et de réadaptation ».

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud) soutient le projet de résolution et rappelle que l'un des objectifs des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés est de faciliter

dans tous les Etats Membres l'élaboration de politiques sur le handicap. Les Règles sur les soins médicaux, la réadaptation et les services d'appui sont les plus utiles à la santé, et l'Afrique du Sud a bien avancé dans leur mise en oeuvre. Un programme national de réadaptation, établi en 1996, garantit l'existence de soins médicaux accessibles aux personnes handicapées, et une enquête sur les handicaps a été entreprise en 1999 pour surveiller la disponibilité de ces services et leur accessibilité. En 2003, la gratuité des soins hospitaliers était instituée pour les personnes handicapées, leur donnant accès à toutes sortes de services de santé, y compris la réadaptation et la fourniture ainsi que l'entretien d'appareils. L'intervention précoce, le dépistage du handicap et l'accès à l'information progressent aussi. Les agents de santé ont appris les bases du langage des signes pour faciliter la communication avec les patients sourds. L'Afrique du Sud joue un rôle de premier plan dans la rédaction du projet de convention internationale pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés. Dans ce domaine, elle donne la priorité aux groupes vulnérables, comme les femmes et les enfants.

Deux problèmes importants doivent trouver une solution : le manque d'accès aux services nécessaires à la vie quotidienne – comme les transports –, les obstacles environnementaux à l'accès aux soins de santé et l'absence de ressources à consacrer à la prévention et au traitement des incapacités et à la réadaptation des personnes touchées.

Le Dr SANGALA (Malawi) loue la qualité du rapport et soutient le projet de résolution. Au Malawi, entre 700 000 et un million de personnes sont atteintes d'incapacité et le nombre de handicapés victimes d'accidents de la route augmente de façon spectaculaire. Dans son document de politique générale consacré à la santé pour 2020, le Gouvernement s'est engagé à étendre les services de réadaptation médicale aux personnes dans le besoin, dans les limites des ressources disponibles, la prévention et la réadaptation étant prioritaires.

L'unique centre de formation à la réadaptation du Malawi a été détruit par le feu, mais avec l'aide de la Norvège et de la Suède, un nouveau centre, mieux adapté, a été construit, et deux centres plus petits produisant du matériel de prothèse seront bientôt opérationnels. Un hôpital orthopédique de 50 lits a été ouvert en 2005 et assurera 1000 actes chirurgicaux de correction et de reconstruction par an. Le Malawi a un programme de formation orthopédique bien rodé qui permet au personnel paramédical de faire face à la plupart des situations nécessitant un acte chirurgical. Un programme encourageant les techniciens de la réadaptation à travailler davantage au niveau du pays est en place depuis peu et une école de physiothérapie est prévue.

Le Dr Sangala propose de supprimer les mots « physique et mentale » dans le deuxième alinéa du préambule et, dans le quatrième alinéa, d'ajouter après le mot « malnutrition » le membre de phrase « aux blessures causées par les mines terrestres ».

M. ASPLUND (Suède), parlant au nom des pays nordiques – Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède –, dit que leur politique en ce qui concerne les incapacités est de permettre aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie de la communauté. Le handicap touche tous les secteurs de la société et ne peut être isolé des autres domaines d'action. C'est aussi une préoccupation mondiale ; tout le système des soins de santé, et en particulier s'agissant des soins de santé primaires, doit garantir les services nécessaires aux handicapés, et l'OMS peut jouer un rôle important en favorisant l'égalité d'accès aux soins médicaux. Les pays nordiques soutiennent la mise en place de services de réadaptation spécialisés à l'intention des personnes handicapées, y compris celles qui souffrent de troubles chroniques, et l'intégration des services de réadaptation existants dans le système de soins de santé primaires, avec soutien social et accès aux technologies d'assistance.

Tant le Secrétariat que chaque Etat Membre devraient garder les incapacités à l'esprit dans toutes leurs activités ; en fait, les organismes des Nations Unies se doivent de travailler dans ce sens. Les pays nordiques encouragent le Secrétariat à coopérer davantage avec les organisations internationales qui se consacrent aux handicapés et à rester attentif aux questions touchant l'égalité des sexes et l'enfant lorsqu'il s'agit de handicap et de réadaptation, aussi bien en interne que dans les Etats Membres. Il est important également que les Etats Membres respectent la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, instrument de premier plan qui tient compte aussi bien

des capacités individuelles que des facteurs environnementaux. Les pays nordiques appuient le projet de résolution.

M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) note le lien entre handicap et problèmes de développement, qui subsiste, même si les moyens de prévenir une perte de capacités ou d'aider à leur récupération se sont améliorés au cours des deux décennies écoulées. Les progrès de la recherche génétique – avec applications spécifiques à la prévention des anomalies de la croissance –, l'augmentation des quantités de vaccins et de médicaments capables de prévenir les maladies causes de handicap, et des moyens de réadaptation plus avancés technologiquement permettent d'améliorer la qualité de vie des handicapés et de les empêcher de souffrir.

Le système de santé cubain accorde une attention particulière à la prévention du handicap, à la globalité du système de soins de santé et aux besoins spéciaux des handicapés. Outre que ses programmes de vaccination sont parmi les plus complets du monde, Cuba met en place depuis plusieurs années un réseau permettant le diagnostic précoce des maladies d'origine génétique ou métabolique. Diagnostic précoce, interventions médicales ou chirurgicales rapides et réadaptation intensive ont rendu les programmes de prévention du handicap très efficaces. En 2002, le Gouvernement a entrepris un projet de recherche de grande ampleur sur les causes d'incapacité et les conditions de vie des handicapés, qui vise à proposer des mesures propres à améliorer les soins et la prévention. Il a aussi mis en place une approche communautaire de la réadaptation pour rendre les services plus accessibles au public. Avant la fin de l'année, chacune des 444 polycliniques du pays sera dotée d'une salle de physiothérapie et de réadaptation. L'accès à l'éducation spécialisée de tous les enfants et jeunes handicapés est garanti. Dans le cas des personnes souffrant d'un handicap lourd ou vivant seules, l'Etat rémunère un personnel soignant qui leur tient compagnie et s'occupe de leurs travaux ménagers, et un congé payé permanent est accordé aux mères ou membres de la famille qui s'occupent d'enfants ou de sujets gravement handicapés.

Comme la meilleure solution est la prévention, Cuba propose d'ajouter un nouveau paragraphe, le paragraphe 1.9) bis, se lisant comme suit « à étudier et à mettre en oeuvre, dans les conditions qui leur sont propres, les moyens les plus efficaces de prévenir les incapacités, avec la participation de tous les autres secteurs de la communauté ».

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) dit que les incapacités sont une préoccupation de santé publique majeure. Tout en soutenant la politique de l'OMS dans ce domaine, il aimerait voir accorder plus d'attention aux enfants handicapés. La Fédération de Russie a 305 centres spécialisés et 296 services de réadaptation pour enfants handicapés, mais il lui en faudrait plus de 2500 ; une grande place est aussi accordée à la formation professionnelle des personnes handicapées et à leur emploi, et plus de 14 000 places sont réservées à leur formation dans 259 établissements d'éducation continue et d'enseignement supérieur.

Il se félicite du projet de résolution, mais propose d'ajouter au cinquième alinéa de son préambule les mots « en particulier les enfants », et au paragraphe 1.2) le membre de phrase « en particulier en encourageant la formation et en protégeant l'emploi ».

Mme VALLE (Mexique) soutient le projet de résolution et propose des amendements destinés à tenir compte des progrès accomplis dans le domaine des incapacités par d'autres instances, en particulier le comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés. Les mots « physique ou mentale », qui figurent dans le troisième alinéa du préambule, limitent les types de handicap reconnus par la communauté internationale : il faut donc les supprimer. Il faudrait aussi que, dans le quatrième alinéa du préambule, la violence, le SIDA et la dégradation de l'environnement soient mentionnés parmi les facteurs qui ont contribué à accroître le nombre de personnes handicapées. Dans le septième alinéa du préambule, il faudrait ajouter les mots « l'égalité des chances et » après « assurer », et les mots « aux personnes handicapées » après « qualité de vie », et supprimer les mots « en dépit des incapacités ». Il faudrait aussi ajouter dans le paragraphe 1.2) les mots « et de protéger » après « promouvoir », dans le paragraphe 1.9) les mots « de façon active et constructive » après « prendre part », et les mots « afin

qu'elle puisse être adoptée par l'Assemblée générale » à la fin du paragraphe. Il faudrait aussi ajouter un nouveau paragraphe, le paragraphe 2.4) bis, ainsi libellé « à contribuer aux travaux du comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés ».

Le Dr GAMBOA PEÑARANDA (Costa Rica) estime que le cas des personnes handicapées doit être un domaine d'activités prioritaire. Ces personnes sont victimes de préjugés, de stéréotypes et de discriminations, et affrontent toutes sortes d'obstacles physiques et sociaux qui les marginalisent. Le Costa Rica a adopté une loi sur l'égalité des chances pour les personnes handicapées et a créé un centre d'éducation spéciale pour celles qui souffrent de déficience auditive, de troubles du langage, de déficience visuelle et de retard mental. Cependant, il reste beaucoup à faire pour satisfaire les besoins des handicapés et leur garantir la possibilité d'exercer pleinement leurs droits ; le Costa Rica est membre du comité responsable de l'élaboration d'une convention des Nations Unies à cette fin. Il est nécessaire que l'OMS renforce son action dans le domaine des incapacités et reçoive les ressources humaines, techniques et financières nécessaires pour soutenir les Etats afin qu'ils puissent mettre en place leur propre politique dans ce domaine. Le Dr Gamboa Peñaranda appuie le projet de résolution tel qu'amendé par le Mexique et la République bolivarienne du Venezuela.

Mme AREEKUL PUANGSUWAN (Thaïlande) se félicite du soutien apporté aux Etats Membres désireux de définir les politiques appropriées en matière d'incapacité et d'encourager la participation des communautés ; elle approuve aussi la stratégie de services communautaires de réadaptation. Les stratégies de ce type devraient tenir compte de la culture de chaque pays afin de s'y adapter. Il faut reconnaître que les personnes handicapées représentent un capital social et investir les ressources voulues dans des services complets de réadaptation afin que ces personnes puissent être productives dans toute la mesure de leurs capacités. Mme Areekul Puangsuwan soutient fermement le projet de résolution.

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) est favorable au projet de résolution et dit que, depuis 1956, le Maroc s'occupe des handicapés. Le Secrétaire d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes handicapées offre le type de services spécifiés dans le projet de résolution. Une enquête nationale a été faite sur la prévalence et la répartition des handicaps, plus fréquents dans les zones rurales que dans les zones urbaines, et sur les types de handicap, leurs causes et leur gravité, ainsi que sur les types d'activité des personnes handicapées. Les résultats serviront à l'élaboration d'un programme national de prise en charge du handicap par l'ensemble des départements de l'Etat et des pouvoirs publics ainsi que par la société civile et autres partenaires.

Le Dr ZAHER (Egypte) dit que l'Egypte accorde une très grande place aux besoins spéciaux des personnes handicapées. Son pays a mis en oeuvre un programme de traitement des maladies de la thyroïde chez les nouveau-nés et surveille l'incidence de ces affections, et s'efforce d'étendre à toutes les régions son programme en faveur des sujets souffrant de maladies héréditaires. Des dispositions particulières visent les personnes atteintes de déficiences auditives ou visuelles.

Le Dr SOMBIE (Burkina Faso) suggère de mentionner dans le préambule du projet de résolution les incapacités provoquées dans l'enfance par les jeux, comme celles qui sont la conséquence d'un traumatisme du genou, une gonarthrose précoce, par exemple, ou de blessures aux yeux, comme la cataracte ou le glaucome secondaire. Il est nécessaire d'améliorer la prévention des incapacités de ce type.

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) loue le Secrétariat pour les efforts qu'il a faits dans le domaine des incapacités et de la réadaptation et soutient le projet de résolution. Cependant, il estime important de se référer à la terminologie utilisée dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Il propose donc l'ajout, après l'alinéa du préambule

commençant par « Rappelant les Règles des Nations Unies ... », d'un alinéa ainsi libellé « Rappelant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé officiellement entérinée par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2001 ; ».

Mme BAQUERIZO (Equateur) dit que, comme toute personne vivant avec des incapacités a besoin d'au moins une autre personne pour s'occuper d'elle, le handicap touche un quart environ de la population mondiale. Le domaine du handicap devrait donc avoir rang prioritaire aux niveaux national et international, et être l'objet d'efforts au niveau mondial. En Equateur, une loi relative aux personnes handicapées a été adoptée, ainsi que des mesures sectorielles et d'ordre général. Un plan national est en cours d'exécution par le conseil national chargé du handicap. Une enquête sur la prévalence des incapacités et leur répartition géographique, le profil des personnes handicapées, la connaissance par le public des facteurs de risque de handicap et les caractéristiques d'une intégration réussie des personnes handicapées a révélé que 13,2 % de la population souffraient d'une incapacité d'un type ou d'un autre. La prévention et le traitement du handicap ainsi que la réadaptation des personnes qui en souffrent sont des priorités. Mme Baquerizo soutient le projet de résolution et souscrit aux amendements proposés par le Mexique. Elle suggère que la référence à la « violence » dans le quatrième alinéa du préambule soit suivie d'une mention de la violence familiale, qui entraîne souvent un handicap pour la victime. Le paragraphe 1.9) devrait inviter les Etats Membres à adopter la Convention des Nations Unies relative aux handicapés le plus tôt possible pour être en phase avec les résolutions adoptées dans d'autres instances des Nations Unies, comme la Commission des Droits de l'Homme.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine) dit que la vulnérabilité au handicap est plus grande dans les pays en développement à cause de la prévalence des accidents et des maladies chroniques. Le droit des handicapés doit être promu et protégé. Elle souscrit au projet de résolution et propose d'insérer dans le quatrième alinéa du préambule la mention « à l'accroissement de la population âgée », après les mots « accroissement de la population », et les mots « au SIDA, à la dégradation de l'environnement, » après « la violence ». Elle soutient les propositions des délégués du Mexique et de la République bolivarienne du Venezuela, ainsi que celle d'ajouter un nouveau paragraphe, 1.9) bis, formulée par le délégué de Cuba.

Mme WILSON (Canada) souscrit au projet de résolution et dit que le Canada est déterminé à faire progresser la pleine intégration des personnes handicapées dans la société canadienne et à garantir leur accès à des services de qualité leur offrant soins de santé, services de réadaptation et dispositifs adaptés à leur handicap. Chaque année, Can \$7,5 milliards sont investis dans la fourniture de prestations et l'exécution de programmes à l'intention des handicapés. Le tout dernier budget a aussi accru le dégrèvement fiscal accordé aux handicapés et à leurs soignants. Le Canada joue un rôle actif dans le groupe de travail chargé d'élaborer une convention des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des personnes handicapées, laquelle mentionne spécifiquement l'accès adéquat et équitable aux soins de santé primaires et aux services de réadaptation.

Mme SIBANDA (Zimbabwe) soutient le projet de résolution. Au Zimbabwe, le Ministère de la Santé et de la Protection de l'Enfance est responsable de la coordination des services de réadaptation dans tout le pays. Malheureusement, le Zimbabwe a perdu un certain nombre de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de techniciens de la réadaptation qui avaient reçu une formation, comme il a perdu d'autres agents de santé. La réadaptation est pratiquée dans des établissements de santé tant publics que privés ; les pauvres, les enfants de moins de cinq ans et les personnes de plus de 65 ans sont traités gratuitement. Au Zimbabwe, les accidents de la circulation sont l'une des principales causes de handicap. Le pays fait tout en son pouvoir pour intégrer les enfants handicapés dans les mêmes écoles que les autres.

Le Dr AHMED (Pakistan) dit que la plupart des personnes handicapées vivent dans les pays pauvres et n'ont pas accès aux services de base, notamment aux services de réadaptation. De plus, leur nombre s'élève de jour en jour par suite des traumatismes dus au conflit armé, aux mines terrestres, aux accidents et au vieillissement. Le rappel aux Etats Membres et à la communauté internationale de leur devoir d'assurer des chances égales aux personnes handicapées et de promouvoir leurs droits humains vient à point nommé. Le Dr Ahmed reconnaît que l'OMS offre son assistance pour la mise en oeuvre des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés. Leur santé et leur réadaptation est au premier rang des priorités dans le programme national de santé du Pakistan. Ce pays a aussi un programme de services communautaires de réadaptation qu'il applique avec l'assistance de ses partenaires internationaux. Etant donné l'ampleur des besoins dans les domaines de la santé et de la réadaptation des personnes handicapées, le Dr Ahmed appuie fermement le projet de résolution.

M. AL-LAWATI (Oman) suggère qu'il soit fait référence dans le projet de résolution au *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*.¹ Le paragraphe 9 du document A58/17 mentionne la fourniture d'appareils d'assistance tels que les fauteuils roulants et les prothèses pour personnes handicapées. Il aimerait voir mentionné dans le projet de résolution l'équipement permettant aux handicapés de conduire leur propre véhicule et, au paragraphe 1.3), la fourniture de prothèses et d'équipement de ce type aux personnes handicapées.

Mme CAMPBELL (Nicaragua) appuie le projet de résolution et souscrit aux amendements suggérés par le délégué du Mexique. Dans le quatrième alinéa du préambule, elle propose de remplacer les mots « à la guerre » par les mots « aux blessures de guerre » et « aux mines terrestres et à la violence ».

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) déclare qu'elle a été frappée par les nombreuses références aux accidents de la circulation, thème de la Journée mondiale de la Santé en 2004, et cause de plus en plus fréquente de handicap. L'OMS travaille actuellement avec d'autres organisations pour prévenir ce type de traumatisme. Les handicaps touchent tous les groupes d'âge et le Dr Le Galès-Camus a pris note de la préoccupation devant le nombre croissant d'incapacités dans la population jeune. L'OMS collabore étroitement avec l'UNICEF et d'autres organisations pour élaborer à l'intention des enfants une stratégie efficace de prévention des traumatismes, qui entraînent souvent décès et incapacités. L'OMS a le devoir de veiller à ce que la prévention du handicap et la question de l'accès des handicapés à des soins et des services de réadaptation de qualité demeurent au coeur de ses activités. L'OMS continuera à participer à l'élaboration de la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés.

Le PRESIDENT propose de reprendre l'examen de ce point de l'ordre du jour lors d'une séance ultérieure durant laquelle sera examinée une nouvelle version du projet de résolution comportant les amendements proposés.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la sixième séance, section 4, p. 351.)

¹ Peden M et al, Eds, *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre : Point 13.15 de l'ordre du jour (résolution EB115.R7 ; document A58/19)

Le Dr OSMAN (représentant du Conseil exécutif) dit qu'à sa cent quinzième session, le Conseil exécutif a examiné le rapport sur la mise en oeuvre du Plan d'action international sur le vieillissement adopté en 2002. Les membres ont approuvé l'accent mis par l'OMS sur une approche holistique des politiques favorisant une vieillesse active et en bonne santé et sur l'importance des soins de santé primaires pour la santé et le bien-être. Ils ont aussi souligné de nouveaux problèmes, comme celui de la personne âgée qui s'occupe de membres de sa famille infectés par le VIH/SIDA, et celui des mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Le Conseil a adopté la résolution EB115.R7, Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action, qui contient un projet de résolution que le Conseil recommande à l'Assemblée de la Santé d'adopter.

Le Dr MORICONI (Italie) estime, lui aussi, qu'il convient d'accorder la priorité à l'accès des personnes âgées aux soins de santé primaires et soutient les projets de l'OMS qui visent la mise en place de systèmes de soins de santé intégrés pour les populations vieillissantes. Il est favorable au projet de résolution, qui est équilibré et dans lequel il est question des interventions nécessaires pour garantir à toutes les populations un vieillissement en bonne santé.

Le Dr AMIN (Bahreïn) dit que son pays accorde une attention particulière à l'aide à apporter à sa population vieillissante afin qu'elle reste active. Son plan national sur le vieillissement est basé sur la Déclaration politique de Madrid. Bahreïn, comme les autres pays de la Région de la Méditerranée orientale, connaît actuellement une évolution démographique, et on prévoit que la proportion de personnes âgées dans la population passera de 35 à 50 %. L'OMS doit jouer un rôle pionnier en encourageant les pays de la Région à instaurer des systèmes de santé leur permettant de s'adapter à l'évolution de la pyramide des âges. Il faudra pour cela des ressources financières, mais il ne semble pas que le budget programme 2006-2007 prévoie des fonds supplémentaires pour les activités d'aide aux personnes âgées. L'OMS devrait se soucier en priorité de l'état de préparation ainsi que des mesures à prendre pour répondre aux besoins de ces personnes, et des moyens à donner aux Etats Membres pour qu'ils puissent appliquer la résolution. Il soutient le projet de résolution, à condition que les fonds nécessaires soient fournis pour qu'il soit possible d'atteindre les objectifs.

Le Dr ST JOHN (La Barbade) dit que son pays a collaboré avec les secteurs public et privé, la société civile, les organisations non gouvernementales et internationales et les personnes âgées pour formuler une politique nationale sur le vieillissement. Déjà, 12 % de sa population est âgée de 60 ans ou plus. Les six grandes causes de décès sont des maladies chroniques, qui touchent avant tout les personnes âgées. Il faut encourager les gens à choisir un mode de vie plus sain, et les gouvernements devraient veiller à la qualité de l'environnement. Dès 65 ans, les habitants de la Barbade bénéficient de services et de médicaments gratuits. Une clinique gérontologique, établie en collaboration avec l'OPS, sera ouverte en 2005 et d'autres suivront. Le Gouvernement met aussi à disposition des établissements de soins de longue durée. La collaboration entre secteurs public et privé a abouti au placement de sujets atteints de troubles chroniques dans des maisons de retraite médicalisées privées à proximité de leur communauté d'origine. Le problème posé par le refus des familles de s'occuper des personnes âgées en mauvaise santé s'en trouve ainsi atténué, et un organisme de réglementation veille à ce que les établissements du secteur privé respectent les prescriptions légales. Le Dr St John mentionne en outre la construction d'un complexe pour seniors, la création d'un réseau de centres d'activités de jour et d'un programme intergénérationnel, ainsi que des services d'aide à domicile et d'infirmières de district. La famille élargie traditionnelle existe toujours, mais les jeunes femmes ont besoin de travailler et leurs aînées, souffrant de maladies chroniques, deviennent moins productives. Il faut espérer que le plan directeur et la législation vont mettre un terme aux injustices criantes dont elles sont souvent victimes de la part de leurs proches. L'âge de la retraite a été repoussé à 65 ans et un nouveau système de pension a été adopté. Des avantages fiscaux destinés à encourager les économies

ont été offerts ainsi qu'une formation à des activités permettant de vieillir en bonne santé. Le Dr St John soutient le projet de résolution.

M. INFANTE CAMPOS (Espagne) dit qu'en 2003 le Gouvernement de son pays a élaboré un plan d'action pour 2003-2007 à l'intention des personnes âgées, en application du Plan d'action international sur le vieillissement, et a récemment présenté un livre blanc sur la dépendance. S'agissant des activités quotidiennes, la dépendance atteint tous les âges, mais, en Espagne, un tiers des personnes de plus de 65 ans en souffre et le Gouvernement espagnol prévoit en conséquence d'adopter une législation sur le versement de prestations sociales en cas de dépendance. M. Infante Campos soutient le projet de résolution.

Mme YOUNG (Jamaïque) dit que la Jamaïque est l'un des 12 pays qui mettent en oeuvre le projet de l'OMS visant à formuler une approche intégrée des services de soins de santé primaires pour les personnes âgées. Les maladies transmissibles sont en recul en Jamaïque et dans d'autres pays de la Communauté des Caraïbes, mais les maladies non transmissibles ont augmenté. Les gens vivent plus longtemps (en Jamaïque, l'espérance de vie est de 71 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes) et les maladies non transmissibles ainsi que leur situation au regard de l'aide sociale compromettent souvent leur qualité de vie. Le conseil national pour les seniors institué par le Gouvernement jamaïcain a 20 ans et le système national d'assurance-maladie couvre l'hospitalisation et les tests destinés aux personnes âgées ; de plus, la gratuité du traitement des maladies chroniques dont elles souffrent a été étendue récemment. Mme Young soutient sans réserve le projet de résolution.

Mme GUSTIN (Belgique) dit que son pays attache une grande importance à la question du vieillissement et des soins de santé pour les personnes âgées. Elle soutient le projet de résolution mais suggère deux amendements mineurs : elle propose de remplacer les mots « la famille » par « leur famille » au paragraphe 1.4), de façon à élargir la signification de la conception de la famille, et de remplacer le mot « économie » par les mots « la communauté » au paragraphe 3.3) par souci de cohérence avec le paragraphe 1.4), qui devrait faire référence à « leur famille et la communauté ».

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) dit que la démographie de son pays change, l'indice de fécondité chutant visiblement, l'espérance de vie s'allongeant et le nombre de personnes âgées augmentant. Le Maroc a participé aux travaux de la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement et a élaboré un rapport sur le vieillissement, qui servira de base à la conception d'une stratégie nationale, d'un plan d'action et de mesures de suivi pour les personnes âgées. Celles-ci sont souvent prises en charge par leurs enfants, mais la société évolue et ce type de solidarité familiale faiblit, souvent faute de ressources. L'intervenant propose d'introduire dans le projet de résolution un nouveau paragraphe après le paragraphe 1.4) invitant les Etats Membres à prendre des mesures et à offrir des avantages pour que ceux qui s'occupent des personnes âgées puissent disposer de ressources à cette fin.

Le Dr NISHIJIMA (Japon) dit que son pays a pris diverses mesures pour parvenir à faire face au vieillissement de la société et pour faire en sorte que les personnes âgées puissent vivre dans la dignité. Le système d'assurance de soins de longue durée lancé en 2002, par exemple, garantit systématiquement le droit fondamental des personnes âgées de choisir le service de soins qu'elles désirent. La violence familiale exercée à l'encontre des personnes âgées est un problème auquel il faut veiller très attentivement ; il est certes difficile d'évaluer l'ampleur de ce problème, mais il n'en est pas moins essentiel d'offrir un appui aux victimes. Le Japon soutient sans réserve les activités de l'OMS dans le domaine du vieillissement et le projet de résolution.

M. HARTOG (Pays-Bas) souligne l'importance du Plan d'action international sur le vieillissement en tant que cadre pour la mise en oeuvre d'activités tenant compte de l'âge dans un

monde où la population vieillissante pose un problème de plus en plus préoccupant. Il rappelle que son pays a récemment parrainé un projet de l'OMS sur les soins de santé primaires intégrés pour les personnes âgées dans les pays à faible revenu et suggère que se poursuive la mise en oeuvre de projets similaires ; il insiste sur l'importance des activités concernant le vieillissement entreprises dans le cadre de l'ONU, comme exposé dans le projet de résolution. L'OMS devrait poursuivre les efforts louables qu'elle déploie pour que la question du vieillissement continue de figurer dans le programme d'action de la communauté internationale.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays a proposé d'inscrire à l'ordre du jour le point à l'examen à cause de l'attention accrue apportée au vieillissement actif et parce qu'il est convaincu que les programmes de l'OMS devraient accorder une priorité plus élevée aux questions touchant le vieillissement. La coopération technique de l'OMS devrait comprendre l'élaboration de politiques et de programmes d'appui axés sur le vieillissement actif et en bonne santé, la promotion de la recherche et des échanges concernant les meilleures pratiques s'agissant des deux questions d'importance que sont les personnes âgées et le VIH, et la prévention de la maltraitance des personnes âgées. L'amélioration continue de la vie des aînés est une priorité du Gouvernement des Etats-Unis, comme le démontrent les objectifs de ses programmes touchant le vieillissement. Le Plan d'action international sur le vieillissement est un modèle pour l'élaboration de ce type de programmes et de mesures. Sa mise en oeuvre efficace par tous les Etats Membres et les organismes des Nations Unies, y compris l'OMS, est donc importante, et le projet de résolution sera utile à cette fin, car il servira de guide pour les mesures à prendre et renforcera les efforts collectifs d'appui aux politiques et programmes de santé publique axés sur le nombre croissant de personnes âgées, tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Mme HESSEL (Danemark) se félicite de la place prioritaire accordée à la bonne santé de la personne âgée, telle qu'elle se traduit dans le projet de résolution. Etant donné l'augmentation du nombre de personnes âgées, la préparation de sociétés adaptées à leurs besoins pose des problèmes tels que la prise en charge efficace des maladies chroniques. Elle note donc avec plaisir l'importance que l'OMS donne manifestement aux soins de santé primaires et prie instamment l'Organisation de soutenir les efforts des Etats Membres soucieux de renforcer et d'élargir le secteur de la santé primaire.

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud), après avoir exprimé son appui au projet de résolution, dit que son pays a institué des politiques, stratégies et lignes directrices destinées à promouvoir la santé et l'activité des personnes vieillissantes. L'accent est mis sur la fourniture de services de soins de santé primaires, et des efforts particuliers sont faits pour que les personnes âgées bénéficient des programmes de soins communautaires malgré la lourde charge que représentent déjà les malades du SIDA. L'intégration et la coordination de secteurs tels que ceux de la santé et de la protection sociale sont essentielles au succès de ces programmes. Il faut aussi souligner l'importance d'autres questions telles que les effets néfastes du VIH/SIDA sur la situation économique et sociale et l'état de santé des personnes âgées, l'augmentation de la maltraitance à leur égard et l'inclusion de la gériatrie dans les programmes de formation des professionnels des soins de santé.

Mme AREEKUL PUANGSUWAN (Thaïlande) dit que les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Plan d'action international sur le vieillissement sont impressionnants. Il est essentiel de bien se préparer pour que les personnes vieillissantes restent actives et en bonne santé. Elles ont une contribution précieuse à apporter à la société ; c'est pourquoi elles devraient pouvoir compter sur des offres de travail adaptées. Cependant, celles qui en ont besoin doivent bénéficier d'un appui et de soins spéciaux, et Mme Areekul Puangsuwan se félicite du projet relatif aux soins de santé primaires ouverts aux personnes âgées, grâce auquel l'OMS se propose de réduire les obstacles à la fourniture de ces soins.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) accueille favorablement le projet de résolution et dit qu'un travail considérable a été accompli au niveau régional pour fournir des services communautaires de soins de santé primaires à un nombre de plus en plus grand de personnes âgées. En Europe, on a étudié les problèmes communs et les moyens de les résoudre ensemble pour garder une société en bonne santé, active et productive. Le Gouvernement portugais a mis en place un programme national de santé pour les personnes âgées, auquel il accorde une priorité élevée en donnant les moyens nécessaires aux structures d'encadrement comme les familles, les centres de santé, les hôpitaux et les services communautaires. Comme l'OMS, le Professeur Pereira Miguel estime qu'il est important d'adopter une approche holistique du vieillissement tenant compte de toute la durée de la vie et des déterminants de la santé et mettant l'accent sur la continuité des services de soins de santé et de protection sociale, afin que les intéressés restent en bonne santé et productifs. Il soutient aussi les efforts de l'OMS pour intégrer les questions de vieillissement dans les politiques et programmes visant la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

M. DE CASTRO SALDANHA (Brésil) appuie énergiquement le projet de résolution qui est essentiel pour mieux sensibiliser le public aux problèmes que le vieillissement pose à la société. Il est vital de renouveler les engagements énoncés dans le Plan d'action international sur le vieillissement et de souligner que l'OMS doit de toute urgence donner la priorité à la question de l'activité et de la bonne santé des personnes âgées. Il est donc impératif que soient allouées les ressources financières voulues.

Le Dr DELAVAR (République islamique d'Iran) dit qu'il faut appliquer tôt dans la vie les programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé si l'on veut prévenir les maladies chroniques et les incapacités chez les personnes âgées, ce qui leur garantirait une meilleure qualité de vie. En renforçant les programmes concernant le bien-vieillir, qui portent sur tous les aspects du bien-être, on peut changer le processus qui consiste à appliquer des programmes verticaux de prévention de la maladie. Il serait plus rentable, pour les pays en développement en particulier, d'intégrer les interventions en faveur des fournisseurs de services et des clients. Il appuie sans réserve le projet de résolution, mais estime que les crédits nécessaires aux activités envisagées devraient être alloués au titre du budget de l'OMS.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) appuie les initiatives prises pour mettre en place une nouvelle approche sectorielle du vieillissement, en partenariat avec des organisations intergouvernementales, gouvernementales et communautaires. A cet égard, la Déclaration politique de Madrid et le Plan d'action international sur le vieillissement sont une base de travail dans la mesure où le respect des anciens continue d'être une marque de civilisation. La Fédération de Russie soutient le projet de résolution et participera aux travaux futurs sur les questions liées au vieillissement.

M. ASPLUND (Suède) dit que l'on vit de plus en plus longtemps et de façon de plus en plus autonome et que c'est là non seulement une grande réussite, mais aussi la preuve du succès des initiatives globales et multisectorielles en faveur de la santé et du développement social. La prévention de la maladie et la promotion de la santé chez les personnes âgées ont aussi une importance particulière, de même que les interventions systémiques – comme les bonnes habitudes d'alimentation et l'exercice physique – qui, même pratiquées assez tard dans la vie, peuvent avoir des effets positifs. Dans cet esprit, il propose de remplacer au paragraphe 3.4) les mots « en renforçant la capacité de promotion de la santé et de prévention des maladies » par « en renforçant la capacité de promotion de la santé et les stratégies, politiques et interventions de prévention de la maladie ».

Mme INGÓLFSDÓTTIR (Islande) dit que le vieillissement de la population mondiale pose trois grandes questions : le nombre croissant de personnes âgées actives, qui exige de nouvelles structures et ouvertures sur le plan social ; le nombre croissant de personnes âgées handicapées, qui exige de nouvelles interventions et l'amélioration des soins de santé et de la protection sociale, avec leurs

répercussions économiques ; et la résolution des problèmes économiques, technologiques, organisationnels et sociaux complexes que pose le vieillissement de la société. Il faut donc concevoir des solutions sociales, organisationnelles et techniques novatrices. Le projet de résolution, que soutient l'Islande, aura un effet favorable sur la promotion d'une vieillesse en bonne santé et sur la qualité de vie et l'indépendance des personnes âgées.

M. LANGAT (Kenya) dit que la proportion de personnes âgées dans la population kényenne va à n'en pas douter s'élever bien au-dessus du chiffre actuel de 4 % d'ici 2050. Déjà, la demande de services de santé pour celles qui souffrent d'une maladie chronique ou d'incapacités est sans précédent. Le Kenya s'est attaqué à ce problème et aux autres difficultés que connaissent ces personnes en mettant en oeuvre plusieurs stratégies au cours des trois années qui ont suivi l'adoption du Plan d'action international ; ces stratégies concernent, par exemple, les campagnes de sensibilisation au niveau communautaire, la sécurité alimentaire, la nutrition et les services de soins de santé primaires. On est parvenu notamment à mettre en place des groupes d'appui aux personnes âgées, à rédiger un projet de loi sur l'assurance-maladie et à former le personnel de santé aux problèmes de santé des personnes âgées. Les problèmes rencontrés tiennent à l'absence de politiques et programmes globaux et cohérents pour personnes âgées, à la pauvreté et au manque de moyens de subsistance durables, à l'importance de la population dépendante et au manque de ressources pour créer un environnement qui leur soit favorable. D'autres stratégies, pour les trois années à venir, sont également prévues : elles visent, entre autres objectifs, le renforcement des services de soins de santé primaires pour personnes âgées, l'établissement de structures communautaires aptes à les prendre en charge et l'adoption d'un plan global de sécurité sociale pour les plus de 60 ans. M. Langat soutient le projet de résolution.

Le Dr SINGH (Inde) dit que l'Inde, pays qui reconnaît que le bien-être des personnes âgées est une question cruciale, souscrit au projet de résolution. L'existence et l'accessibilité des établissements de soins de santé sont d'importants déterminants de la santé actuelle et future des anciens, qui souvent sont dans l'impossibilité de se rendre dans les centres médicaux sans assistance ou qui n'ont pas les ressources voulues pour satisfaire leurs divers besoins de soins de santé. La formation de médecins et d'agents de santé polyvalents aux facteurs de risque de maladie chez les personnes âgées sera de ce fait une contribution non négligeable à la prise en charge des principales maladies chroniques. Il souscrit à une approche polyvalente de la gérontologie en vue de prévenir ou retarder la survenue de ces maladies. Il recommande aussi d'inclure la médecine gériatrique dans les programmes d'études médicales et d'entreprendre des recherches sur l'état de santé des femmes âgées, en particulier sur certains troubles comme la démence, l'ostéoarthrite et l'ostéoporose.

La séance est levée à 18 h 5.

CINQUIEME SEANCE

Samedi 21 mai 2005, 9 heures

Président : Dr J. WALCOTT (Barbade)

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

Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre : Point 13.15 de l'ordre du jour (résolution EB115.R7 ; document A58/19) (suite)

Le Dr SEVER (Israël) souligne que, dans la plupart des pays, les personnes âgées sont considérées comme un groupe de population vulnérable, qui ne dispose pas du pouvoir politique nécessaire pour faire valoir les droits de l'homme fondamentaux de ses membres, notamment leur droit à la santé et au bien-être et celui de recevoir l'assistance dont ils ont besoin. Il est regrettable que les gouvernements ne considèrent pas comme prioritaires les soins gériatriques et le fait de pouvoir vieillir en bonne santé. Il convient de louer les efforts déployés par le Secrétariat pour agir dans ce domaine, et notamment pour inciter les ministères de la santé à améliorer la situation des personnes âgées en mettant sur pied de vastes plans d'action en matière de prévention, de soins médicaux pour les maladies aiguës et chroniques, de réadaptation et de soins infirmiers. Mais on peut se demander comment attendre du Secrétariat qu'il mette en oeuvre son programme en matière de santé des personnes âgées sans le moindre budget ; en l'absence des ressources financières indispensables, tout débat sur la question est sans objet et ne peut avoir de résultats tangibles.

Le Dr YAN Jun (Chine) juge le rapport fort utile. La Chine, pays en développement confronté à un problème de santé publique dû au vieillissement de sa population, est en train d'adapter son système de sécurité sociale afin d'offrir aux personnes âgées vivant au sein de leur communauté des soins de santé primaires leur permettant de vieillir en bonne santé. Entre autres activités de promotion de la santé, on a entrepris de former des agents sanitaires aux soins aux personnes âgées. Les facteurs de risque doivent être pris en considération pour prévenir les accidents, et un soutien doit être offert aux personnes âgées afin de leur permettre de vivre de manière indépendante en restant actives.

Le VIH/SIDA fait peser un lourd fardeau sur les personnes âgées, surtout dans les pays en développement ; non seulement elles doivent endurer la perte de leurs enfants, mais, en outre, il leur incombe d'élever leurs petits-enfants devenus orphelins alors qu'elles-mêmes ont besoin de soins. L'OMS devrait jouer un rôle moteur dans la coordination des systèmes de santé et de sécurité sociale pour faire en sorte que ceux-ci fournissent un appui aux personnes âgées membres de familles affectées par le VIH/SIDA. Il faut se préoccuper des mauvais traitements dont les personnes âgées peuvent être victimes. Le fait que le concept de maltraitance diffère d'une culture à l'autre ne doit pas empêcher la communauté internationale de rappeler à quel point il est important de respecter les personnes âgées, et des lois doivent être promulguées pour protéger leurs droits. Le Dr Yan Jun appuie le projet de résolution.

Mme VALLE (Mexique), s'exprimant au nom du Groupe des Amériques, appuie toutes les actions entreprises à l'échelle mondiale pour faire en sorte que les personnes âgées soient correctement prises en charge, en particulier lorsque ces interventions mettent l'accent sur les soins de santé primaires et la prévention des sévices physiques et mentaux, sachant que tous les pays connaissent un vieillissement de plus en plus marqué de leur population. Des efforts soutenus sont indispensables

pour veiller à ce que les personnes âgées, toujours plus nombreuses, jouissent du meilleur niveau de santé et de bien-être possible ; Mme Valle appuie donc sans réserve le projet de résolution.

Mme TAFI (Botswana) approuve le rapport et remercie le Secrétariat du soutien qu'il apporte aux pays en développement afin de les aider à prendre davantage conscience des difficultés inhérentes au vieillissement des sociétés et de la nécessité de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées. Le Botswana participe au projet mis en oeuvre pour préparer une réponse intégrée des systèmes de soins de santé au vieillissement rapide des populations, projet qui est une occasion unique d'évaluer la façon dont les systèmes de santé répondent aux besoins des personnes âgées. Les recherches ainsi menées ont permis d'obtenir de précieux renseignements sur la charge de maladies comme le diabète et l'hypertension. On pourra s'appuyer sur ces résultats pour élaborer des politiques et programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et améliorer l'aptitude des systèmes de santé à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. Des conclusions préliminaires ont récemment été communiquées à des intervenants clés au Botswana. Cette étude a également permis d'acquérir d'utiles informations sur les insuffisances de l'infrastructure de santé existante en ce qui concerne les besoins sanitaires des personnes âgées. Le Botswana attend avec intérêt de pouvoir mettre à profit les conclusions du projet relatif aux soins de santé primaires ouverts aux personnes âgées pour améliorer ses services dans ce domaine. Il souhaite aussi se prévaloir de l'appui de l'OMS pour la mise en oeuvre par étapes de la surveillance et de la lutte contre les maladies non transmissibles afin d'en alléger le fardeau pour les personnes âgées. L'intervenante appuie le projet de résolution.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) reconnaît l'importance du Plan d'action international sur le vieillissement. Au Lesotho, les personnes âgées continuent, ainsi que le veut la tradition, de jouer un rôle important en matière par exemple d'aide aux accouchements. Toutefois, on voit de plus en plus de foyers pour personnes âgées et d'orphelinats, institutions pourtant étrangères à la culture africaine traditionnelle ; le phénomène s'explique par l'aggravation de la pauvreté, et ces services doivent spécialement retenir l'attention. Les responsabilités toujours plus lourdes qui incombent aux grands-parents, amenés à élever leurs petits-enfants devenus orphelins du fait du VIH/SIDA, sont également un sujet de préoccupation. Il appuie sans réserve le projet de résolution.

Mme LIODAKI (Grèce) constate qu'il est essentiel de former du personnel de santé à tous les niveaux et d'enseigner la gériatrie en tant que spécialité. Il est également important d'intégrer les soins aux personnes âgées aux soins de santé primaires dispensés dans le cadre des systèmes de santé nationaux. Toute société où les enfants et les personnes âgées ne sont pas bien traités est critiquable.

La Grèce appuie le projet de résolution sous réserve qu'on y apporte deux amendements mineurs. Au cinquième alinéa du paragraphe 1.5), il conviendrait d'ajouter le mot « économique, » après « maltraitance ». Un nouveau paragraphe devrait être inséré entre les paragraphes 1.8) et 1.9), qui s'énoncerait ainsi « à prévoir des soins au niveau des soins de santé primaires dans les systèmes de santé nationaux existants ; ».

Mme VEERAPEN (Maurice) indique que dans 25 ans, en raison de la baisse des taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie, 20 à 25 % de la population de son pays aura plus de 60 ans. Le Gouvernement mauricien a mis au point une politique nationale en faveur des personnes âgées, qui comporte des programmes de développement des actions de prévention au niveau des soins de santé primaires et de prise en charge rapide des personnes âgées à tous les niveaux du système de santé afin de répondre à leurs besoins particuliers. En gérontologie et en gériatrie, les moyens mis à la disposition des prestataires de soins ont été renforcés et un programme de réadaptation dans le cadre communautaire a été mis sur pied en faveur des personnes âgées atteintes de handicaps physiques. On est en train de renforcer et de décentraliser les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie afin de pouvoir subvenir aux besoins spécifiques des personnes âgées. Des compléments alimentaires, des lunettes et des prothèses ainsi que des moyens de transport sont mis à

leur disposition à des prix de faveur, et les personnes de plus de 60 ans sont vaccinées contre la grippe. Mme Veerapen appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Dr ELSAYID (Soudan) déclare que son pays connaît lui aussi un vieillissement de sa population : la proportion de personnes âgées devrait passer de 5 % en 1999 à 8 % en 2025. Bien qu'au Soudan, la famille élargie prenne traditionnellement soin de ses aînés, y assurer aux personnes âgées le meilleur niveau de santé et de bien-être possible ne va pas de soi. La politique sanitaire nationale prévoit des dispositifs de soutien adaptés à ces personnes, qui sont à considérer non comme de simples consommateurs, mais comme des sujets contribuant au développement, ce qui suppose l'existence d'un appui à la fois technique et financier. Le Dr Elsayid appuie le projet de résolution.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) rappelle qu'une stratégie pour les soins aux personnes âgées est en place depuis 1992 dans sa Région, qui a été parmi les premières à se pencher sur le problème du vieillissement, mettant l'accent sur la nécessité de faire davantage appel à la famille élargie pour prendre soin des personnes âgées. Certains gouvernements soutiennent directement les familles en rémunérant un travailleur chargé de les aider à prendre soin de leurs aînés à domicile plutôt qu'à l'hôpital ou à l'hospice. Des activités existent aussi au niveau interrégional ; celles-ci sont appuyées mais non organisées par l'OMS.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) remercie les délégations pour leurs commentaires positifs et pour leurs suggestions concernant les moyens de permettre à l'OMS d'intensifier son action en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé. En dépit de ressources limitées, l'Organisation poursuivra la mise en oeuvre du Plan d'action international sur le vieillissement, en mettant particulièrement l'accent sur la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées. Elle fondera ses activités sur le cadre d'orientation « Vieillir en restant actif » tant au niveau mondial, dans ses relations avec d'autres organismes des Nations Unies notamment, qu'au niveau régional et pour l'assistance technique aux Etats Membres.

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture des amendements qui ont été proposés. Un nouveau paragraphe, inséré à la suite du paragraphe 1.3), s'énoncerait comme suit « à prendre des dispositions et des mesures incitatives visant à assurer des ressources en faveur des personnes qui ont à charge des personnes âgées ; ». Au paragraphe 1.4), l'expression « de la famille et de la communauté » devrait être remplacée par « de leur famille et de la communauté ». Au paragraphe 1.5), le mot « économique, » devrait être inséré après « maltraitance ». Un nouveau paragraphe, inséré après le paragraphe 1.8), s'énoncerait comme suit « à prévoir des soins pour les personnes âgées au niveau des soins de santé publique dans les systèmes de santé nationaux existants ; ». Au paragraphe 3.3), le mot « l'économie » est à remplacer par « la communauté ». Au paragraphe 3.4), il conviendrait d'insérer les mots « en santé » après « recherche », ainsi que les mots « les stratégies, politiques et interventions » avant « de prévention de la maladie ».

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) propose les amendements ci-après : dans la version anglaise du nouvel alinéa qu'il a été proposé d'insérer après le paragraphe 1.3), il conviendrait de remplacer le mot « elderly » par « older persons » et, au paragraphe 1.4), de remplacer « family » par « families ». Au paragraphe 3.3), il serait peut-être souhaitable de conserver la référence à l'économie, car les personnes âgées peuvent apporter une contribution à cet égard.

Mme MEULENBERGS (Belgique) souscrit à cette proposition mais souhaite que l'on mentionne également la communauté.

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) souhaite apporter une modification au libellé du nouveau paragraphe qu'il a proposé d'insérer après le paragraphe 1.3) ; celui-ci se lirait comme suit « à prendre des dispositions et des mesures incitatives visant à assurer des ressources en faveur des personnes – physiques ou morales – qui ont à charge des personnes âgées ; ».

Mme WILSON (Canada), se référant à l'amendement proposé au paragraphe 3.4) tendant à insérer les mots « en santé » après « recherche », souligne que, s'il est spécifié dans la résolution qu'il s'agit de recherche en santé, l'OMS risque d'être amenée à exclure d'autres formes pertinentes de recherche, en matière par exemple de modélisation économique des soins aux personnes âgées ou de dispositions à prendre en faveur des dispensateurs de soins, alors que de tels travaux permettraient peut-être d'élargir son champ d'action.

Mme BAQUERIZO (Equateur) demande si le nouveau paragraphe qu'il est proposé d'insérer après le paragraphe 1.3) comporterait effectivement une référence aux personnes morales autant que physiques, référence qui lui paraîtrait effectivement souhaitable.

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne à nouveau lecture des amendements qu'il a été proposé d'apporter au projet de résolution.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) souhaiterait des précisions au sujet de l'amendement tendant à inclure la notion de prise en charge « physique et morale » dans le nouvel alinéa que le délégué du Maroc a proposé d'ajouter après le paragraphe 1.3).

Mme BAQUERIZO (Equateur) réitère son appui à la proposition tendant à inclure une référence aux « personnes physiques ou morales qui ont à charge des personnes âgées ».

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) comprend bien la différence qui existe entre soins dispensés à une personne physique et responsabilité juridique de la prise en charge, mais souligne que l'aspect juridique n'est pas correctement rendu par le terme « moral ».

Mme BAQUERIZO (Equateur) précise que l'adjectif « moral » a été choisi parce que, dans le passé, la terminologie utilisée pour désigner les personnes physiques et les entités juridiques a été source de confusion.

Le Dr YOUNES (Secrétaire) propose le libellé suivant : « à prendre des dispositions et à encourager l'instauration de mesures visant à assurer des ressources en faveur des personnes qui prennent physiquement soin ou qui sont juridiquement responsables de personnes âgées ; ».

Mme BAQUERIZO (Equateur) souligne que ce qui est préconisé, c'est d'établir une distinction entre les particuliers et des entités juridiques telles qu'organisations ou fondations ayant à charge des personnes âgées.

Pour le Dr YOUNES (Secrétaire), le libellé suivant correspondrait peut-être à ce que l'on souhaite exprimer : « à prendre des dispositions et à encourager l'instauration de mesures pour que des particuliers ou des tuteurs légaux puissent disposer de ressources pour s'occuper de personnes âgées ; ».

Mme BAQUERIZO (Equateur), appuyée par le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine), se rallie à cette proposition.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

¹ 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 WHA58.16.

Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool : Point 13.14 de l'ordre du jour (résolution EB115.R5 ; document A58/18)

Le Dr OSMAN (représentant du Conseil exécutif) rappelle que le Conseil est parvenu à un consensus au sujet de la nécessité de s'attaquer aux conséquences médicales, sociales et économiques de l'usage nocif de l'alcool. L'action menée par l'Organisation dans ce domaine a été approuvée, mais des points de vue divergents se sont fait jour quant à l'éventuel recours à une stratégie analogue à celle adoptée dans le cas du tabac – à savoir un cadre juridique international de réglementation pour l'alcool – et quant au rôle de l'industrie de l'alcool. A cet égard, les effets bénéfiques pour la santé de la consommation d'alcool démontrés par certaines études ainsi que les dangers inhérents à la production et à la consommation illicites d'alcool ont été évoqués. Certains membres ont fait valoir que le Secrétariat allait devoir veiller à la transparence, à l'impartialité et à une représentation équilibrée des Régions et des sexes lors de la sélection des experts qui siègeraient au sein de groupes consultatifs appelés à tenir des consultations techniques sur l'alcool et sur les activités du Secrétariat en la matière. L'accent a aussi été mis sur la nécessité d'inclure les mesures spécifiques ci-après pour lutter contre les problèmes liés à l'alcool : diffusion d'informations scientifiques sur les effets de l'usage de l'alcool et actions en faveur d'une meilleure prise de conscience de ceux-ci ; imposition de taxes et licences pour les ventes d'alcool ; interventions auprès des agences de publicité et des médias pour qu'ils ne présentent plus la consommation d'alcool sous un jour par trop flatteur ; conclusion d'accords de libre-échange pour la commercialisation des boissons alcoolisées ; promotion de la santé mentale et mesures visant à rendre les individus, les familles et les communautés mieux à même de résister aux pressions extérieures les incitant à consommer de l'alcool ; lutte contre les violences familiales liées à la consommation d'alcool ; promotion de l'éducation à des modes de vie sains et à des comportements responsables à l'égard de l'alcool ; enfin, recherche d'un juste équilibre dans la façon de traiter les questions relatives à l'alcool, en mettant particulièrement l'accent sur les problèmes de santé publique imputables à l'alcool. Le Conseil a adopté la résolution EB115.R5, qui contient un projet de résolution soumis à l'Assemblée de la Santé pour adoption.

Mme SCHLEDER-LEUCK (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, et des pays candidats à l'adhésion – Croatie et Turquie –, réaffirme le soutien de ces pays au projet de résolution présenté dans la résolution EB115.R5, dont ils se sont portés coauteurs. Après d'intenses discussions, le Conseil est parvenu, à sa cent quinzième session, à un compromis équilibré que tous les Etats Membres devraient juger acceptable ; Mme Schleder-Leuck leur demande instamment d'approuver le projet de résolution.

M. RYAZANTSEV (Fédération de Russie) estime que le rapport fait à juste titre figurer l'usage nocif de l'alcool parmi les pires facteurs de risque qui soient au monde. Il est un sujet de préoccupation majeur pour la Fédération de Russie. Plus de 2 millions de personnes souffrant des effets de la consommation d'alcool sont actuellement traitées et plus de 2 millions de nouveaux cas d'alcoolisme sont signalés chaque année. La consommation de bière par les jeunes gens et les adolescents, fort répandue, inquiète particulièrement. On s'emploie donc à informer la population des dangers de la consommation d'alcool. La publicité pour les boissons alcoolisées autres que la bière est illégale et il est prévu d'étendre cette mesure à la bière. Quiconque est surpris conduisant sous l'emprise de l'alcool peut se voir retirer son permis de conduire pour une durée maximum de deux ans. Les personnes souffrant des effets nocifs de l'alcool ont accès à des établissements médicaux, mais l'efficacité du traitement dispensé n'est pas très satisfaisante et reste à améliorer. La Fédération de Russie approuve les mesures envisagées par le Secrétariat en ce qui concerne l'alcool et l'élaboration de recommandations visant à alléger la charge des troubles liés à l'alcool. Il appuie le projet de résolution, tout en soulignant qu'il n'existe pas d'équivalent satisfaisant en russe de l'expression « usage nocif de l'alcool ». Il propose donc de parler des « conséquences nocives de la consommation d'alcool ».

Le Dr THAKSAPHON THAMARANGSI (Thaïlande) déclare que, dans son pays, l'alcool vient en troisième position parmi les facteurs de risque les plus graves. Plus de 25 % des problèmes de santé mentale sont causés par l'alcool, et les taux de morbidité et de mortalité élevés dus aux accidents de la circulation s'expliquent en partie par la conduite sous l'emprise de l'alcool. Chez les jeunes, la consommation d'alcool mène aussi à la violence, à la toxicomanie, aux grossesses précoces, aux rapports sexuels à risque et à l'infection à VIH. En 2000, la Thaïlande a été classée parmi les dix pays où la consommation d'alcool est la plus forte. Le Gouvernement a promulgué une législation pour limiter la durée et contrôler le contenu de la publicité télévisée en faveur des boissons alcoolisées. Les dix mesures retenues parmi un large éventail d'options offertes aux décideurs qui sont présentées dans le rapport comme constituant les meilleures pratiques aideront les pays à bien choisir leur stratégie. Etant donné qu'à la différence des drogues illicites, l'alcool est en vente libre, les pays doivent se doter de stratégies efficaces pour réduire à la fois sa consommation et ses effets nocifs.

Dans la résolution WHA36.12 sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool, cette question avait été citée comme l'une de celles devant faire l'objet d'une journée mondiale de la santé : or il n'a pas encore été donné effet à cette résolution, adoptée voici 22 ans. La Thaïlande demande donc que cette question soit choisie pour thème de la Journée mondiale de la Santé de 2010. Le Dr Thaksaphon Thamarangsi appuie sans réserve le projet de résolution et escompte qu'elle sera largement mise en oeuvre. Il propose d'y apporter les modifications suivantes : au début du premier alinéa du préambule, remplacement de « Rappelant » par « Réaffirmant » ; au paragraphe 1.1), insertion d'une note de bas de page après « stratégies », qui serait ainsi conçue : « par exemple, les « dix meilleures pratiques » dont il est fait mention dans le rapport publié sous la cote A58/18 ».

M. GUNNARSSON (Islande), s'exprimant au nom des pays nordiques, insiste sur l'importance que ceux-ci attachent au projet de résolution. Une proportion considérable de la charge mondiale des maladies est imputable aux problèmes liés à l'alcool. Pour continuer à remplir son rôle de première autorité mondiale en matière de santé, l'OMS doit de toute urgence prendre des mesures pour s'attaquer à ce risque sanitaire majeur. Parvenir à un consensus sur le texte du projet de résolution a été une tâche ardue, car il existait de multiples divergences de vues. Le libellé actuel représente la meilleure solution possible, et l'intervenant invite instamment les délégués à l'adopter, avec les deux amendements proposés par la Thaïlande.

Le Dr SINGH (Inde) appuie le projet de résolution, auquel il propose d'apporter les modifications suivantes : insertion, après le paragraphe 1.1), d'un nouveau paragraphe qui se lirait comme suit « d'envisager l'instauration d'une taxe sur les ventes d'alcool, dont le produit serait consacré à des programmes de prévention de l'alcoolisme et au traitement des personnes dépendantes » ; après le paragraphe 2.5), insertion d'un nouveau paragraphe ainsi conçu « de préparer un rapport sur les liens existant entre consommation d'alcool et comportements à haut risque, y compris la propagation du VIH/SIDA, et sur les méthodes permettant de réduire ce risque ».

M. DE CASTRO SALDANHA (Brésil) appuie sans réserve le projet de résolution, qui met l'accent sur les conséquences de l'usage de l'alcool pour la santé publique et sur la nécessité d'en faire l'un des grands domaines prioritaires de l'action mondiale dans le domaine de la santé. Le Brésil a mis en oeuvre un programme national sur l'alcool visant à étendre la couverture médicale offerte aux alcooliques et aux toxicomanes et à leur famille, et à accélérer leur réadaptation et leur insertion sociale. Il est indispensable de mener des actions de promotion de la santé dans les écoles, sur les lieux de travail, dans les centres de santé et au sein des collectivités afin de discréditer les images stéréotypées associées à la consommation d'alcool. Le Ministère de la Santé est en train de mettre au point un plan de prévention de l'usage nocif de l'alcool. Etant donné l'ampleur du problème et les dégâts dont il est la cause, il est crucial de mobiliser la société tout entière afin d'obtenir qu'elle apporte son soutien à la mise en oeuvre des politiques publiques relatives à l'usage de l'alcool.

M. RECINOS TREJO (El Salvador), s'exprimant au nom du Groupe des pays d'Amérique latine, déclare que ceux-ci sont bien conscients des problèmes de santé associés à l'usage nocif de l'alcool et que c'est la raison pour laquelle ils ont activement participé à la rédaction du projet de résolution. Ce projet que défend le Groupe représente un équilibre délicat entre différents points de vue, et il serait très souhaitable qu'il soit adopté sans modification.

M. LANGAT (Kenya) rappelle qu'un tiers de la population mondiale consomme de l'alcool, dont les effets nocifs sont une grave source de préoccupation, au Kenya comme ailleurs. Une enquête réalisée récemment à l'échelle du pays a montré que la consommation d'alcool est l'un des principaux facteurs de risque pour la santé et qu'elle a de graves conséquences du point de vue de l'infection à VIH, en particulier chez les jeunes. Le Kenya a entrepris de s'attaquer au problème en sensibilisant le public et en veillant au respect de la réglementation sur la publicité pour l'alcool et sur d'autres formes de toxicomanie. Il a lancé une campagne nationale d'information et d'éducation du grand public, mais ses efforts sont freinés par le manque de ressources. La consommation d'alcool illicite est un sujet d'inquiétude majeur, car elle a été à l'origine de centaines et de centaines de décès ces dernières années. On est en train de mettre en place des centres de soutien psychologique pour faire face au problème. Le Kenya appuie le projet de résolution.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) dit que l'usage nocif de l'alcool contribue beaucoup à la charge mondiale de morbidité et que c'est la raison pour laquelle son pays figure parmi les auteurs du projet de résolution. Bien que ce soit en dernière analyse aux Etats Membres qu'il incombe de prendre les mesures voulues, l'OMS a un rôle essentiel à jouer aux niveaux mondial et régional, en apportant les informations nécessaires ; à cet égard, les Pays-Bas sont prêts à fournir leur appui dans le cadre d'un vaste partenariat. L'OMS devrait aussi engager des discussions avec tous les responsables et partenaires concernés, y compris l'industrie de l'alcool.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) félicite l'OMS de la façon dont elle assume son rôle de chef de file eu égard à l'importance de l'alcool en tant que facteur de risque de traumatismes et de maladies non transmissibles. L'alcoolisme est responsable de 4 % de la charge mondiale de morbidité, soit une proportion comparable à celle imputée au tabagisme. Un principe fondamental sous-tend la position de la Nouvelle-Zélande en la matière, à savoir l'équilibre à trouver entre les bienfaits et les effets nocifs associés à l'usage de l'alcool. Pour certains groupes de population et dans certains contextes, même de petites quantités d'alcool peuvent être préjudiciables. De même, les données dont on dispose actuellement donnent à penser que, pour certaines maladies non transmissibles telles que le cancer du sein, le risque augmente proportionnellement à la consommation sans qu'il semble y avoir de limite inférieure de sécurité. Compte tenu de l'incidence grandissante de l'usage de l'alcool, la Nouvelle-Zélande appuie le projet de résolution ainsi que les amendements proposés par la Thaïlande.

Mme YOUNG (Jamaïque) déclare que, bien que l'alcoolisme continue de poser un problème dans son pays, on y observe une diminution régulière des taux de consommation. Les stratégies de prévention mises en oeuvre sont conformes à celles préconisées dans le rapport. L'imposition de taxes, qui n'est pas du ressort des ministères de la santé, ne paraît pas une bonne solution ; il est préférable de privilégier les programmes d'éducation et de promotion de la santé qui, à la Jamaïque, ont permis d'obtenir une diminution de la consommation dans tous les groupes d'âge. Mme Young appuie le projet de résolution, remerciant les pays nordiques et la Thaïlande de leur travail ; elle serait favorable à l'idée de prendre le titre du projet de résolution pour thème de la Journée mondiale de la Santé 2007.

M. WANGCHUK (Bhoutan), ayant loué la qualité du rapport, fait état des préoccupations que lui inspirent les taux importants et de plus en plus élevés de morbidité, de traumatismes, d'incapacités et de décès prématurés imputables à l'alcool dans son pays. Des ressources considérables sont consacrées à ce problème, dont les conséquences sociales et économiques sont loin d'être négligeables. L'approche holistique adoptée par l'OMS pour traiter des problèmes liés à l'alcool ainsi

que l'accent mis par elle sur les mesures à prendre pour réduire la consommation et sur des stratégies efficaces de promotion de la santé, en particulier à l'intention de la jeunesse, sont les bienvenus. Le Bhoutan appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par la Thaïlande.

Le Dr BELBEISI (Jordanie) rappelle que l'islam proscrit la consommation d'alcool, dont les conséquences sur la santé sont catastrophiques, qu'elles soient directes ou indirectes, comme dans le cas de la propagation accrue du VIH associée aux relations sexuelles non protégées. La Jordanie a pris diverses mesures, telles la fixation à 18 ans de l'âge minimum pour l'achat d'alcool, l'imposition de lourdes taxes sur l'alcool, l'interdiction totale de la conduite sous l'emprise de l'alcool et de la publicité pour l'alcool, et la mise en place de programmes de réadaptation des alcooliques. Il appuie donc sans réserve le projet de résolution.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) juge le rapport excellent et, s'alignant sur la position de l'Union européenne, il appuie le projet de résolution. Le Secrétariat devrait aider les Etats Membres à suivre l'évolution des problèmes liés à l'alcool, l'objectif étant de confirmer les données scientifiques et empiriques relatives à l'efficacité des politiques, notamment celles visant à prévenir la conduite automobile sous l'emprise de l'alcool, la consommation d'alcool durant la grossesse et la consommation d'alcool par les jeunes. Le Portugal, dont les taux de consommation d'alcool et de problèmes liés à l'alcool sont élevés, a lancé un plan d'action national pour lutter contre ces phénomènes ; ce plan comprend divers projets de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ainsi que des mesures d'ordre législatif. On est en train de collecter des données sur les problèmes liés à l'alcool et d'élaborer des programmes de formation à l'intention des personnels de santé, axés sur les dangers de l'alcoolisme et les dégâts qu'il provoque, et une équipe spéciale a été chargée de coordonner l'action menée en la matière à l'échelle nationale. Le Portugal participe aussi au Projet européen sur l'alcool (projet PHEPA) et au Réseau international sur les interventions brèves en matière d'alcoolisme (INEBRIA), (International Network on Brief Interventions for Alcohol Problems), et il escompte collaborer avec le Secrétariat pour faire avancer les travaux dans ce domaine.

Le Dr YAN Jun (Chine) accueille le rapport avec satisfaction, estimant que la charge de morbidité liée à l'usage de l'alcool, notamment dans les pays en développement, ne retient pas suffisamment l'attention. L'alcoolisme pose un problème en Chine, où près de 100 millions de personnes consomment de l'alcool, dont 21 % de jeunes de plus de 15 ans (surtout des garçons) ; des interventions à visée thérapeutique sont donc en préparation. La Chine participera activement aux travaux futurs de l'OMS sur les problèmes liés à l'alcool, et elle souhaite bénéficier des avis techniques du Secrétariat. L'Organisation doit intensifier ses recherches concernant les effets de l'usage nocif de l'alcool sur la santé et sur la charge de morbidité, afin d'apporter des éléments à l'appui de la formulation de stratégies adaptées. Le Dr Yan Jun appuie sans réserve le projet de résolution, avec les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande.

Mme DEL VALLE MATA LEÓN (République bolivarienne du Venezuela) déclare qu'entre autres mesures législatives auxquelles son pays a eu recours pour faire face aux problèmes de santé liés à l'usage nocif de l'alcool, il a été décidé de fixer un âge minimum légal pour l'achat d'alcool, de restreindre les horaires où la vente d'alcool est autorisée, de taxer l'alcool et d'imposer des restrictions à la publicité relative aux boissons alcoolisées. Mais l'ampleur des problèmes liés à l'alcool dépasse celle des mesures prises, en sorte que ces dernières n'ont pas eu l'effet escompté. Le problème est encore aggravé par un phénomène culturel, le fait de boire étant considéré dans le pays comme une activité conviviale. Il faudrait mettre en place une politique de prévention de la consommation d'alcool visant les personnes qui transgressent de manière patente les normes sociales, en l'assortissant de sanctions ou d'amendes afin d'inciter à des comportements sains. Mme Del Valle Mata León appuie le projet de résolution.

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud) souscrit par avance à la déclaration qui sera faite au nom des Etats Membres de la Région africaine. Son pays connaît des problèmes de santé publique liés à l'alcool analogues à ceux évoqués dans le rapport. La consommation déraisonnable d'alcool est associée à toute une série de problèmes de santé chroniques et contribue notablement à l'augmentation de la mortalité et de la morbidité dues aux traumatismes, aux accidents de la circulation, à la foetopathie alcoolique, à la criminalité et à la violence. L'Afrique du Sud a mis en place un dispositif de surveillance concernant la nature et l'ampleur du phénomène de l'alcoolisme. Une enquête réalisée récemment sur les comportements à risque chez les jeunes a permis de recueillir de précieux renseignements à partir desquels des politiques et programmes pourront être mis au point. Une formation à la prévention des toxicomanies est dispensée dans les écoles, et elle est complétée par des mesures de prévention et de prise en charge des toxicomanies. Une réglementation a été élaborée sur l'étiquetage de tous les récipients contenant de l'alcool. Le Dr Chetty appuie le projet de résolution tel qu'amendé par le délégué de la Thaïlande.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) souligne que l'alcoolisme est une question complexe qui est à l'origine d'importants problèmes de santé publique. C'est la prévention qui permettra de trouver une réponse aux problèmes liés à l'abus d'alcool et d'autres substances, et il faut poursuivre les recherches sur les moyens de relever l'âge où l'alcool est consommé pour la première fois. Dans le passé, l'OMS n'a pas fait preuve de transparence dans les travaux qu'elle a menés sur les problèmes liés à l'abus d'alcool et elle n'y a pas associé toutes les parties intéressées, en sorte que l'efficacité des futurs programmes s'en trouvera amoindrie. Il se félicite des assurances données à la cent quinzième session du Conseil exécutif, où il a été affirmé que le Secrétariat ferait preuve de transparence et s'engageait à travailler en collaboration avec l'industrie des boissons alcoolisées.

Désormais, les travaux de l'OMS sur l'alcool devraient s'appuyer sur les principes suivants : accepter de communiquer intégralement les études scientifiques et épidémiologiques sur lesquelles elle fonde ses résultats et conclusions, et soumettre ces études à un examen collégial ; prendre en considération les données offrant des garanties de rigueur scientifique obtenues par l'industrie ou grâce à un financement de l'industrie, comme c'est le cas pour les industries alimentaire, chimique, pharmaceutique et autres, dès lors que les sources de financement sont indiquées avec précision ; faire preuve de transparence, en sorte que les Etats Membres et les parties intéressées soient tenus pleinement informés des activités et initiatives de l'OMS dans ce domaine ; se montrer impartiale dans la sélection des experts appelés à participer à des consultations techniques sur l'alcool, à l'examen des données recueillies sur les effets de l'alcool sur la santé, et à des comités consultatifs d'experts chargés de faire des recommandations de politique ; être disposée à contacter et consulter toutes les parties intéressées, y compris l'industrie des boissons alcoolisées, lorsqu'il s'agira d'élaborer des politiques en ce qui concerne l'alcool.

M. Hohman ne souscrit pas aux amendements qu'il a été suggéré d'apporter au projet de résolution, notamment la proposition thaïlandaise tendant à ajouter une note de bas de page relative aux meilleures pratiques, ces dernières ne paraissant fondées sur aucun élément probant. Toutefois, si un consensus se fait jour en faveur de cet amendement, il ne s'opposera pas à son adoption. En revanche, il ne saurait accepter l'amendement proposé par le délégué de l'Inde.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie Saoudite) juge le rapport et le projet de résolution fort satisfaisants. Eu égard aux effets préjudiciables que la consommation d'alcool a sur la santé, il propose de modifier le projet en supprimant l'adjectif « nocif » utilisé dans les expressions « usage nocif de l'alcool » et « consommation nocive d'alcool » qui figurent dans le titre et le corps du projet de résolution. Il demande aussi que soient supprimés les mots « et les structures de distribution de boissons alcoolisées » figurant au paragraphe 2.8). Avec ces deux amendements de détail, il appuiera le projet de résolution.

Le Professeur KINDE-GAZARD (Bénin), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, souligne que les problèmes de santé publique associés à la consommation d'alcool, tels qu'ils sont décrits dans le rapport, atteignent désormais des proportions alarmantes ; ils sont passés au

premier plan des risques pour la santé dans les pays en développement. L'alcool est souvent utilisé comme moyen d'oublier les problèmes de la vie quotidienne ; c'est pourquoi l'alcoolisme est si fréquent chez les jeunes. Il serait donc souhaitable de créer des bases de données pour suivre l'évolution de la situation à cet égard.

La Région africaine n'ignore pas qu'une tâche difficile l'attend dans le domaine de la santé publique. Parmi les multiples problèmes auxquels elle a à faire face, on peut citer la pénurie de centres de traitement de l'alcoolisme adéquats, l'invasion de produits alcoolisés de qualité douteuse que connaissent les pays africains, la publicité agressive en faveur des boissons alcoolisées. La Région, déjà gravement affectée par des maladies endémiques telles que le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose n'en réaffirme pas moins son engagement en faveur des mères et des enfants. Elle soutient donc les stratégies préconisées par l'OMS pour lutter contre l'abus d'alcool et ses effets, notamment le dépistage prénatal et l'aide aux victimes de l'alcoolisme. Le Professeur Kinde-Gazard appuie le projet de résolution.

Le Dr SINGH (Inde) suggère que l'OMS se penche sur les problèmes qu'il a évoqués précédemment et se dit prêt à retirer les amendements qu'il a présentés.

Pour le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba), le rapport démontre que les problèmes liés à la consommation d'alcool représentent un risque sérieuse pour la santé publique. Dans la Région des Amériques, la consommation d'alcool a progressé au cours des années 80 en raison de l'accroissement des moyens financiers et de l'augmentation de l'offre d'alcool sur le marché. A Cuba, un programme de prévention a déjà donné des résultats et a notamment permis de réduire de moitié la consommation d'alcool. Il apparaît donc important de restreindre l'offre de ces produits et de proposer d'autres solutions aux personnes dépendantes, qui soient de nature à les encourager à changer de mode de vie. Cuba a mis au point des stratégies permettant d'identifier les groupes à haut risque et d'associer toutes les parties prenantes relevant du secteur de la santé, et notamment les dispensateurs de soins de santé primaires. Il appuie le projet de résolution, mais demande que l'amendement proposé par le délégué de la Thaïlande soit distribué par écrit.

Le Dr NABAE (Japon) appuie lui aussi le projet de résolution et loue la façon dont le Secrétariat se montre résolu à soutenir les efforts des Etats Membres. Les problèmes posés par l'usage nocif de l'alcool vont bien au-delà des aspects sanitaires et concernent une sphère sociale plus vaste, englobant la délinquance, les violences familiales et le chômage. Le Japon compte sur l'OMS pour lui fournir une assistance conçue en fonction de projets s'appuyant sur des données scientifiques solides, par l'intermédiaire des centres collaborateurs existant dans différents Etats Membres.

Le Dr AKBARI (République islamique d'Iran) déclare que la consommation d'alcool porte atteinte aux quatre aspects fondamentaux de la santé, à savoir le bien-être biologique, psychologique, social and spirituel. Il propose de modifier comme suit le projet de résolution : au quatrième alinéa du préambule, les mots « , en particulier » devraient être insérés après « dommages » ; à la fin du sixième alinéa du préambule, il conviendrait d'ajouter les mots « ainsi que la violence » ; l'adjectif « nocif » serait retiré de l'ensemble du texte ; au paragraphe 1.2), les mots « les personnalités religieuses, » devraient être insérés après « y compris » ; enfin, il conviendrait de remplacer le paragraphe 2.2) par le texte suivant : « de réunir un groupe d'experts chargé de rédiger une convention ou un autre instrument juridique comparable à la Convention-cadre pour la lutte antitabac en vue de restreindre la production, la distribution, la commercialisation et la consommation d'alcool ; ».

M. RAMOTSOARI (Lesotho) loue la qualité du rapport. Dans son pays, la consommation excessive d'alcool est un fléau très répandu qui porte atteinte à la vie sociale, ainsi que l'attestent par exemple l'augmentation du nombre des divorces et la fréquence des mauvais traitements à enfants. Le phénomène est également à l'origine d'importants problèmes de santé publique, et notamment d'accidents de la circulation. Il est donc très souhaitable que l'OMS continue de mobiliser toutes les

parties prenantes, et notamment les fabricants de boissons alcoolisées, afin de les associer à la recherche de solutions. L'Organisation devrait à cet égard opter pour une approche à la fois scientifique et transparente. Le Gouvernement du Lesotho a commencé à envisager des programmes concrets de lutte contre l'alcoolisme, en collaboration avec des producteurs de bière. M. Ramotsoari souhaite vivement que le projet de résolution soit adopté.

Le Dr CHITUWO (Zambie) signale que son pays connaît une augmentation des accidents de la circulation, des violences à l'égard des femmes et l'infection à VIH. Lorsque l'alcool ne faisait pas encore l'objet d'une véritable commercialisation, les boissons alcoolisées n'étaient consommées que dans certains contextes culturels tels que les mariages. Or la consommation d'alcool est devenue un phénomène de mode du fait de publicités agressives, en particulier à la télévision. Les stratégies élaborées par l'OMS pour combattre l'usage nocif de l'alcool sont donc les bienvenues et devraient être incorporées aux actions plus vastes menées au titre des campagnes de lutte contre la pauvreté. Il appuie donc le projet de résolution.

Le Dr MACHATINE (Mozambique) dit que l'abus d'alcool préoccupe les pouvoirs publics de son pays, qui s'inquiètent de ses conséquences telles que violences au foyer, accidents de la circulation et atteintes physiques, notamment parmi la jeunesse, et elle appuie le projet de résolution.

Le Dr ST JOHN (Barbade) appuie elle aussi le projet de résolution et félicite l'OMS du travail qu'elle accomplit dans ce domaine. Au niveau des pays, les gouvernements peuvent mettre en oeuvre des politiques non discriminatoires appropriées pour protéger la santé publique ; à la Barbade, un tel programme entrepris pour s'attaquer au problème donne d'excellents résultats. Il se fonde sur les principes suivants : collaboration entre toutes les parties prenantes, le Gouvernement, les organisations non gouvernementales et le secteur privé. L'industrie de l'alcool de la Barbade a démontré qu'elle est acquise à l'idée d'une interaction positive avec l'OMS en contribuant à la prévention de la conduite sous l'emprise de l'alcool dans le cadre de la Journée mondiale de la Santé 2004, où l'accent était mis sur la sécurité routière. Il est d'ailleurs envisagé que cette industrie parraine une conférence internationale sur les meilleures pratiques industrielles en matière d'autorégulation. La politique nationale est axée sur l'incitation à consommer l'alcool de façon raisonnable, sur l'intégration de stratégies de prévention aux services de promotion des soins de santé primaires, tel le programme d'éducation des adolescents, sur la mise en oeuvre de programmes de sevrage de substances donnant lieu à abus, sur des campagnes de sensibilisation ainsi que sur des mesures répressives destinées à réduire les accidents de la circulation, telles que législation sur la ceinture de sécurité et utilisation d'alcootests.

Mme GILDERS (Canada) indique que son pays appuie sans réserve le projet de résolution dans sa version actuelle et qu'il est notamment attaché à la façon dont les termes en ont été renforcés pour souligner l'importance de la collaboration avec différentes parties prenantes, et notamment l'industrie, s'agissant des initiatives à prendre pour atténuer les effets nocifs de la consommation d'alcool. Il faut souligner que ce libellé résulte d'un délicat équilibre trouvé lors des négociations qui ont eu lieu à la cent quinzième session du Conseil exécutif. En novembre 2004, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada a montré que la plupart des Canadiens âgés de 15 ans et plus boivent modérément et sans dommage ; mais il en est aussi ressorti que l'absorption épisodique massive d'alcool est en augmentation chez les jeunes, et des campagnes de sensibilisation et de prévention ciblant ce groupe d'âge s'imposent pour faire face à ce phénomène préoccupant.

Le Canada accueille le rapport avec satisfaction et se félicite de l'initiative prise par le Conseil ; il escompte que l'Assemblée de la Santé adoptera le projet de résolution et, désireux d'en arriver au consensus, il est disposé à accepter les amendements mineurs proposés par la Thaïlande et remercie l'Inde de l'esprit de conciliation dont elle a fait preuve.

Le Dr NABLI (Tunisie) appuie le projet de résolution, et propose que l'on définisse les limites de l'usage nocif et non nocif de l'alcool et que l'on renforce les échanges internationaux d'informations concernant l'usage nocif de l'alcool et la mise en oeuvre de stratégies ciblant essentiellement les jeunes, lesquelles sont nouvelles pour certains pays, dont la Tunisie. Toutes les stratégies de prévention des comportements à risque en général et de la consommation de substances psychoactives en particulier devraient faire partie d'un même programme, concernant la santé mentale par exemple, et être intégrées aux soins de santé primaires afin de rationaliser l'utilisation des ressources existantes. Il faudrait réfléchir à la pertinence de l'élaboration d'une convention-cadre pour la lutte contre l'usage nocif de l'alcool, comparable à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas) partage la plupart des préoccupations exprimées au sujet de l'usage nocif de l'alcool, phénomène qui compte pour beaucoup dans la charge de morbidité aux Bahamas et ne semble nullement en passe de régresser. C'est fort justement que le délégué de la Zambie a fait observer que ce problème est à considérer dans le contexte de la lutte contre la pauvreté et qu'il faut s'en prendre à la publicité ciblant les jeunes et les pauvres. Le Dr Dahl-Regis souscrit aux appels lancés en faveur d'un consensus. Elle partage les préoccupations du délégué des Etats-Unis d'Amérique au sujet de la détermination des meilleures pratiques, et elle appuie le projet de résolution dans son libellé actuel.

Le Dr ABDULLA (Soudan) appuie fermement le projet de résolution. Il est indiqué dans le rapport qu'une consommation faible ou modérée d'alcool protège de certaines cardiopathies, mais cette assertion n'est pas fondée scientifiquement et ne tient pas compte des conclusions d'autres études valables menées en coopération avec l'OMS, qui en sont arrivées à des résultats totalement différents. Par exemple, l'Etude comparative de la consommation d'alcool dans l'Union européenne de 2001 réalisée dans 15 pays d'Europe a conclu à l'absence d'avantages manifestes pour l'état cardiaque.

Pour ce qui est de l'élaboration des politiques, celles-ci doivent être préparées sur la base de données factuelles s'appuyant sur l'énorme quantité de recherches de grande qualité effectuées sur cette question au niveau international. Ces politiques doivent être formulées et mises en oeuvre aux niveaux national et local de façon à se renforcer mutuellement, et elles ne doivent pas se concentrer sur des cas extrêmes. Il faut également mettre au point des plans nationaux assortis d'un calendrier précis ; à cet fin, on peut s'inspirer des plans régionaux et multinationaux existants. Les plans nationaux doivent être adaptés aux conditions locales, et les pays seront amenés à faire appel aux compétences techniques de l'OMS à cet égard.

M. VOIGTLÄNDER (Allemagne) estime qu'il faudrait davantage mettre l'accent sur la prévention de la consommation immodérée d'alcool chez les jeunes, notamment en les aidant à acquérir un sens critique à l'égard des habitudes de consommation excessive. C'est une tâche qui est loin d'être aisée, mais elle est indispensable, car la jeunesse est parfois prise pour cible de manière agressive par les stratèges de la commercialisation et de la publicité. Il convient donc de privilégier des approches intégrées visant à accroître le sens des responsabilités de tous les groupes sociaux. Il faudrait aussi compléter la formation des professionnels de la santé afin qu'ils soient à même de conseiller les patients auxquels leur consommation d'alcool fait courir des risques.

Lors de la mise en oeuvre de la stratégie de l'OMS, toutes les parties intéressées, y compris l'industrie de l'alcool, devront assumer leur part de responsabilité dans la mise au point de méthodes efficaces pour lutter contre les modes de consommation nocifs. C'est avec satisfaction que M. Voigtländer a appris que la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé serait saisie d'un rapport consacré aux stratégies et interventions tendant, à partir de données factuelles, à atténuer les problèmes liés à l'alcool. Le Gouvernement allemand ainsi que le Centre fédéral allemand d'éducation pour la santé sont tout disposés à coopérer à la mise en place d'une stratégie globale de prévention de l'alcoolisme aux niveaux national et international.

Le Dr SANGALA (Malawi) loue la qualité du rapport. Un problème particulièrement important aux yeux de son Gouvernement est celui des accidents de la circulation, qui sont en train de prendre des proportions épidémiques dans le pays et ont d'énormes conséquences économiques et sociales. Le Ministère de la Santé a dû ouvrir de nouveaux services de traumatologie dans les hôpitaux d'orientation-recours afin d'accueillir un nombre croissant de patients, ce qui a pour effet de solliciter davantage encore un système de soins déjà surchargé. Il pourrait donc être souhaitable d'insérer un nouvel alinéa entre les paragraphes 2.4) et 2.5), dont le libellé serait le suivant : « d'apporter aide et assistance aux Etats Membres en leur communiquant des données techniques pertinentes sur la technologie des alcootests, afin que le personnel médical et les agents de la force publique puissent s'en servir ; ».

Le Dr CICOGNA (Italie) juge le projet de résolution très satisfaisant ; il réaffirme des prises de position antérieures, présente clairement la situation et identifie les mesures à prendre à titre prioritaire ; il faut espérer que les délégations ne compromettent pas le fragile équilibre auquel on est parvenu. Il faudra faire preuve de bonne volonté, d'esprit de conciliation et de bon sens pour arriver à s'accorder sur un texte dont la rédaction a été très difficile. Il s'agit d'une question beaucoup trop importante pour que l'on prenne le risque de ne pas parvenir à un consensus. Ce projet de résolution devrait être adopté avec les deux amendements mineurs proposés par la Thaïlande.

Le Dr AL-HUSSEIN (Arabie saoudite) appuiera le projet de résolution à condition qu'il ne soit pas fait mention, au paragraphe 2.8), des structures de distribution de boissons alcoolisées.

Mme NADAKUITAVUKI (Fidji) déclare que la consommation d'alcool est l'un des principaux facteurs de risque de mauvaise santé et de décès prématurés par maladies non transmissibles dans la région du Pacifique. Elle a de graves conséquences économiques et sociales et peut donner lieu à des comportements violents – violences au foyer, accidents de véhicules à moteur et suicides, notamment. A Fidji, l'abus d'alcool et d'autres substances est en train de devenir un vrai problème de santé publique ; selon une enquête menée en 2002, 45 % de la population avait déjà consommé de l'alcool et 24 % en consommait actuellement, l'absorption épisodique massive d'alcool étant la plus fréquente dans le groupe d'âge des 35-44 ans, chez les hommes comme chez les femmes. Le Gouvernement a mis en place un conseil sur l'abus d'alcool et d'autres substances. Les taxes sur l'alcool augmentent chaque année et l'âge minimum autorisé pour l'achat de boissons alcoolisées va être porté de 18 à 21 ans. Une limitation des heures de vente est imposée et les ventes d'alcool sont interdites les dimanches et jours fériés, la vente illicite étant passible de lourdes amendes. Les alcootests effectués fortuitement par la police sur les conducteurs de véhicules, lorsqu'ils donnent des résultats positifs, peuvent donner lieu à une suspension du permis de conduire et à de lourdes sanctions imposées par les tribunaux. Face à la charge toujours plus lourde des maladies non transmissibles et du VIH/SIDA, et à leur lien avec la consommation d'alcool, le Ministère de la Santé a élaboré un plan stratégique de lutte contre les maladies non transmissibles en coopération avec divers organismes tels que le Conseil national de la sécurité routière. Des mesures législatives concernant l'alcool devraient être prises durant l'année en cours et des campagnes d'éducation sont menées à ce sujet dans les écoles et par l'intermédiaire des médias. Le Centre national de promotion de la santé a récemment organisé, en collaboration avec l'OMS, un atelier destiné au personnel de santé ; il était consacré au dépistage et aux interventions à mener dans les cas impliquant des problèmes d'alcool. On s'emploie aussi à mettre sur pied des groupes de soutien analogues aux Alcooliques Anonymes. Mme Nadakuitavuki soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Dr EL ISMAILI ALAOUI (Maroc) appuie lui aussi fermement le projet de résolution. L'usage de l'alcool est un phénomène complexe. Ainsi, qu'entend-on par usage « nocif », et que serait à cet égard la quantité limite ? Le problème est d'autant plus compliqué que s'y rencontrent le religieux, le culturel, la tradition, le social et l'économique. C'est la raison pour laquelle l'OMS devrait agir au niveau de ses bureaux régionaux pour entreprendre des études visant à mieux

comprendre le phénomène et élaborer les stratégies appropriées pour y faire face. Le fait que le Maroc est un pays musulman ne signifie pas que les problèmes dus à l'usage abusif de l'alcool y sont inconnus.

M. AL-LAWATI (Oman) appuiera le projet de résolution à condition que l'adjectif « nocif » en soit partout retiré. Aucune donnée scientifique ne vient expliciter le concept de « nocivité » et les délégués de la République islamique d'Iran et de la Tunisie ont fait valoir à juste titre qu'un tel concept doit être défini avec plus de rigueur. Il serait hautement souhaitable que le Directeur général tienne des consultations en vue de retenir un terme correspondant à une notion juridique précise et de mettre en place un cadre pour l'usage de l'alcool dans le monde entier.

Mme Tafa (Botswana) indique que le Gouvernement du Botswana est particulièrement inquiet de la part qu'a la consommation d'alcool dans les taux de mortalité et de morbidité élevés résultant de traumatismes dus aux accidents de la circulation, de violences interpersonnelles et notamment de violences à l'égard des femmes et des enfants, et de comportements sexuels irresponsables risquant de conduire à une propagation du VIH et d'autres affections sexuellement transmissibles.

Elle appuie sans réserve le projet de résolution et suggère que, lorsque l'on mettra au point des cadres multisectoriels pour s'attaquer au problème du mauvais usage de l'alcool, on s'attache particulièrement à l'assistance aux Etats Membres. Il faudrait aussi faire davantage d'efforts pour sensibiliser les jeunes aux problèmes liés à l'alcool lorsque l'on aborde des questions de santé dans le cadre des programmes scolaires.

Mme VALLE (Mexique) déclare que son pays s'est doté de divers programmes nationaux de lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Les autorités se sont donné pour tâche prioritaire de mettre en place des politiques et programmes éducatifs sur l'alcool, et d'effectuer des études sur la foetopathie alcoolique. Le Comité national sur les toxicomanies s'intéresse actuellement aux modes de consommation d'alcool.

Il serait peu raisonnable de revenir sur le texte d'un projet de résolution qui représente un délicat équilibre entre des positions extrêmes. Le Mexique attend avec intérêt la mise en oeuvre de cette résolution, et sera heureux de prendre connaissance du rapport de situation qui sera soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Il souscrit entièrement aux observations du délégué de l'Italie. De nouvelles modifications du texte compromettraient l'adoption d'une résolution particulièrement importante pour la santé publique.

Le Dr SANGALA (Malawi) se rallie aux arguments présentés par le délégué de l'Italie ; soucieux de parvenir à un consensus, il est disposé à retirer l'amendement qu'il a présenté. Il demande au Secrétariat de préparer un rapport à l'intention de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, dans le but d'aider les pays à élaborer leurs politiques nationales.

Mme BAQUERIZO (Equateur) ne souhaite en aucun cas voir se rouvrir les négociations sur le projet de résolution. Les discussions qui ont mené à son adoption par le Conseil exécutif ont été suffisamment ardues, et le texte de consensus auquel elles ont permis d'aboutir est équilibré et reflète le point de vue de tous les pays participants.

Le Dr RAJALA (Commission européenne) souligne que l'Europe vient au premier rang mondial pour la consommation d'alcool et que les habitudes de consommation de la jeunesse inquiètent particulièrement. En 2001, le Conseil des Ministres a adopté une série de recommandations pour inciter les Etats Membres à s'efforcer de réduire la consommation d'alcool chez les jeunes. La Commission est en train d'élaborer pour l'Union européenne une stratégie de lutte contre les effets nocifs liés à l'alcool et a engagé de larges consultations à ce sujet avec des experts des Etats Membres et différentes parties prenantes, en vue de faire adopter la stratégie au début de 2006. L'European Policy Centre a organisé une table ronde sur les mesures à prendre en ce qui concerne l'alcool dans

l'espoir d'en arriver à un consensus. L'une des principales parties intéressées n'était autre que l'industrie des boissons alcoolisées. La Commission européenne a posé de nombreuses questions aux représentants de cette industrie, sollicitant leur accord pour la formulation de critères de bonne pratique susceptibles de faire l'objet de vérifications indépendantes et d'adaptations le cas échéant. Le Dr Rajala ne manquera pas de faire rapport sur le fruit de ces travaux, espérant que leurs résultats s'avéreront utilisables sur le plan international.

Le PRESIDENT propose de suspendre la séance pour laisser aux délégations la possibilité de rechercher un consensus concernant le projet de résolution.

La séance est suspendue à 11 h 55 et reprend à 12 h 40.

M. GUNNARSSON (Islande) déclare que le consensus ne s'est pas encore dégagé mais qu'il pourrait sans doute être atteint si l'on disposait d'un délai supplémentaire. Appuyé par le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) et Mme GILDERS (Canada), il suggère de poursuivre l'examen de ce point à la séance suivante.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) est également favorable à cette solution. Il demande que le Secrétariat prépare entre-temps un état des incidences financières du projet de résolution tant pour le budget programme en cours que pour le budget programme pour 2006-2007, ainsi que des incidences financières des amendements proposés. Il ne faut pas perdre de vue que les coûts afférents à l'élaboration d'une telle convention seraient nettement plus élevés que ceux encourus lors de la mise au point de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, compte tenu de l'inflation et des fluctuations des taux de change.

Le PRESIDENT suggère de revenir sur ce point de l'ordre du jour à la séance suivante.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la sixième séance, section 4, p. 354.)

Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement : Point 13.21 de l'ordre du jour (résolution WHA57.19 ; document A58/23)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution présenté par les délégations des pays suivants : Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Seychelles, Swaziland, Zambie et Zimbabwe ; le texte est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur les migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement ;¹

Préoccupée par le fait que les migrations et le recrutement de personnels de santé, en particulier de personnels hautement qualifiés et compétents, dans le sens pays en développement-pays développés continuent de représenter un sérieux défi pour les systèmes de santé des pays en développement ;

¹ Document A58/23, Partie F.

Rappelant les demandes formulées à l'intention du Directeur général dans la résolution WHA57.19 et notant avec satisfaction que le Directeur général a pris des mesures pour donner suite à certaines d'entre elles ;

Notant qu'il y a d'autres domaines en matière de migrations internationales des personnels de santé, dans le contexte de la résolution WHA57.19, qui doivent retenir plus particulièrement l'attention du Directeur général ;

Ayant présent à l'esprit le débat de haut niveau qui doit avoir lieu à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 sur les migrations internationales ;

1. EXPRIME SA GRATITUDE au Directeur général pour les mesures qu'il a prises afin de donner suite à certaines des demandes qui lui ont été adressées dans la résolution WHA57.19 ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'intensifier ses efforts pour mettre pleinement en oeuvre la résolution WHA57.19 ;
 - 2) de renforcer le programme de l'OMS concernant les ressources humaines pour la santé en lui affectant des ressources suffisantes, notamment sur les plans financier et humain ;
 - 3) de faire rapport sur l'application de la présente résolution à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite de la décision prise par l'Assemblée mondiale de la Santé de faire figurer parmi les questions de fond inscrites à son ordre du jour celle des migrations internationales des personnels de santé. Le Groupe africain a joué un rôle moteur dans la rédaction de la résolution WHA57.19. Le problème des ressources humaines pour la santé est une question hautement prioritaire pour les chefs d'Etat ou de gouvernement africains, qui ont décidé de proclamer l'année 2004 « Année du développement des ressources humaines en Afrique ». Le Directeur général a déjà donné suite à certaines des demandes qui lui étaient adressées dans la résolution WHA57.19 : il y a lieu de se féliciter en particulier de la nomination d'un envoyé spécial pour les ressources humaines pour la santé ainsi que du travail entrepris pour constituer une base de données minimum sur les migrations afin d'améliorer les dispositifs d'information relatifs aux ressources humaines pour la santé. Des efforts ont aussi été faits en ce qui concerne les accords multilatéraux, mais il est indispensable d'en discerner les effets pervers et de chercher comment les éliminer. Il serait souhaitable que le Directeur général indique où en sont les travaux relatifs au code de bonne pratique évoqué dans la résolution WHA57.19, et que des précisions soient apportées concernant l'initiative prise en matière d'éducation pour favoriser la formation rapide de nouveaux agents de santé dans les pays africains. Il est fort louable d'avoir choisi le développement des ressources humaines pour la santé comme thème pour le rapport sur la santé dans le monde et pour la Journée mondiale de la Santé 2006, mais le financement de ce secteur d'activité est insuffisant et trop peu de ressources lui sont consacrées dans le budget programme 2006-2007.

Elle demande au Directeur général d'informer l'Assemblée de la Santé de l'issue des consultations tenues avec l'Organisation des Nations Unies et les institutions spécialisées sur la possibilité de proclamer une année ou une décennie du développement des ressources humaines pour la santé. Elle souhaiterait savoir quelles mesures ont été prises pour favoriser l'instauration de pratiques équitables en matière de recrutement international de personnel de santé. Le Groupe africain attend un rapport intérimaire sur la faisabilité, le coût et la pertinence de l'adoption d'un instrument international sur cette question, ainsi que les recommandations du Directeur général sur les moyens d'atténuer les effets de la déperdition de personnel de santé dont ont à souffrir les pays intéressés.

Le nouveau paragraphe ci-après devrait être ajouté au projet de résolution :

3. DECIDE de faire figurer parmi les questions de fond inscrites à l'ordre du jour de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé celle intitulée « Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement ».

M. AL KHAILI (Emirats arabes unis) relève avec satisfaction que la question à l'examen sera le thème retenu pour la Journée mondiale de la Santé 2006. Tout en sachant que son pays attire du personnel de santé venant de l'étranger, il n'en est pas moins conscient des effets pervers des migrations internationales. Les Emirats concluent fréquemment des accords avec divers Etats pour le recrutement de personnel infirmier, et les procédures de recrutement sont fort complexes puisqu'elles comportent notamment examens, entretiens et formation à la réglementation applicable localement dans les établissements hospitaliers. Mais bien souvent, les agents ainsi recrutés repartent assez rapidement pour travailler ailleurs. C'est pourquoi il est disposé à appuyer le projet de résolution.

Le Dr AKASHI (Japon) sait gré à l'OMS d'avoir progressé dans l'application de la résolution WHA57.19. Le Japon, conscient de l'importance du développement des ressources humaines, y travaille en coopération dans les pays en développement. Les organisations non gouvernementales et le secteur privé sont souvent d'importants prestataires de services médicaux, mais comme il existe un risque de voir les donateurs se retirer, il est essentiel de renforcer les systèmes de santé publique en encourageant le développement des ressources humaines et en prévenant un « exode » de personnel de santé qualifié. Il faut aussi tenir compte des migrations internes de personnel du secteur public vers le secteur privé, qui affaiblissent les systèmes de santé publique.

M. NESVÅG (Norvège) souligne que la crise mondiale qui affecte le personnel de santé risque de compromettre les efforts faits pour améliorer la situation sanitaire et de porter atteinte à la capacité des pays de lutter contre le SIDA et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. En raison du fossé béant qui existe entre les ressources financières consacrées aux objectifs sanitaires d'un côté et les besoins en personnel qu'il faudrait combler pour obtenir des résultats concrets de l'autre, la crédibilité des partenariats pour le développement et l'ensemble de la structure sanitaire mondiale sont mis en danger.

Les Etats Membres doivent s'attaquer à ce problème. Ils n'ont pas su mettre en oeuvre des codes de bonne pratique pour stopper l'exode du personnel de santé quittant les pays en développement pour aller vers les pays riches, ni tenir compte des effets désastreux de cet exode pour les pays en développement qui ont consacré des ressources à la formation de ces agents. Les problèmes ne sont pas seulement techniques et financiers, il sont aussi politiques : les pays d'origine comme les pays de destination doivent prendre les mesures législatives et les décisions de politique qui s'imposent. Il faut repérer les conflits d'intérêts et les résoudre par la négociation, et le Secrétariat doit se donner pour tâche de surveiller, de servir d'intermédiaire et, par-dessus tout peut-être, de mettre en évidence les effets des politiques qui sont à l'origine de la crise et de former des alliances pour y remédier. Il faut agir avant même la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. La Norvège appuie fermement le projet de résolution et souhaite s'en porter coauteur.

Il faut absolument que l'OMS use de tous les moyens à sa disposition aux niveaux mondial, régional et national pour aider à résoudre le problème des migrations du personnel de santé. Il faudrait aussi faire un effort particulier pour rattacher les activités de l'OMS en matière de santé et développement à la question du SIDA et de son incidence sur les systèmes de santé. La discussion de fond que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé consacra à ces questions sera du plus haut intérêt.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine), qui attache beaucoup d'importance à la question à l'examen, appelle l'attention sur le paragraphe 43 du rapport, où il est indiqué que le Secrétariat élabore des approches fondées sur des données factuelles visant à renforcer la « production » de ressources humaines pour la santé. Etant donné que jamais les êtres humains ne devraient être considérés comme des marchandises, il serait souhaitable de remplacer « production » par « formation ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) relève que, dans la résolution WHA57.19, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de faire des ressources humaines pour la santé un

« secteur prioritaire » du onzième programme général de travail de l'OMS 2006-2015. Or une analyse du budget programme 2006-2007 révèle que si l'ensemble du budget programme s'est accru de 17 %, le budget des ressources humaines pour la santé n'a augmenté que de 6 %. Il a été expliqué que les ressources humaines pour la santé figurent également sous d'autres rubriques budgétaires, mais aucune analyse n'a véritablement été fournie. Si l'on veut trouver une solution au problème des ressources humaines pour la santé, il faut donner plein effet à la résolution WHA57.19.

Le Dr QI Qingdong (Chine) est lui aussi d'avis que le problème des migrations internationales des personnels de santé est important. Il loue les efforts faits par le Directeur général au cours de l'année écoulée pour donner effet à la résolution WHA57.19 et l'encourage à continuer dans cette voie. La Chine est disposée à contribuer à l'amélioration de la situation en ce qui concerne le développement des ressources humaines ; le Dr Qi Qingdong appuie le projet de résolution.

Mme AL-SABIRI (Oman) souligne que les migrations internationales des personnels de santé sont l'un des problèmes les plus graves qui se posent aux systèmes de santé partout dans le monde. La pénurie de personnel infirmier pèse aussi bien sur les pays en développement que sur les pays développés, en sorte qu'il est essentiel de mettre au point des stratégies pour retenir ce personnel une fois qu'il a été engagé. Oman appuie le projet de résolution et se félicite du choix des ressources humaines pour la santé comme thème de la Journée mondiale de la Santé 2006. Mme Al-Sabiri souscrit aussi aux observations formulées par le délégué des Emirats arabes unis.

Mme NADAKUITAVUKI (Fidji) constate que la pénurie de personnel de santé qualifié, et notamment de médecins et d'infirmiers, est devenue un problème mondial dans la mesure où les travailleurs tendent à quitter les régions peu développées pour se rendre dans des pays plus prospères où les conditions d'emploi sont plus attrayantes. Fidji a fait réaliser des études concernant l'incidence sur les services de santé du départ de leurs agents qualifiés et a élaboré une stratégie quinquennale pour les retenir, afin d'atténuer et de juguler le phénomène. Fidji est également signataire du code de bonne pratique du Commonwealth pour le recrutement international des agents de santé adopté en 2003. Consciente du rôle utile joué par l'OMS dans ce domaine, elle appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Dr ZOTOUA (Côte d'Ivoire) félicite l'Organisation pour la façon dont elle s'est occupée d'une question importante qui continue d'être une hantise pour les pays en développement. En Côte d'Ivoire, seuls 50 des 200 médecins formés chaque année sont engagés par les services de santé, les autres se retrouvant sans emploi, d'où un exode des cerveaux, notamment vers les pays nordiques. Le Dr Zotoua appuie sans réserve les observations du délégué d'Oman.

Il faudrait mettre en place un dispositif pour collecter des données sur les migrations des personnels de santé, et l'OMS devrait, en collaboration avec les pays ou régions concernés, élaborer une stratégie pour venir en aide aux médecins sans emploi.

Mme YOUNG (Jamaïque) appuie également le projet de résolution. La région des Caraïbes est l'une de celles où les migrations des personnels de santé vers les pays développés ont de lourdes conséquences pour les services de santé. C'est pourquoi la Jamaïque envisage actuellement des stratégies visant à augmenter le nombre de personnes « formées pour l'exportation » et des formules de « migrations planifiées » permettant d'assurer la rotation du personnel de santé. En tant que Membre du Commonwealth, la Jamaïque applique à cet égard le code de bonne pratique du Commonwealth. La Région dont elle fait partie souhaiterait être partie prenante de toutes initiatives proposées pour former un plus grand nombre de nouveaux agents de santé.

La Communauté des Caraïbes approuve le thème proposé pour le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et pour la Journée mondiale de la Santé 2006. La Jamaïque souhaite se joindre aux coauteurs du projet de résolution.

Mme AMIN OUMER (Ethiopie), soulignant que les migrations des personnels de santé sont source de difficultés majeures pour l'Afrique en général et pour les pays les moins avancés en particulier, souscrit sans réserve au point de vue du délégué de la Norvège. Le problème s'est encore aggravé et a une incidence extrêmement défavorable sur les stratégies sanitaires de l'Ethiopie, qui est l'un des pays où les taux d'infection par le VIH sont les plus élevés ; l'émigration du personnel de santé compromet les efforts déployés à cet égard tant au niveau national qu'international. Le projet de résolution à l'examen est très important et il faut que la communauté internationale recherche de toute urgence une solution au problème.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) appuie la déclaration du délégué de la Norvège. La question des migrations des personnels de santé est débattue en différentes enceintes année après année, mais la situation continue de s'aggraver. Il est devenu urgent de prendre des mesures, et notamment d'indemniser les pays en développement et d'apporter un soutien à leurs institutions de formation. Il serait utile d'apprendre quelles mesures le Directeur général a prises pour s'attaquer à ce problème depuis l'adoption de la résolution WHA57.19, et quels progrès ont été réalisés en ce qui concerne les principes éthiques et l'initiative relative à l'éducation afin d'appuyer les efforts de formation.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) souligne que chacun a le droit de rechercher de meilleures conditions de vie pour lui-même et sa famille, mais convient qu'il faut aussi s'inquiéter des effets possibles des migrations sur les systèmes de santé. Le Secrétariat s'est montré conscient de la nécessité de s'en préoccuper dans les limites de ses compétences et de son mandat, et de s'employer avec les Etats Membres et d'autres partenaires intéressés à élaborer des approches fondées sur des données factuelles pour recruter et fidéliser le personnel de santé. Cette collaboration permettra aux pays de mieux analyser les tendances, prévoir les besoins en ressources humaines et décider des mesures à prendre. Elle permettra aussi d'utiliser au mieux les ressources collectives. Eu égard à la complexité du phénomène des migrations et des tâches de développement des ressources humaines, il faudra faire appel à toutes sortes d'experts et de spécialistes extérieurs à l'OMS.

Le Dr BOUDIBA (Algérie) insiste sur le fait que les migrations des personnels de santé posent un problème de plus en plus grave aux pays en développement, car le potentiel humain est un élément essentiel pour la réussite de leurs actions sanitaires. Il est donc impératif de résoudre ce problème en axant les efforts sur la mise en place de mécanismes de formation de ces agents dans leur propre pays.

Mme WIENKAMP-WEBER (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, déclare que la pénurie de personnel de santé est à l'origine d'une crise grave dans beaucoup de pays et particulièrement dans ceux où le système de santé est au bord de l'effondrement en raison du grand nombre de malades touchés par le VIH et de la diminution des effectifs. Compte tenu de la pénurie de personnel infirmier, il est extraordinairement difficile pour ces systèmes de se rapprocher des cibles fixées par l'OMS pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. D'après les données dont on dispose, le personnel et en particulier les infirmiers ne souhaitent généralement pas émigrer et ne s'y résolvent que lorsque de puissants facteurs « incitatifs » les y poussent. Il ressort des statistiques très partielles dont on dispose que les principales causes de la pénurie de personnel infirmier seraient les conditions de rémunération et de travail, auquel cas il faudrait avant tout prendre des mesures rationnelles pour le fidéliser, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. On manque également d'enseignants dans les écoles d'infirmières. Or, paradoxalement, cette pénurie d'infirmiers s'accompagne du chômage de milliers d'entre eux, par exemple là où un gel des postes est imposé par les donateurs. Nombreux sont en outre ceux qui choisissent de ne pas travailler dans le secteur de la santé ; il est donc crucial de mettre en place des méthodes de travail viables, des infrastructures propres à leur faciliter la tâche et des mesures d'incitation ciblées afin de les remettre au travail, ce qui rendrait la demande internationale moins vive. Pour l'heure, la rémunération comparativement faible et les avantages moindres offerts

aux infirmiers les démoralise en leur donnant l'impression que leur travail n'est pas apprécié, ce qui ne les incite guère à rester en poste et les pousse à émigrer.

Bien souvent, toutefois, on connaît mal l'ampleur et la nature des migrations parce qu'il n'existe pas de collecte systématique des données. C'est pourquoi le Conseil international des Infirmières est extrêmement favorable à la création de systèmes d'information et de bases de données ; il travaillera en partenariat avec l'OMS dans le but d'inciter le personnel infirmier à demeurer en activité.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) indique qu'en ce qui concerne le code de bonne pratique, différents scénarios sont actuellement en préparation, l'objectif étant de parvenir à des résultats plus tangibles et plus efficaces que n'en ont les codes de bonne pratique existants. L'OMS est en train de rechercher comment mettre en oeuvre des pratiques équitables en matière de recrutement, en collaboration avec différents partenaires tels que la Communauté des Caraïbes, le OIT, l'OIM et la Commission mondiale sur les Migrations internationales.

Les efforts faits pour pallier les conséquences défavorables des migrations doivent être conçus dans la perspective plus large des ressources humaines pour la santé. A cette fin, l'OMS, en collaboration avec ses partenaires, a présenté un plan d'action au Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement (Abuja, décembre 2004), à la suite duquel des consultations ont eu lieu en Norvège à ce sujet en février 2005. Ainsi, on a déjà identifié comme un impératif absolu la nécessité d'élaborer des stratégies d'ensemble au niveau des pays en matière de ressources humaines pour la santé. Les flux de volontaires internationaux vont sans doute augmenter dans l'immédiat, ce qui peut soit compenser, soit exacerber le phénomène des migrations. Il faudrait peut-être également songer à faire appel à des aides-soignants et à du personnel paramédical, dont la formation est plus rapide et qui sont moins enclins à émigrer. On s'emploie aussi actuellement à évaluer les données disponibles concernant la faisabilité et l'efficacité de stratégies visant à former davantage de personnel que ce qui correspond aux besoins, puisque les pressions qui incitent le personnel à émigrer semblent devoir persister. Il est également envisagé de demander à d'importants donateurs d'investir dans l'amélioration des conditions de travail des agents de santé.

En réponse au délégué du Japon, le Sous-Directeur général convient qu'il est souhaitable, s'agissant des stratégies relatives aux ressources humaines pour la santé, de donner plus de poids au secteur public. Mais si le soutien des donateurs venait à diminuer fortement, certains secteurs publics auraient des difficultés à financer des effectifs plus importants ; à cet égard, de saines stratégies de financement sont indispensables pour progresser avec discernement.

Répondant au délégué de la Norvège, le Sous-Directeur général confirme qu'au sein des Départements comme dans les Régions, le Secrétariat s'emploie, dans le cadre de ses programmes prioritaires, à élaborer des stratégies claires de développement des effectifs qui vont bien au-delà de la simple formation. Jusqu'à présent, la participation des bureaux de pays et des bureaux régionaux de l'OMS à ce processus est encourageante. Compte tenu de ses compétences propres, l'OMS est bien placée pour proposer des orientations et des normes, pour développer l'assistance technique et pour renforcer les moyens et la base de données factuelles. Mais ces compétences essentielles ne sont pas l'apanage exclusif de l'OMS, qui a donc besoin de collaborer efficacement avec ses partenaires pour bien remplir son rôle.

Il y a lieu de souligner, en réponse au délégué de la Thaïlande, qu'il n'existait pas de Département des ressources humaines pour la santé durant la période biennale précédente et que, par conséquent, le calcul du budget est à cet égard plus complexe qu'on ne pourrait le croire à première vue. Au cours de l'exercice 2006-2007, le Secrétariat consacra pour la première fois une partie de ses activités aux ressources humaines pour la santé, en vue desquelles il est d'ailleurs en train de mettre au point une stratégie extrêmement dynamique. Ces faits nouveaux attestent que l'on est en train de progresser dans la bonne direction.

Les études dont le délégué de Fidji a fait mention sont d'une importance cruciale et représentent une occasion d'investir dans la base de données factuelles. Il convient de remercier vivement l'Australie pour son appui. A propos des observations du délégué des Etats-Unis d'Amérique, il y a lieu de préciser qu'eu égard à l'évidente pertinence mais aussi à la spécificité de son rôle, l'OMS doit

articuler sa réponse avec celle de ses partenaires, notamment l'OIT, l'OIM, la Banque mondiale, les partenaires bilatéraux et les donateurs, ainsi que les associations professionnelles.

L'OMS partage avec ses partenaires la responsabilité d'identifier les conséquences néfastes des réglemations budgétaires actuelles, dans le but de mettre en place des conditions financières qui soient de nature à favoriser une augmentation rapide des effectifs plus que ce n'est parfois le cas. L'OMS recherchera aussi les moyens de renforcer les capacités de recrutement et de déploiement du personnel indispensables pour faire face à l'accroissement des effectifs.

Le projet de résolution, tel qu'il a été amendé, est approuvé.¹

Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Point 13.2 de l'ordre du jour (document A58/5)

Le PRESIDENT annonce que la Commission est saisie de deux projets de résolutions au titre de ce point. Le premier, relatif à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, est reproduit au paragraphe 20 du document A58/5. Le second, qui tend à promouvoir la couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, est proposé par les délégations suivantes : Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Brésil, Burkina Faso, Canada, Cap-Vert, Comores, Congo, Danemark, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Japon, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Norvège, Pakistan, Portugal, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Sierra Leone, Swaziland, Ouganda, Zambie et Zimbabwe ; le texte est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Préoccupée par le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le monde, la lenteur des progrès accomplis en vue de l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'accroissement des inégalités dans les Etats Membres et entre eux et la nécessité de continuer à combattre les inégalités entre les sexes ;

Alarmée par l'insuffisance des ressources allouées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et par le manque d'appréciation de l'impact considérable qu'a la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sur un développement socio-économique durable ;

Sachant que des interventions d'un bon rapport coût/efficacité existent pour répondre aux besoins sanitaires des femmes, des nouveau-nés et des enfants ;

Consciente de ce que les soins doivent être assurés de façon continue et harmonieuse, tout au long de la vie, aux individus, aux familles et aux communautés et aux différents échelons du système de santé, selon une approche intégrée de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile ;

Convaincue que seules une action coordonnée et concertée et une mobilisation sans précédent de ressources aux niveaux international et national permettront de faire face à la crise mondiale qui affecte actuellement le personnel de santé et de renforcer les systèmes de santé de manière à mettre fin à l'exclusion des populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;

Se félicitant de l'engagement accru de la communauté internationale et de l'OMS en faveur de la santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant et de la réalisation des objectifs de développement énoncés dans la Déclaration du Millénaire ainsi que d'autres objectifs et cibles de développement internationaux ;

¹ 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 WHA58.17.

Rappelant la résolution WHA56.21 dans laquelle l'Assemblée de la Santé adoptait la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent et la résolution WHA57.12 par laquelle a été adoptée la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et des cibles de développement internationaux liés à la santé génésique, et consciente de la nécessité de redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé génésique, à la santé de la mère et du nouveau-né, et à la santé et au développement de l'enfant ;

Réaffirmant les conclusions du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990), le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et le programme d'action de Beijing de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ;

Rappelant aussi la Déclaration de Delhi sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (avril 2005) ;

Saluant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, ainsi que les orientations contenues dans les notes d'informations à ce sujet ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à investir des ressources et intensifier leurs efforts au niveau national en vue de promouvoir l'accès universel aux interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par celles-ci par le biais des soins de santé génésique ;
- 2) à fixer ou maintenir des cibles nationales et internationales et à établir des mécanismes de surveillance afin de mesurer les progrès accomplis pour atteindre des objectifs convenus d'un commun accord ;
- 3) à associer tous les partenaires clés, y compris les organisations de la société civile et les communautés, à la définition des priorités, à l'élaboration de plans et de programmes, à la mesure des progrès accomplis et à l'évaluation de l'impact obtenu ;
- 4) à adopter et appliquer, conformément aux accords internationaux pertinents, des cadres juridiques et réglementaires pour promouvoir l'égalité des sexes et protéger les droits des femmes et des enfants, y compris un accès égal aux soins de santé, en accordant une attention toute particulière à ceux qui ont jusqu'ici été exclus, notamment les populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;
- 5) à faire en sorte que les processus nationaux de planification stratégique comportent des interventions politiques et programmatiques destinées à renforcer les systèmes de prestations de santé pour progresser efficacement et rapidement vers une couverture universelle, y compris :
 - a) à réaligner le contenu des programmes de santé et de nutrition en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en intégrant leurs structures et services de gestion et en les associant aux processus fondamentaux de développement des systèmes de santé pour assurer la pleine intégration de la santé génésique et des droits dans ce domaine ;
 - b) à faire face à la crise du personnel en établissant des plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé comportant des mécanismes assurant le déploiement équitable des effectifs de personnel et leur fidélisation ;
 - c) à établir des scénarios réalistes, en indiquant leurs coûts et leurs incidences budgétaires, pour le développement des systèmes de santé nécessaire à la prestation de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants ;
 - d) à acquérir la capacité institutionnelle de passer du paiement par l'utilisateur à des mécanismes de prépaiements et de mise en commun des ressources, y compris des systèmes fiscaux et d'assurance afin de garantir l'accès universel et une protection financière et sociale ;
 - e) à obtenir un consensus national sur la nécessité de s'orienter vers une couverture universelle au moyen de mécanismes garantissant un financement prévisible, durable et accru en mettant la santé de la mère, du nouveau-né et de

l'enfant au coeur du droit de tout un chacun à la santé et en faisant des ressources humaines pour la santé une priorité nationale ;

f) à créer des partenariats entre gouvernements, organisations de la société civile, entités du secteur privé et organismes d'aide au développement pour conserver la dynamique politique, vaincre la résistance au changement et mobiliser des ressources ;

g) à mettre en place des mécanismes de participation pour les organisations de la société civile qui oeuvrent dans un but non lucratif afin de renforcer les dispositifs de responsabilisation et les systèmes assurant les équilibres nécessaires ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre les programmes de l'OMS concernant la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ses programmes concernant le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la promotion de la santé, et ses programmes en matière de développement des systèmes de santé, à l'appui des pays ;

2) de veiller à ce que l'OMS participe pleinement aux efforts d'harmonisation à l'intérieur du système des Nations Unies et qu'elle soutienne les efforts des Etats Membres pour assurer une cohérence politique et des synergies entre les initiatives nationales et internationales relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et au sein de ces initiatives, particulièrement celles menées par des partenaires du système des Nations Unies et par d'autres ;

3) de soutenir les efforts des autorités sanitaires nationales pour veiller à ce que la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant soient systématiquement intégrées dans les cadres et plans de développement socio-économique de manière que la pérennité soit garantie ;

4) d'intensifier l'appui technique aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur capacité institutionnelle de réalisation des buts et des cibles fixés au niveau international moyennant à la fois l'accès universel aux programmes de santé génésique et aux programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par ceux-ci, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé ;

5) de mobiliser la communauté internationale pour qu'elle engage les ressources supplémentaires nécessaires afin d'assurer à la fois l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et la couverture universelle par ces soins ;

6) de proclamer une journée mondiale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui sera célébrée chaque année pour susciter durablement l'intérêt du monde entier à l'égard de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et pour donner aux pays et à la communauté internationale l'occasion de réaffirmer leur engagement envers cette question ;

7) de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis en vue de réduire l'exclusion et de parvenir à la fois à l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et à la couverture universelle par ces soins, ainsi que sur l'appui fourni par l'OMS aux Etats Membres pour atteindre ce but.

Un groupe de travail va se réunir pour examiner le texte de ces deux projets de résolutions.

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

La séance est levée à 13 h 40.

SIXIEME SEANCE

Lundi 23 mai 2005, 9 h 30

Président : Dr M. A. RAHMAN KHAN (Bangladesh)

1. DEUXIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A58/58)

M. YEE Ping Yi (Singapour), Rapporteur, donne lecture du projet de deuxième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS FINANCIERES : Point 17 de l'ordre du jour

Rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2004 et observations y relatives du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration : Point 17.1 de l'ordre du jour (documents A58/26, A58/26 Add.1 et A58/27)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que ce dernier a pris note du rapport financier intérimaire pour 2004, où la présentation de l'analyse des données financières a été améliorée, ainsi que des progrès sensibles réalisés concernant la gouvernance, la transparence, les recettes et l'évolution des dépenses, et de la stabilité financière générale de l'Organisation. Il a également noté que les taux d'exécution avaient sensiblement varié selon les domaines d'activité. Le Secrétariat a reconnu qu'un plan de financement à long terme était nécessaire et que des paramètres devaient être fixés pour assurer l'utilisation efficace et rationnelle des fonds provenant de toutes les sources et pour les dépenses.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) fait observer que le montant des dépenses engagées non réglées de 2003 est passé à plus de US \$400 millions et il demande par quel moyen il est prévu de résoudre ce problème. Il demande aussi ce qu'il en est des résultats escomptés de la première année de l'exercice en cours.

Mme WILD (Contrôleur financier) explique qu'il y a deux raisons à l'augmentation des dépenses engagées non réglées par rapport à la fin de l'exercice précédent. Premièrement, le niveau des dépenses ayant augmenté, on peut s'attendre à une hausse du niveau des engagements non réglés. Deuxièmement, certains engagements non réglés doivent impérativement être liquidés à la fin de l'exercice : le niveau tient ainsi compte des sommes dues pour les comptes créditeurs, à savoir les sommes à verser aux prestataires de services et de travaux à l'Organisation.

¹ Voir p. 392.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'on se fera une idée plus juste de la situation actuelle en comparant les chiffres à mi-parcours pour 2004 à ceux de 2002 plutôt qu'en se fondant sur les chiffres de la fin de l'exercice.

En réponse à la question concernant les résultats escomptés, il indique que l'appréciation de l'exécution donne davantage de précisions concernant chaque résultat escompté pour 2002-2003. Pour 2004, un rapport intérimaire à moyen terme a été présenté au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Cette activité pourrait être reportée sur 2006 de sorte que le rapport financier vérifié et l'appréciation de l'exécution pourraient être présentés à la prochaine Assemblée de la Santé, même s'il est peu probable qu'une ventilation par résultat escompté soit prête d'ici là. Le Secrétariat s'emploie à améliorer le calcul initial des coûts et le suivi des dépenses pour obtenir des résultats concrets.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution contenu dans le document A58/27.

Le projet de résolution est approuvé.¹

Rapport intérimaire du Commissaire aux Comptes : Point 17.2 de l'ordre du jour (documents A58/28 et A58/29)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), s'exprimant en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que celui-ci, après avoir examiné le rapport intérimaire, a noté que les vérifications avaient porté sur tous les niveaux de l'Organisation et que les consultations menées à cet effet avaient permis l'instauration de relations de travail efficaces et l'utilisation optimale des ressources des vérificateurs. Le Comité a noté, à propos des recommandations relatives à plusieurs domaines, qu'il restait du travail à faire et il a recommandé qu'un calendrier d'application des recommandations importantes soit inclus dans le rapport du Commissaire aux Comptes pour l'exercice.

M. MENON (représentant du Commissaire aux Comptes) dit que la vérification des comptes de l'Organisation pour les exercices 2004-2005 et 2006-2007 a été confiée au Contrôleur et Vérificateur général des Comptes de l'Inde. Son opinion sur les états financiers de l'OMS pour la période 2004-2005 sera présentée à l'Assemblée de la Santé en 2006, mais le rapport intérimaire informera la présente Assemblée de la Santé des résultats de la vérification extérieure des comptes pendant la première année de son mandat, qui a commencé après la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2004.

Vu la structure complexe et hautement décentralisée de l'OMS, le Commissaire aux Comptes a dû commencer par se familiariser avec son mode de fonctionnement en procédant à des vérifications à divers niveaux. C'est ainsi que des visites ont été effectuées dans deux bureaux de pays et dans les Bureaux régionaux de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, et qu'une vérification intérimaire a ensuite été faite au Siège début 2005. Les vérifications ont été effectuées conformément aux normes communes de vérification du Groupe de vérificateurs externes des comptes de l'Organisation des Nations Unies, les principaux domaines d'activité de l'OMS étant abordés globalement. Des contrôles seront effectués dans d'autres bureaux régionaux et des bureaux de pays pendant le reste de l'exercice, et des études de gestion sur certains aspects du fonctionnement de l'Organisation seront également réalisées. Les comptes distincts de certains fonds fiduciaires ont aussi dû être examinés.

¹ 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 WHA58.18.

A ce jour, le Centre international de Recherche sur le Cancer, le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Centre international de Calcul et l'ONUSIDA ont fait l'objet de vérifications. Les conclusions ont été communiquées à ces entités dans des notes de gestion individuelles. Une relation de travail constructive a été établie avec le Secrétariat et le haut niveau de coopération qui s'est instauré a permis d'optimiser le travail des vérificateurs extérieurs. L'acceptation du rapport intérimaire et de ses recommandations par le Directeur général témoigne du consensus qui a été atteint.

Au nombre des questions importantes examinées dans le rapport intérimaire figurent la politique en matière de prévention des fraudes, finalisée et diffusée depuis, et la révision du Manuel de l'OMS. Dans ce contexte, des procédures officielles devront avoir été adoptées lorsque le système mondial de gestion sera mis en place en 2006. L'application du système de comptabilité financière et de contrôle budgétaire dans deux endroits différents a posé des difficultés au Bureau régional de l'Afrique. Une étude exhaustive de ce système a été effectuée et ses recommandations ont été examinées, l'objectif étant de dresser un plan d'action pour mettre en oeuvre les changements proposés.

Des insuffisances persistent dans le domaine de la gestion des inventaires, et le Secrétariat s'y est attelé. Les dispositions existantes du Manuel de l'OMS concernant la garde, la cession ou la destruction de biens doivent encore être affinées et, pour faciliter la transition vers le module de gestion des actifs du système mondial de gestion, un ensemble de fiches d'inventaire devra être établi en priorité. Les subventions pour les dépenses locales et le programme des bourses d'études sont des éléments critiques des activités de l'Organisation dans les pays et une attention accrue doit être accordée à la présentation des rapports exigés. Une politique révisée définissant les principes du soutien financier aux pays devrait être publiée sous peu, et une évaluation du programme des bourses d'études devrait être effectuée par le Bureau des services de contrôle interne. Des améliorations suivront la prise des décisions relatives à la gestion.

Le Commissaire aux Comptes a pris note de la recommandation du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, et le rapport pour l'exercice contiendra un calendrier indiquant l'état d'avancement de l'application des recommandations importantes des vérificateurs extérieurs. Un mécanisme de rédaction des recommandations des vérificateurs intérieurs et extérieurs renforcerait aussi sensiblement la reddition des comptes. On continuera à s'efforcer d'optimiser la valeur de l'Organisation et de ses acteurs concernés au moyen du processus de vérification extérieure.

Mme NELLTHORP (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit qu'il serait utile que les futurs rapports du Commissaire aux Comptes traitent des questions par rang de priorité. Elle souhaiterait également avoir connaissance de la réponse du Secrétariat au rapport et que des calendriers soient clairement fixés pour la résolution des problèmes. Le système de suivi des rapports de la vérification intérieure et extérieure des comptes mentionné dans la résolution portant ouverture de crédits adoptée précédemment pourrait améliorer ce processus.¹

Elle souhaite être informée sans délai des mesures qui seront prises en réponse aux recommandations du Commissaire aux Comptes concernant le Bureau régional de l'Afrique, et demande pourquoi les rapports d'appréciation de membres du personnel pour 2003 n'ont pas encore été remplis. Au sujet des avances au titre des voyages, elle a noté que le Secrétariat avait indiqué au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration que le système mondial de gestion améliorerait la situation ; quand ce système sera-t-il opérationnel ? Elle se félicite du travail accompli par l'Organisation sur la politique de prévention des fraudes et souhaite voir sa mise au point achevée prochainement.

M. MCKERNAN (Nouvelle-Zélande) note avec satisfaction les excellentes relations qui se sont instaurées entre le Secrétariat et le Commissaire aux Comptes. Certaines recommandations concernent

¹ Résolution WHA58.4.

des contrôles financiers fondamentaux qui devraient être courants dans une grande organisation et il est favorable à l'adoption des systèmes requis pour appliquer ces recommandations. Il convient avec l'orateur précédent qu'un rang de priorité devrait être fixé pour chaque recommandation. Vu l'augmentation de 17 % approuvée pour le budget programme 2006-2007, le plus urgent est d'instaurer une discipline financière rigoureuse pour éviter le gaspillage des ressources.

La Nouvelle-Zélande, particulièrement préoccupée par les observations du Commissaire aux Comptes concernant les avances au titre des voyages, prie le Directeur général de résoudre ce problème sans délai. Elle est également inquiète des observations concernant l'unité Budget et finances du Bureau régional de l'Afrique car cette Région, qui reçoit 30 % du budget total, a bénéficié de la plus forte hausse de crédits en termes réels pour l'exercice 2006-2007. M. McKernan demande où en est la situation et il juge indispensable que les recommandations du Commissaire aux Comptes soient intégrées dans un plan d'action qu'appliqueront le Directeur général et le Directeur régional.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il est urgent de se pencher sur toutes les insuffisances internes recensées dans le contrôle des attributions et des dépenses, les avances aux membres du personnel, la gestion des contrats de courte durée, les subventions pour les dépenses locales et la gestion du matériel durable. Elle convient avec les deux orateurs précédents qu'il est important d'établir un système de suivi et de fixer des délais pour la résolution des problèmes. Elle encourage les comités régionaux à examiner de près les problèmes qui se posent dans les bureaux régionaux et de pays, et elle attend avec intérêt les prochains rapports de situation.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) se félicite de la pratique des rapports intérimaires et il approuve les demandes visant à établir un ordre de priorité pour les recommandations et un calendrier de suivi. Il appelle l'attention sur le paragraphe 27 du rapport du Commissaire aux Comptes, qui fait état de problèmes liés au rapport sur l'appréciation de l'exécution. Il est très déçu car sa délégation s'inquiète depuis longtemps de ces faiblesses, principal obstacle à l'évaluation des résultats financiers de l'Organisation. La solution passe par une coopération avec les Etats Membres. Il se félicite des efforts déployés par le Secrétariat pour remédier à ces insuffisances.

M. MACPHEE (Canada) voit dans le rapport intérimaire un instrument essentiel de gestion fondée sur les résultats et il adhère aux propositions visant à fixer un rang de priorité pour les recommandations futures et un calendrier pour leur application. Le rapport fait état de progrès dans le domaine des politiques et des procédures : il serait utile que le Commissaire aux Comptes indique les domaines dans lesquels il conviendrait de formuler des lignes directrices afin que des mesures soient prises en vue de leur distribution à tous les bureaux concernés. A propos des recommandations relatives aux évaluations du personnel, il rappelle que ces évaluations font partie intégrante de la gestion fondée sur les résultats. Le Commissaire aux Comptes devrait surveiller la situation de près pour que les rapports futurs fassent état des progrès accomplis dans la résorption des dossiers en souffrance.

Le Dr NABAE (Japon) partage l'avis des orateurs précédents, à savoir qu'un système de suivi de l'application des recommandations formulées par le vérificateur intérieur des comptes et le Commissaire aux Comptes, incluant des délais, doit être mis en place.

M. MENON (représentant du Commissaire aux Comptes) dit qu'il a pris note des observations formulées, notamment de la demande visant à fixer un rang de priorité pour les recommandations. Il en sera tenu compte dans le prochain rapport.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'un système de suivi sera conçu pour donner suite aux recommandations du vérificateur intérieur et du Corps commun d'inspection. Des progrès ont déjà été réalisés dans le domaine de l'évaluation du personnel ; un système électronique de traitement de l'évaluation du travail de chaque membre du personnel est en cours d'élaboration, un

système différent d'intégration des compétences est appliqué et une formation à l'encadrement est donnée aux 380 administrateurs du Secrétariat, l'accent portant spécialement sur les ressources humaines.

Le système mondial de gestion devrait faciliter le versement des avances liées aux voyages mais, en attendant son adoption en 2006, la politique relative aux voyages a été modifiée pour que les membres du personnel puissent obtenir des ressources avant d'entreprendre un voyage. Les avances versées seront rigoureusement réglementées. On s'efforce également d'améliorer le traitement manuel des demandes de remboursement. Une mesure importante a été prise concernant l'application des politiques de prévention des fraudes : des lignes directrices ont été distribuées et une formation aux situations de risque est en cours de planification.

Concernant l'augmentation générale du budget, le Secrétariat reconnaît qu'il lui incombe d'assurer la gestion optimale des ressources financières et il apporte diverses améliorations. A propos des bases et des indicateurs liés au rapport sur l'appréciation de l'exécution 2002-2003, le Secrétariat reconnaît certaines insuffisances. Des améliorations majeures ont déjà été apportées pour 2004-2005 et de nouveaux efforts seront faits pour aider les administrateurs à exécuter les programmes pendant l'exercice 2005-2006.

M. BROMSON (Administration et finances, Bureau régional de l'Afrique), rappelant le changement récent de direction au Bureau régional, indique que le nouveau Directeur régional examine toutes les recommandations des vérificateurs en suspens concernant les politiques, les procédures, la surveillance et les contrôles financiers, et qu'il s'est engagé à s'atteler à tous les problèmes en temps voulu. Les moyens de renforcer les systèmes de contrôle sont à l'étude avec l'unité Budget et finances.

Mme WILD (Contrôleur financier), au sujet du respect des politiques, se félicite de l'attention appelée sur cette question par le Commissaire aux Comptes et le vérificateur intérieur des comptes. Les problèmes liés au contrôle des attributions et des dépenses, aux engagements non réglés et aux contrats de services se posent assez régulièrement ; il n'est pas facile d'y remédier mais on s'efforce en permanence d'encourager des améliorations. Les politiques et les procédures relatives à l'inventaire du matériel durable ont été actualisées et la mesure recommandée par le Commissaire aux Comptes est en voie d'application. Le Secrétariat a toujours des difficultés à observer les règles dans le domaine des dépenses locales et des bourses d'études dans la mesure où, dans les deux cas, il est tributaire de la fourniture en temps voulu de rapports fiables par les bénéficiaires. Elle accueille donc avec satisfaction la recommandation incluse dans le rapport du Commissaire aux Comptes visant à améliorer le respect des règles. Le Secrétariat s'efforce de concevoir un mécanisme de notification des dépenses locales qui faciliterait la tâche des Etats Membres et qui permettrait au Secrétariat de mieux rendre compte aux Etats de l'utilisation des fonds. D'autres mesures seront prises pour améliorer la situation.

Mme NELLTHORP (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) se félicite de cette possibilité d'aborder des questions qui préoccupent sa délégation. Deux d'entre elles sont toutefois restées sans réponse, à savoir combien de rapports d'évaluation du personnel pour 2002-2003 sont encore en souffrance et, à propos des avances faites au titre de voyages, quand le système mondial de gestion sera opérationnel. Elle réitère également sa demande visant à ce que des délais concrets soient fixés pour l'application des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes notamment celles qui concernent le Bureau régional de l'Afrique.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) regrette de ne pouvoir répondre à la première question. Aucun rapport d'évaluation du personnel ne devant rester en souffrance, de gros efforts sont faits pour améliorer le système d'évaluation. Pour ce qui est du système mondial de gestion, l'objectif est de mettre en oeuvre certains éléments dès le 1^{er} janvier 2006, et il est probable que le module sur les voyages soit opérationnel vers la fin de l'année. Le Secrétariat s'est engagé à collaborer avec le

Commissaire aux Comptes pour apporter des réponses aux questions concernant le système de suivi et le calendrier pour l'application des recommandations d'ici janvier 2006.

La Commission prend note du rapport.

Contributions pour l'exercice 2006-2007 : Point 17.4 de l'ordre du jour (résolution EB115.R8 ; document A58/30)

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture d'une correction apportée au projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R8. Dans le paragraphe sur l'adoption du barème des contributions, il conviendrait d'ajouter, après 2006-2007, une virgule et le membre de phrase « reflétant le dernier barème disponible de l'Organisation des Nations Unies ».

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Conseil exécutif à sa cent quinzième session a examiné le barème des contributions proposé pour 2006-2007 et qu'il est convenu de recommander que l'on continue d'utiliser le barème appliqué en 2004-2005. Si ce barème est approuvé, la répartition du poids du financement du budget ordinaire entre les Etats Membres restera inchangée par rapport à 2005.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière : Point 17.6 de l'ordre du jour (résolution EB115.R9 ; document A58/32)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif) dit que le Conseil exécutif à sa cent quinzième session a examiné les amendements proposés au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière, et qu'il a noté que ces modifications permettraient une utilisation plus efficace et rationnelle des ressources financières de l'Organisation. Elles accroîtront en outre la transparence des rapports financiers sur la réalisation des résultats escomptés. Le Conseil a recommandé que l'Assemblée de la Santé adopte le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R9.

Le projet de résolution est approuvé.²

3. FONDS IMMOBILIER : Point 18 de l'ordre du jour (documents A58/33, A58/44 et A58/44 Corr.1)

Le Dr YOOSUF (Maldives, représentant du Conseil exécutif), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité, à sa deuxième réunion qui s'est tenue le 14 mai 2005, a examiné la proposition concernant les projets immobiliers pour différents lieux d'affectation dans des pays de la Région de la Méditerranée orientale comme l'Iraq, la Jordanie et la Tunisie, où il est difficile de trouver des logements adaptés pour le personnel des programmes. Le Comité a noté que l'OMS ne projetait pas de construire des locaux là où les membres de son personnel sont logés dans des bâtiments sûrs du ministère de la santé, là où une

¹ 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 WHA58.19.

² 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 WHA58.20.

maison des Nations Unies est prévue ou disponible, ni là où des logements peuvent être loués à des prix abordables et où il ne serait pas financièrement avantageux de construire. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a recommandé que l'Assemblée de la Santé adopte le projet de résolution contenu dans le document A58/33, tel qu'il a été amendé dans le document A58/44 Corr.1.

Mme NELLTHORP (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit qu'en définitive il faudra recourir à une stratégie plus large conçue pour recenser les problèmes qui se posent dans certains bureaux des Régions et ceux qui pourraient survenir dans les bâtiments du Siège, afin de dresser un tableau complet de la situation immobilière et de disposer d'une base plus solide pour la prise des décisions.

Le Dr ABDESSALEM (Tunisie) appuie sans réserve la proposition du Bureau régional de la Méditerranée orientale concernant la construction du bureau du représentant de l'OMS en Tunisie ; dès 1997, un terrain de 1700 mètres carrés a été proposé à cet effet. La Tunisie souhaite également que le Centre méditerranéen de l'OMS pour la réduction de la vulnérabilité occupe ce site et elle est disposée à apporter son concours à cette réalisation.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) demande quel montant sera alloué pour garantir la sécurité du personnel dans les lieux d'affectation concernés et si la remise en état de bâtiments inclut une composante visant à assurer la conformité avec les normes minimales de sécurité opérationnelle.

M. MACPHEE (Canada) convient de la nécessité d'une stratégie complète à long terme pour faciliter la prise des décisions futures en matière immobilière, compte tenu en particulier de la tendance à une décentralisation accrue du personnel et au transfert des responsabilités programmatiques dans les Régions et les bureaux de pays. A cet égard, les aspects liés à la sécurité constituent un important facteur de coût qu'il convient d'examiner attentivement.

M. SUNDARAM (Infrastructure et logistique), en réponse au délégué du Royaume-Uni, indique qu'un rapport de situation sur cette stratégie, incluant un inventaire des biens immobiliers actuels de l'OMS par lieu d'affectation, serait présenté au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session. Cet inventaire s'inscrira dans le plan-cadre d'équipement plus large qui traitera de diverses questions liées à la sécurité. Ce plan répondra donc en partie à la question soulevée par le délégué de la Fédération de Russie.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit que, conformément au budget programme 2006-2007, le montant total des dépenses pour le personnel et la sécurité des infrastructures est estimé à US \$30 millions, dont US \$20 millions pour le système commun des Nations Unies et US \$3 millions principalement pour la sécurité au Siège de l'OMS et sur le terrain. Les US \$7 millions restants sont investis dans la sécurité des biens immobiliers et des infrastructures et les fonctions de soutien logistique, y compris les améliorations de la sécurité des locaux de l'OMS. Les nouveaux investissements incluent également un élément sécurité ; il est cependant difficile d'arrêter un chiffre précis.

M. MACPHEE (Canada) fait observer que le coût total de la reconstruction ou de l'extension des bureaux augmente sous l'effet de l'élément sécurité, qui fait partie intégrante du processus. Il convient d'espérer que le plan-cadre d'équipement donnera une appréciation réaliste des dépenses de sécurité intégrées, qui figureront sous un point distinct, pour aider à envisager des travaux futurs sur des locaux qui pourraient être largement dictés par la nécessité de se conformer aux normes minimales de sécurité opérationnelle.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) confirme que l'élément sécurité sera clairement présenté sous un point distinct dans le plan-cadre d'équipement décennal, ce qui donnera une image plus précise de la situation actuelle et des dépenses futures.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution contenu dans le document A58/33, tel qu'il a été amendé dans le document A58/44 Corr.1.

Le projet de résolution, tel qu'il a été amendé, est approuvé.¹

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

Prévention et lutte anticancéreuses : Point 13.12 de l'ordre du jour (résolution EB114.R2 ; document A58/16) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le texte révisé du projet de résolution contenu dans la résolution EB114.R2, qui intègre les amendements précédemment proposés par plusieurs délégations, libellé comme suit :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la prévention et la lutte anticancéreuses ;
Rappelant les résolutions WHA51.18 et WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA56.1 sur la lutte antitabac, WHA57.12 sur la stratégie pour la santé génésique, y compris la lutte contre le cancer du col de l'utérus, et WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains ;
Consciente des souffrances qu'endurent les malades du cancer et leur famille et de la mesure dans laquelle le cancer menace le développement lorsqu'il touche la population active ;
Alarmée par la tendance à la hausse des facteurs de risque de cancer, du nombre de cas nouveaux et de la morbidité et de la mortalité cancéreuses dans le monde entier, en particulier dans les pays en développement ;
Reconnaissant que beaucoup de cas de cancer et de décès par cancer pourraient être évités et qu'il est urgent, pour des motifs humanitaires, de dispenser des soins palliatifs à tous ceux qui en ont besoin ;
Reconnaissant que les techniques de diagnostic et de traitement du cancer sont au point et qu'il est possible de soigner de nombreux cas, surtout s'ils sont dépistés plus tôt ;
Reconnaissant que le tabagisme est la cause de cancer la plus facilement évitable dans le monde et que des moyens de lutte comme la législation, l'éducation, la promotion d'environnements sans tabac et le traitement de la dépendance tabagique peuvent être utilisés de façon efficace quelles que soient les ressources disponibles ;
Reconnaissant que, parmi tous les types de cancer, le cancer du col de l'utérus, provoquant 11 % de tous les décès par cancer chez les femmes dans les pays en développement, est l'un de ceux qui peut le mieux faire l'objet d'un dépistage précoce et être guéri, qu'il existe des interventions peu coûteuses de dépistage précoce qui ne sont pas encore largement utilisées, et que la lutte contre le cancer du col contribuera à la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique ;

¹ 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 WHA58.21.

Reconnaissant la valeur de la prise en charge pluridisciplinaire et l'importance de la chirurgie, de la radiothérapie, de la chimiothérapie, **des soins palliatifs** et d'autres méthodes de traitement du cancer ;

Reconnaissant la contribution que le CIRC apporte depuis 40 ans à la recherche sur l'étiologie et la prévention du cancer en fournissant des données factuelles sur la prévalence et l'incidence du cancer dans le monde, les causes du cancer, les mécanismes de la carcinogenèse et les stratégies efficaces de prévention et de dépistage précoce ;

Consciente de la nécessité d'une planification attentive et de l'établissement de priorités dans l'utilisation des ressources afin d'entreprendre des activités efficaces pour réduire la charge du cancer ;

Reconnaissant l'importance d'un financement suffisant des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses **et de soins palliatifs**, en particulier dans les pays en développement ;

Encouragée par les perspectives offertes par les partenariats avec des organisations internationales et nationales dans le cadre de l'Alliance mondiale contre le cancer, et avec d'autres organismes tels que les associations de malades ;

Reconnaissant la contribution de l'AIEA à la lutte contre le cancer et se félicitant de l'initiative prise par l'Agence en vue de créer ~~un~~ **le** programme d'action pour la cancérothérapie et des travaux de recherche menés par des instituts nationaux du cancer dans différents Etats Membres ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à collaborer avec l'Organisation pour établir, ou les renforcer s'ils existent déjà, des programmes complets de lutte contre le cancer adaptés au contexte socio-économique et destinés à réduire l'incidence du cancer, faire reculer la mortalité cancéreuse et améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille, en particulier par l'application systématique, progressive et équitable de stratégies de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soins palliatifs fondées sur des données factuelles, et à évaluer les effets de la mise en oeuvre de ces programmes ;

1bis) à fixer des priorités en fonction de la charge que représente le cancer pour le pays, la disponibilité des ressources et la capacité des systèmes de santé à mener des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs ;

2) à intégrer dans les systèmes de santé existants des programmes nationaux de lutte contre le cancer qui énoncent des buts et des objectifs mesurables axés sur les résultats à court, à moyen et à long terme, conformément aux recommandations contenues dans l'annexe à la présente résolution, à définir, tout au long de la chaîne des soins, des interventions durables fondées sur des données factuelles, et à utiliser au mieux les ressources pour l'ensemble de la population en mettant l'accent sur le rôle utile des soins de santé primaires pour promouvoir les stratégies de prévention ;

3) à encourager et à élaborer des politiques visant à renforcer et à entretenir le matériel technique de diagnostic et de traitement du cancer dans les hôpitaux qui assurent des services d'oncologie et d'autres services pertinents ;

4) à accorder une attention toute particulière aux cancers liés aux facteurs d'exposition évitables, notamment les substances chimiques **et la fumée du tabac** en milieu professionnel et dans l'environnement, certains agents infectieux et les rayonnements ionisants et solaires ;

5) à encourager la recherche scientifique nécessaire pour améliorer les connaissances concernant la charge et les causes du cancer chez l'être humain en donnant la priorité aux tumeurs, telles que le cancer du col de l'utérus **et le cancer de la bouche**, dont l'incidence est élevée dans les milieux déshérités et qui peuvent faire l'objet d'interventions efficaces par rapport à leur coût ;

6) à donner aussi la priorité à la recherche sur les stratégies de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge du cancer, y compris, le cas échéant, les **thérapies** et médicaments traditionnels, **notamment pour les soins palliatifs et à base de plantes** ;

- 7) à envisager une approche des phases de planification, d'application et d'évaluation de la lutte anticancéreuse qui associe tous les principaux acteurs représentant les organisations gouvernementales, non gouvernementales et communautaires, y compris celles qui représentent les malades et leur famille ;
 - 8) à garantir, en particulier aux malades du cancer, l'accès à des informations appropriées concernant les moyens et les options de prévention, de diagnostic et de traitement, **et les soins palliatifs** ;
 - 9) à mettre en place des systèmes d'information appropriés, y compris des indicateurs de résultat et de processus, pour soutenir la planification, la surveillance et l'évaluation des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses **et de soins palliatifs** ;
 - 10) à évaluer périodiquement les résultats des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses pour permettre aux pays d'améliorer l'efficacité et l'efficience de leurs programmes ;
 - 11) à participer activement à l'application des stratégies intégrées de promotion de la santé et de prévention mises au point par l'OMS pour les facteurs de risque de maladies non transmissibles, y compris le cancer, par exemple la consommation de tabac, une mauvaise alimentation, l'abus d'alcool et l'exposition à des agents biologiques, chimiques et physiques notoirement cancérigènes, et à envisager de signer, ratifier, accepter, approuver, confirmer de manière formelle la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ou d'y adhérer ;
 - 11bis) à améliorer l'accès aux technologies appropriées, avec le soutien de l'OMS, pour le diagnostic et le traitement du cancer afin de promouvoir le diagnostic et le traitement précoces de la maladie, en particulier dans les pays en développement ;**
 - 12) à définir des normes minimales efficaces sur le plan des coûts et adaptées à la situation locale, applicables au traitement du cancer et aux soins palliatifs, qui s'inspirent des stratégies de l'OMS pour l'approvisionnement national en médicaments essentiels, en moyens techniques et diagnostiques et en vaccins, **compte tenu, en ce qui concerne les soins palliatifs, des recommandations formulées lors du Deuxième Sommet mondial des associations nationales de centres de soins palliatifs (Séoul, 2005)** ;
 - 13) à assurer la disponibilité à des fins médicales d'analgésiques opioïdes conformément aux traités internationaux et aux recommandations de l'OMS et de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants et dans le cadre d'un système efficace de surveillance et de contrôle ;
 - 14) à assurer, le cas échéant, **l'innocuité et l'efficacité des thérapies et médicaments traditionnels disponibles en les documentant par des données scientifiques et factuelles** ~~la disponibilité de médicaments traditionnels et à base de plantes sûrs et efficaces~~ ;
 - 15) à mettre sur pied ou renforcer l'infrastructure des systèmes de santé, notamment en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, afin de développer les capacités voulues pour appliquer de manière efficace les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses, y compris un système de registre du cancer ;
 - 16) à accorder un rang de priorité élevé à la planification et à l'application de la lutte anticancéreuse pour les groupes à haut risque, y compris les proches des malades et les personnes ayant été soumises à une exposition cancérigène durable et intense ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de développer l'activité et la capacité de l'OMS dans le domaine de la prévention et de la lutte anticancéreuses et de promouvoir des stratégies efficaces et complètes de prévention et de lutte anticancéreuses dans le contexte de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, et de la résolution WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, en privilégiant les pays moins avancés ;

1bis) de prêter un appui technique aux Etats Membres pour qu'ils fixent des priorités concernant les programmes de prévention et de lutte anticancéreuses et de soins palliatifs ;

2) de renforcer la participation de l'OMS à des partenariats internationaux et sa collaboration avec les Etats Membres, les autres organismes du système des Nations Unies et les acteurs de tout un éventail de secteurs et de disciplines connexes afin de sensibiliser l'opinion, de mobiliser des ressources et de développer les capacités pour une approche complète de la lutte anticancéreuse ;

3) de continuer à élaborer la stratégie de l'OMS pour la formulation et l'amélioration des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses en recueillant, analysant et diffusant les données sur l'expérience des pays dans ce domaine et en donnant, à leur demande, des conseils appropriés aux Etats Membres ;

4) de contribuer à élaborer des recommandations en matière de diagnostic précoce du cancer, notamment pour définir et atteindre les populations cibles qui devraient en bénéficier ;

5) d'envisager d'allouer des ressources supplémentaires pour que les connaissances issues de la recherche aboutissent à des mesures efficaces et efficientes de santé publique pour la prévention et la lutte anticancéreuses ;

5bis) d'appuyer des recherches sur les études coût-efficacité de différentes stratégies de prévention et de prise en charge de divers cancers ;

6) de promouvoir et de soutenir les recherches dont l'objectif est d'évaluer les interventions peu coûteuses, économiquement abordables et durables dans les pays à faible revenu ;

6bis) d'appuyer des recherches sur la mise au point d'un vaccin efficace contre le cancer du col de l'utérus ;

7) d'aider à poursuivre l'élaboration et l'extension, au CIRC et dans d'autres organes, d'un programme de recherche approprié pour mettre au point des politiques et des stratégies intégrées de lutte contre le cancer, **et de promouvoir et de soutenir des programmes techniques et médicaux pour le traitement du cancer ;**

8) de promouvoir des **principes directeurs concernant les soins palliatifs pour les malades du cancer, y compris les aspects éthiques** ~~lignes directrices relatives à la prise en charge conforme à l'éthique des malades en phase terminale ;~~

9) de fournir des ressources et des orientations adéquates au Programme international sur la sécurité chimique afin qu'il joue un rôle actif dans les mécanismes multisectoriels internationaux pour la sécurité chimique, y compris l'appui au renforcement des capacités en matière de sécurité chimique dans les pays ;

10) de soutenir et de renforcer les mécanismes de transfert aux pays en développement des compétences techniques en matière de prévention et de lutte anticancéreuses, y compris la surveillance, le dépistage et la recherche ;

11) de conseiller les Etats Membres, en particulier les pays en développement, au sujet de l'élaboration ou de la tenue d'un registre national du cancer incluant le type et le site du cancer et sa distribution géographique ;

12) de collaborer avec les Etats Membres à l'établissement d'instituts nationaux du cancer ;

13) de rechercher des mécanismes appropriés de financement des programmes de prévention et de lutte anticancéreuses **et de soins palliatifs**, en particulier dans les pays en développement.

14) d'entreprendre l'élaboration d'un programme commun de l'OMS – Etats Membres et Secrétariat – et de l'AIEA pour la prévention et la lutte anticancéreuses, le traitement du cancer et la recherche ;

14bis) d'examiner conjointement avec l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants la possibilité de disposer d'un mécanisme d'assistance propre à faciliter le traitement satisfaisant de la douleur à l'aide d'analgésiques opioïdes ;

14ter) d'étudier toutes les possibilités de rendre les médicaments de chimiothérapie plus accessibles, plus abordables financièrement et plus largement disponibles, en particulier dans les pays en développement, pour le traitement des cancers liés au VIH/SIDA ;
14quater) de faire rapport régulièrement sur l'application de la présente résolution à l'Assemblée de la Santé.

Annexe

**PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE CANCER :
RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES OBJECTIFS
AXES SUR LES RESULTATS**

Les autorités sanitaires nationales voudront peut-être retenir pour leurs programmes de lutte contre le cancer les objectifs axés sur les résultats exposés ci-après selon le type de cancer concerné :

- tumeurs évitables (par exemple du poumon, du côlon, du rectum, de la peau et du foie) : éviter et réduire l'exposition à des facteurs de risque (tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'abus d'alcool, la sédentarité, une exposition excessive au soleil, les agents infectieux, y compris le virus de l'hépatite B et la douve du foie, et les expositions professionnelles), limitant ainsi l'incidence du cancer ;
- cancers pouvant faire l'objet d'un dépistage et d'un traitement précoces (par exemple cancer de la bouche, du col de l'utérus, du sein et de la prostate) : encourager les personnes à consulter plus tôt et assurer un traitement approprié afin d'accroître les chances de survie, de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie ;
- cancers généralisés pouvant être guéris ou dont le traitement peut prolonger sensiblement la vie des malades (par exemple leucémie aiguë de l'enfant) : fournir des soins appropriés afin d'accroître les chances de survie, de réduire la mortalité et d'améliorer la qualité de vie ;
- cancers avancés : renforcer le traitement de la douleur et d'autres symptômes et améliorer la qualité de vie des malades et de leur famille.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) propose d'apporter les amendements supplémentaires suivants au projet de résolution : aux paragraphes 2.5bis) et 2.6bis), remplacer le mot « appuyer » par « promouvoir » et, au paragraphe 2.14), remplacer le mot « entreprendre » par le membre de phrase « envisager la faisabilité d'entreprendre », et de supprimer les mots « Etats Membres et Secrétariat ».

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture des amendements proposés.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

¹ 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 WHA58.22.

Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris : Point 13.13 de l'ordre du jour (résolution EB114.R3 ; document A58/17) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur une version révisée du projet de résolution contenue dans la résolution EB114.R3, qui intègre les amendements proposés par plusieurs délégations et s'énonce comme suit :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur les incapacités, traitement et réadaptation compris ;¹
Notant que quelque 600 millions de personnes vivent avec différents types d'incapacité ~~physique et mentale~~ ;

Consciente de l'ampleur des besoins dans le monde en matière de santé et de réadaptation des personnes handicapées et du coût de leur exclusion sociale ;

Préoccupée par l'augmentation rapide du nombre de personnes handicapées consécutive à l'accroissement de la population, **à l'accroissement de la population âgée, au vieillissement,** aux affections chroniques, à la malnutrition, **aux blessures causées par les mines terrestres,** à la guerre, à la violence, **en particulier la violence familiale, au SIDA, à la dégradation de l'environnement,** et aux accidents de la circulation, **aux accidents domestiques, aux accidents causés par des jeux,** aux accidents du travail et à d'autres causes souvent liées à la pauvreté ;

Soulignant que 80 % des personnes handicapées, **en particulier les enfants,** vivent dans des pays à faible revenu et que la pauvreté limite de surcroît l'accès aux services de santé de base, et notamment aux services de réadaptation ;

Reconnaissant que les personnes handicapées apportent une contribution importante à la société et que les ressources allouées à leur réadaptation constituent un investissement ;

Reconnaissant également l'importance d'une information fiable sur différents aspects de la prévention des incapacités, de la réadaptation et des soins, ainsi que la nécessité d'investir en faveur des services de santé et de réadaptation nécessaires pour assurer **l'égalité des chances et** une bonne qualité de vie **aux personnes handicapées en dépit des incapacités** ;

Rappelant les Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;²

Rappelant la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé officiellement entérinée par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2001 ;

Rappelant aussi le Programme d'action mondial des Nations Unies concernant les personnes handicapées³ indiquant notamment que la responsabilité de l'OMS s'étend à la prévention des incapacités et à la réadaptation médicale ;

Prenant note de la Décennie des personnes handicapées en Afrique (2000-2009), de la Décennie Asie-Pacifique pour les personnes handicapées (1993-2002), de la nouvelle Décennie Asie-Pacifique pour les personnes handicapées (2003-2012) et de l'Année européenne des personnes handicapées (2003) ;

Rappelant les résolutions 56/168 du 19 décembre 2001, 57/229 du 18 décembre 2002 et 58/246 du 23 décembre 2003 de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

Consciente que les objectifs de développement convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ne pourront être atteints sans que soient abordées les questions liées à la santé et à la réadaptation des personnes handicapées ;

Reconnaissant l'importance de la conclusion dans les meilleurs délais de la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés ;¹

¹ Document A58/17.

² Adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa résolution 48/96.

³ Résolution 37/52 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à renforcer les politiques, stratégies et programmes nationaux pour la mise en oeuvre des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;
1bis) à sensibiliser davantage l'opinion générale à l'importance de la question des incapacités et à coordonner les efforts faits par tous les secteurs de la société pour participer aux activités de prévention des incapacités ;
 - 2) à élargir leur base de connaissances en vue de promouvoir **et de protéger** les droits et la dignité des personnes handicapées et de les intégrer pleinement dans la société, **en particulier en encourageant la formation et en protégeant l'emploi ;**
2bis) à prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité pendant la grossesse et l'enfance ;
 - 3) à promouvoir une intervention rapide et le dépistage précoce des incapacités, **en particulier pendant la grossesse et en particulier** chez l'enfant, et le plein accès, sur les plans physique, économique et de l'information, à tous les aspects de la vie, y compris aux services de santé et de réadaptation, afin de garantir la pleine participation et l'égalité des personnes handicapées ;
3bis) à mettre en oeuvre des programmes de conseil aux familles, y compris le dépistage prénuptial, en toute confidentialité, de maladies comme l'anémie et la thalassémie, ainsi que des services de conseil pour éviter les mariages au sein d'une même famille ;
 - 4) à promouvoir et renforcer les programmes communautaires de réadaptation reliés aux soins de santé primaires et intégrés au système de santé ;
 - 5) à faciliter l'accès aux technologies d'assistance appropriées et à promouvoir leur mise au point et d'autres moyens qui encouragent l'intégration des personnes handicapées dans la société ;
 - 6) à prévoir un volet sur les incapacités dans leurs politiques et programmes de santé, en particulier dans les domaines de la santé de l'enfant et de l'adolescent, de la santé sexuelle et génésique, de la santé mentale, du vieillissement, du VIH/SIDA et des affections chroniques comme le diabète sucré, les maladies cardio-vasculaires et le cancer ;
 - 7) à coordonner, lorsqu'il y a lieu, les politiques et programmes concernant les incapacités avec ceux concernant le vieillissement ;
 - 8) à garantir, dans toutes les mesures prises, l'égalité des sexes en prêtant une attention particulière aux femmes et aux filles handicapées qui sont souvent désavantagées sur les plans social, culturel et économique ;
8bis) à garantir l'égalité des personnes handicapées au travail, dans des conditions satisfaisantes ;
 - 9) à prendre part **de façon active et constructive** aux travaux préparatoires de la convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés,¹ **afin que l'Assemblée générale l'adopte dès que possible en considérant qu'il s'agit d'une question urgente ;**
9bis) à étudier et à mettre en oeuvre, dans les conditions qui leur sont propres, les moyens les plus efficaces de prévenir les incapacités, avec la participation de tous les secteurs de la communauté ;
 - 10) **garantir la prestation de soins médicaux appropriés et efficaces aux personnes qui ont des besoins particuliers et à leur en faciliter l'accès, y compris aux prothèses, fauteuils roulants, aides à la conduite automobile et autres dispositifs ;**

¹ Résolution 56/168 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

11) à faire des recherches sur les mesures les plus efficaces pour prévenir les incapacités et à appliquer ces mesures en collaboration avec la communauté et d'autres secteurs ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'intensifier la collaboration au sein de l'Organisation afin de contribuer à améliorer la qualité de vie et à promouvoir les droits et la dignité des personnes handicapées, en s'attachant notamment à inclure une analyse statistique et des informations ventilées selon le sexe sur les incapacités dans tous les domaines d'activité ;

2) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils puissent renforcer leurs programmes nationaux de réadaptation et mettre en oeuvre les Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ;

3) de soutenir les Etats Membres pour recueillir des données plus fiables sur tous les aspects pertinents, y compris la rentabilité des interventions en matière de prévention des incapacités, de réadaptation et de soins, et pour étudier l'usage qu'il est possible de faire des ressources nationales et internationales pour la prévention des incapacités, la réadaptation et les soins ;

4) de resserrer encore la collaboration au sein du système des Nations Unies et avec les Etats Membres, le milieu universitaire, le secteur privé et les organisations non gouvernementales, y compris les organisations de personnes handicapées ;

4bis) de contribuer aux travaux du comité spécial chargé d'élaborer une convention internationale globale et intégrée des Nations Unies pour la promotion et la protection des droits et de la dignité des handicapés ;

5) d'organiser une réunion d'experts pour passer en revue les besoins des personnes handicapées en matière de santé et de réadaptation ;

5bis) d'encourager les études sur l'incidence et la prévalence des incapacités afin qu'elles servent de base à l'élaboration de stratégies de prévention, de traitement et de réadaptation ;

6) d'établir un rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation en se fondant sur les meilleures données scientifiques disponibles ;

7) de promouvoir une bonne compréhension de la contribution que peuvent apporter les personnes handicapées à la société ;

8) de faire rapport sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;-

9) de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils prennent les mesures nécessaires pour réduire les facteurs de risque d'incapacité.

Mme YUAN (Etats-Unis d'Amérique) propose de remplacer dans la version anglaise au paragraphe 1.2*bis*), « conducive of » par « contributing to » (sans objet en français). Le paragraphe 1.8*bis*) devrait être supprimé ou associé au paragraphe 1.2) car il reprend l'idée de protection de l'emploi et de qualité du travail, déjà contenue dans ce dernier paragraphe. Elle propose également de supprimer au paragraphe 1.9*bis*) de la version anglaise les mots « the appearance of » (sans objet en français). Au paragraphe 2.4*bis*), le mot « contribuer » devrait être suivi de « de manière appropriée » et le paragraphe 2.8) devrait être placé en dernière position.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) propose d'ajouter, au paragraphe 1.3*bis*), l'expression « lorsqu'il y a lieu » entre virgules après « à mettre en oeuvre ».

Le Dr YOUNES (Secrétaire) donne lecture des paragraphes incluant les amendements proposés, et note la proposition de supprimer le paragraphe 1.8*bis*).

M. HILMERSON (Suède) propose, au paragraphe 1.9), de supprimer « dès que possible » afin de conserver les termes de la résolution de l'Assemblée de la Santé sur les travaux du comité spécial. De plus, « à titre prioritaire » exprime mieux l'idée d'urgence.

Le PRESIDENT considère que la Commission approuve le projet de résolution ainsi amendé.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool : Point 13.14 de l'ordre du jour (résolution EB115.R5 ; document A58/18) (suite de la cinquième séance)

M. GUNNARSSON (Islande) explique que l'alcool est perçu différemment selon les pays et selon les cultures. Les délégués ayant exprimé des avis si divergents sur ce sujet, il demande qu'un délai supplémentaire soit accordé pour la tenue de discussions informelles.

Le PRESIDENT propose à cet effet de lever la séance plus tôt que prévu.

La séance est levée à 12 h 5.

¹ 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 WHA58.23.

SEPTIEME SEANCE

Lundi 23 mai 2005, 15 heures

Président : Dr M. A. RAHMAN KHAN (Bangladesh)

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

Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool : Point 13.14 de l'ordre du jour (résolution EB115.R5 ; document A58/18) (suite)

Le **PRESIDENT** dit que le Secrétariat répondra aux questions des délégués avant que la Commission ne reprenne son examen du projet de résolution.

Le Dr **LE GALÈS-CAMUS** (Sous-Directeur général) dit, en réponse aux observations sur la consommation d'alcool et l'infection à VIH, que l'OMS a récemment publié un rapport sur le lien entre la consommation d'alcool, l'abus de substances licites ou illicites, les comportements à risque (y compris des comportements sexuels à risque) et le VIH/SIDA. Des modules de formation ont été élaborés pour les professionnels des soins de santé primaires sur la gestion de la comorbidité de l'infection à VIH/SIDA, la dépression et la consommation d'alcool. Un programme sur la sexospécificité et la consommation d'alcool a été mis en place dans trois pays, programme qui concerne plus particulièrement le dépistage et le traitement des jeunes femmes ayant un problème d'alcoolisme. Le lien entre les accidents de la circulation et l'usage nocif de l'alcool est un domaine d'action prioritaire pour l'ensemble des organisations des Nations Unies concernées, et le Secrétariat y travaillera conformément au mandat qui lui a été confié par l'Assemblée générale des Nations Unies en avril 2004.

Le coût éventuel de la rédaction d'une convention internationale sur l'alcool a été estimé à US \$33 millions, évaluation basée sur l'exemple fourni par la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et sur les débats qui ont eu lieu au Conseil exécutif et à la présente Assemblée de la Santé. Toutefois, cette estimation est prudente, car il semble probable qu'un instrument visant à réglementer la consommation d'alcool ferait l'objet de négociations plus longues et plus difficiles que pour la Convention-cadre.

M. GUNNARSSON (Islande) dit que, dans le but de dégager un consensus au sujet du projet de résolution, il a proposé de trouver un texte qui serait acceptable par le plus grand nombre. Certains délégués ont souhaité que le texte demeure en l'état. D'autres ont approuvé le premier des deux amendements proposés plus tôt par le délégué de la Thaïlande, à savoir remplacer le terme « Rappelant » au début du premier alinéa du préambule par le terme « Réaffirmant » ; l'ajout d'un appel de note au paragraphe 1.1) faisant référence aux dix « meilleures pratiques » telles qu'elles sont décrites dans le document A58/18 a recueilli toutefois moins de suffrages. Un autre amendement majeur qui a été proposé consistait à ajouter un nouvel alinéa au préambule, libellé comme suit : « Prenant dûment en considération les sensibilités religieuses et culturelles d'un nombre considérable d'Etats Membres au sujet de la consommation d'alcool, et soulignant que le mot « nocif » dans la présente résolution fait référence uniquement aux effets de la consommation d'alcool sur la santé publique, sans préjuger en aucune manière des croyances religieuses et des normes culturelles ; ». Les autres amendements proposés consistaient à insérer les termes « en particulier » avant « dans le cadre

de » au quatrième alinéa du préambule ; de reformuler le début du paragraphe 2.2) pour le libeller comme suit : « d'envisager d'intensifier la coopération mise en oeuvre à l'échelle internationale ... » ; d'ajouter un nouveau paragraphe 2.2*bis*) rédigé comme suit : « d'envisager aussi de conduire des études scientifiques supplémentaires sur différents aspects de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur la santé publique » ; et de remplacer les termes « structures de distribution » au paragraphe 2.8) par l'expression « des secteurs ... du commerce ».

Le Dr YOUNES (Secrétaire) relit les amendements proposés concernant le projet de résolution.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) demande que ces amendements soient distribués par écrit afin que les délégations puissent consulter leur gouvernement.

M. RECINOS TREJO (El Salvador) dit que le Groupe des Amériques, au nom duquel il prend la parole, n'est pas favorable aux amendements proposés, et notamment à l'insertion d'une référence aux meilleures pratiques, et souhaite qu'il en soit discuté plus avant. M. Recinos Trejo appuie par conséquent la requête de l'orateur précédent et demande que la discussion soit reportée au lendemain.

M. SHEIKH (Pakistan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, approuve la demande visant à faire distribuer les amendements par écrit. Il prie les délégués de soumettre à leur gouvernement le projet d'amendement relatif aux sensibilités religieuses et culturelles afin de rappeler les sensibilités évidentes touchant la consommation d'alcool dans cette Région et le fait que l'amendement a été conçu pour faciliter le dégagement d'un consensus au sujet du projet de résolution.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud) rappelle son soutien aux amendements proposés par le délégué de la Thaïlande, et notamment la référence aux dix meilleures pratiques. Elle appuie la demande de version écrite concernant ces amendements.

Le PRESIDENT dit qu'un texte révisé sera publié le lendemain matin. Le débat sur ce point de l'ordre du jour restera ouvert.

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

La séance est levée à 15 h 45.

HUITIEME SEANCE

Mardi 24 mai 2005, 9 h 15

Président : Professeur J. PEREIRA MIGUEL (Portugal)

1. TROISIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A58/59)

M. YEE Ping Yi (Singapour), Rapporteur, donne lecture du projet de troisième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.

(Voir la correction apportée au rapport dans le procès-verbal de la dixième séance, section 1.)

2. COLLABORATION A L'INTERIEUR DU SYSTEME DES NATIONS UNIES ET AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES : Point 22 de l'ordre du jour (document A58/40)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le rapport du Secrétariat ainsi que le projet de résolution ci-après relatif au processus de réforme des Nations Unies et au rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays, proposé par les délégations des pays suivants : Afrique du Sud, Algérie, Argentine, Australie, Belgique, Danemark, Finlande, France, Guatemala, Israël, Jordanie, Monaco, Norvège, Pays-Bas, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Sénégal, Suède et Suisse ; le texte est ainsi libellé :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Prenant note du rapport sur la collaboration à l'intérieur du système des Nations Unies ;¹

Reconnaissant la primauté des priorités et des plans nationaux et, à cet égard, le rôle directeur dévolu aux gouvernements pour la coordination des activités de développement ;

Consciente de l'importance cruciale du processus de réforme des Nations Unies qui concerne entre autres les activités opérationnelles de développement mises en oeuvre par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et dont le but est à la fois d'améliorer la coordination des activités sur le terrain et d'assurer des services cohérents et efficaces ;

Reconnaissant les contributions que l'OMS apporte à ces activités de développement ;

Consciente également de la nécessité de veiller à ce que les activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies soient notamment axées sur la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Considérant en particulier le débat que suscite entre les Etats Membres le rapport du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies intitulé « Dans une liberté plus grande : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous », où sont présentées les

¹ Document A58/40.

mesures qui, d'après le Secrétaire général, feraient de l'Organisation des Nations Unies un instrument plus efficace et efficient, susceptible d'apporter une réponse unifiée à des menaces et à des besoins communs et consisteraient notamment à réformer, restructurer et revitaliser les principaux organes et institutions de l'Organisation, le cas échéant, pour leur permettre de réagir efficacement aux menaces, aux nécessités et aux situations nouvelles du XXI^e siècle ;¹

Déterminée à réduire les coûts de transaction liés à la coopération internationale dans le secteur de la santé pour les bénéficiaires comme pour les prestataires, et à améliorer l'efficacité de cette coopération, son suivi et les rapports établis à son sujet ;

Soucieuse de tirer parti du potentiel inexploité que représente une collaboration efficace entre les organisations du système des Nations Unies, les donateurs bilatéraux, les initiatives mondiales et d'autres partenaires de l'action en faveur du développement sanitaire ;

Rappelant la résolution 59/250 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (22 décembre 2004), qui demande que soient renforcées la cohérence et la coordination entre les entités du système des Nations Unies dans les pays et que soient simplifiées et harmonisées leurs règles et procédures ;

Prenant note de la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003) et de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement – appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005) ;

Soucieuse d'assurer une utilisation plus efficace des ressources humaines et financières dans les pays, en évitant particulièrement le chevauchement des activités à l'intérieur du système de développement des Nations Unies et avec les institutions de Bretton Woods ;

Prenant note des travaux préliminaires en cours à l'OMS en matière d'appropriation, d'alignement, d'harmonisation et de résultats, du rôle actif de l'Organisation au sein du Groupe des Nations Unies pour le développement et de ses efforts pour renforcer les interventions dans les pays conformément à son mandat et par le biais de sa politique d'action en faveur des pays ;

Soulignant l'importance de l'application des « trois principes » mis en avant par l'ONUSIDA et approuvés dans la résolution WHA57.14 ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à faire en sorte que les activités opérationnelles de développement soient planifiées et exécutées en concertation avec le gouvernement du pays et sous son autorité, de même qu'en conformité avec ses priorités, tout en étant conscients des efforts coordonnés déployés par les organismes du système des Nations Unies dans le contexte du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à ce que l'OMS continue à mettre en oeuvre les activités dans les pays conformément aux priorités des Etats Membres, et de coordonner les activités de l'OMS avec celles d'autres organisations du système des Nations Unies et, le cas échéant, avec d'autres acteurs concernés qui s'emploient à améliorer les résultats sanitaires ;

2) de veiller à ce que le personnel et les programmes de l'OMS au Siège et les bureaux régionaux et de pays adhèrent au programme international d'harmonisation et d'alignement, tel qu'il ressort notamment de la Déclaration de Rome et de la Déclaration de Paris, et à ce qu'ils participent activement à la préparation et à l'application du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, en relation étroite avec les autres membres de l'équipe des Nations Unies dans le pays et en collaboration étroite avec le Coordinateur résident des Nations Unies dans le pays, afin d'assurer la cohérence et l'efficacité des activités ;

3) de tenir compte de l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies, y compris les perspectives sexospécifiques et la promotion de l'égalité des sexes, afin de guider les actions de l'OMS dans les pays,

¹ Document A/59/2005.

et de participer activement à l'étude de l'examen triennal au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale des Nations Unies ;

4) en particulier, de chercher des moyens et de prendre des mesures spécifiques pour rationaliser les procédures et réduire les coûts de transaction comme indiqué au Chapitre 4, paragraphe 36, de la résolution 59/250 de l'Assemblée générale des Nations Unies ;

5) de soumettre à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport intérimaire sur les progrès de l'application de la présente résolution et, à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, une analyse complète de la contribution de l'OMS à l'application de la résolution 59/250 de l'Assemblée générale des Nations Unies, en particulier la mise en adéquation des activités opérationnelles de développement de l'OMS dans les pays avec celles du système des Nations Unies et les incidences de cet effort de coordination sur l'efficacité de l'aide au développement et son évaluation.

Le Dr AL KHARABSEH (Jordanie) dit que la coordination à l'intérieur du système des Nations Unies et avec d'autres organisations intergouvernementales est nécessaire pour éviter tout chevauchement en matière de financement ou d'activités. Elle ne devrait pas, toutefois, constituer une entrave pour l'OMS ni un obstacle bureaucratique à la souplesse dont l'Organisation a besoin pour s'acquitter de son mandat.

M. MARTIN (Suisse), s'exprimant en tant que coordonnateur de rédaction, déclare que le Canada souhaiterait figurer parmi les coauteurs du projet de résolution et que l'Algérie est au regret de se retirer de la liste.

Mme NELLTHORP (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) propose au paragraphe 2.1) d'ajouter après « priorités des Etats Membres » l'expression « comme convenu par les organes directeurs ».

Mme RISSANNEN (AIEA) dit que l'Agence contribue au développement durable par le biais de plusieurs programmes et qu'elle met au point des normes de sûreté, dont certaines coparrainées par l'OMS, afin de protéger la santé contre les rayonnements ionisants. L'AIEA coopère depuis 1959 à diverses activités portant sur la santé humaine, établit son programme sur la nutrition avec le concours de l'Organisation et assure depuis longtemps la fourniture des équipements essentiels et la formation du personnel chargé de diagnostiquer la maladie et de traiter en toute sécurité par radiothérapie les personnes atteintes de cancer. Au cours des 25 dernières années, elle a investi quelque US \$150 millions dans la conception, l'entretien et la modernisation de centres de dépistage du cancer et de radiothérapie à travers le monde. Elle soutient la recherche sur le cancer et élabore des lignes directrices relatives à l'utilisation efficace et sans danger du matériel de radiothérapie et de toutes les autres sources de rayonnement. Grâce à une coopération technique, elle aide les Etats Membres à satisfaire leurs besoins prioritaires en matière d'alimentation et d'agriculture, de santé humaine, de ressources en eau et d'environnement.

L'AIEA insiste sur le fait que le traitement du cancer doit s'inscrire dans le cadre d'un programme global de lutte anticancéreuse dans les pays en développement. En 2004, le programme d'action pour la cancérothérapie a été lancé pour promouvoir cette idée et garantir l'accès à la radiothérapie. Au sein d'une alliance avec les Etats Membres, l'OMS et d'autres organes concernés, ce programme épaulera les pays en développement dans l'évaluation de leurs besoins, la planification, la conception et la mise en oeuvre de programmes complets de lutte contre la maladie ; une stratégie de base est en cours d'élaboration et des fonds sont recueillis à cet effet. Une équipe pluridisciplinaire se constitue, un plan d'intervention prend corps et des critères préliminaires de choix du site ainsi que des lignes directrices se mettent en place. Dans l'année qui vient, une stratégie concrète de mobilisation des ressources sera formulée et on établira les bases des principaux partenariats au service du programme. L'AIEA se réjouit d'une collaboration accrue avec l'OMS en vue de renforcer la capacité mondiale de traitement du cancer et appuie sans réserve la mise en oeuvre de cette résolution.

Mme KONGSVIK (Norvège) fait part de ses observations sur la participation de l'OMS au Groupe des Nations Unies pour le Développement et au programme élargi de réforme des activités opérationnelles, et sur les suites données par l'Organisation à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide (mars 2005). Elle rend hommage à la contribution active de l'OMS aux efforts que déploie la collectivité pour améliorer la pertinence des activités opérationnelles des Nations Unies là où elles importent le plus, dans les pays, et salue en particulier le rôle clé que joue l'Organisation pour faciliter la participation des organismes des Nations Unies aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté et aux approches sectorielles. L'OMS doit prendre des mesures énergiques en ce sens, renforçant son rôle dans les pays, et intervenir davantage en amont pour des questions comme la rationalisation de la présence des pays en mettant en place des bureaux conjoints et des services partagés. Mme Kongsvik est déçue que le rapport ne mentionne pas la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, mais se dit satisfaite de la participation de l'OMS à l'élaboration de ce document charnière et de la Déclaration du Directeur général à ce propos, laquelle laisse entendre que les Nations Unies sont résolues à appliquer les principes d'appropriation, d'harmonisation, d'alignement, de résultats et de responsabilité mutuelle.

Elle note avec un vif intérêt l'accord tendant à modifier toutes les dispositions, règles et procédures empêchant les organismes du Groupe des Nations Unies pour le développement de prendre part aux approches sectorielles et aux mécanismes de financement budgétaires directs ; à soutenir davantage le développement des capacités nationales pour gérer cette aide ; à simplifier les procédures programmatiques et à recourir davantage aux systèmes nationaux pour l'établissement des rapports sectoriels, leur suivi et leur évaluation, le bilan des résultats annuels, les rapports intérimaires et les modalités d'achat ; et à passer en revue les effectifs et l'éventail des qualifications au niveau des pays dans le but de renforcer la capacité de prodiguer en amont des conseils stratégiques avisés dans les secteurs clés et d'un secteur à l'autre.

Elle se félicite de l'action menée par l'OMS pour préciser ces engagements importants et se réjouit du rapport complet sur leur mise en oeuvre qui sera soumis pour examen à l'Assemblée de la Santé en 2006.

M. MARTIN (Suisse) propose de modifier légèrement la version française du projet de résolution : le verbe « consisteraient » est inutile et devrait être supprimé du septième alinéa du préambule.

Le Dr BOUDIBA (Algérie) confirme que son pays souhaite que son nom soit retiré de la liste des auteurs du projet de résolution, car il estime que la référence au rapport du Secrétaire général des Nations Unies publié en mars 2005 n'est pas de mise dans ce projet de résolution et que ce rapport n'a pas reçu l'approbation de la communauté internationale.

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.¹

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

Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool : Point 13.14 de l'ordre du jour (résolution EB115.R5 ; document A58/18) (suite de la septième séance)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner ce projet de résolution révisé dans lequel sont incorporés plusieurs des amendements proposés :

¹ 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 WHA58.25.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant Réaffirmant les résolutions WHA32.40 sur le développement du programme de l'OMS relatif aux problèmes liés à la consommation d'alcool, WHA36.12 sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool : élaboration de politiques et de programmes nationaux, WHA42.20 sur la lutte contre l'abus des drogues et de l'alcool, WHA55.10 sur la santé mentale : répondre à l'appel lancé, WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains et WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

Rappelant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*,¹ dans lequel il est indiqué que 4 % de la charge de morbidité et 3,2 % de l'ensemble des décès dans le monde sont imputés à l'alcool et que l'alcool est le premier facteur de risque pour la santé dans les pays en développement à faible taux de mortalité et le troisième dans les pays développés ;

Reconnaissant que les modes de consommation d'alcool, le contexte et la quantité totale consommée influencent la santé de la population dans son ensemble et que l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence – en particulier de violence familiale contre les femmes et les enfants –, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés, est associé à des problèmes de santé mentale, a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général, et contribue aux inégalités sociales et sanitaires ;

Soulignant que la consommation d'alcool risque de causer des dommages **en particulier** dans le cadre de la conduite d'un véhicule, au travail et pendant la grossesse ;

Alarmée de constater l'étendue des problèmes de santé publique liés à la consommation nocive d'alcool et les tendances faisant état d'une consommation dangereuse, en particulier chez les jeunes, dans de nombreux Etats Membres ;

Reconnaissant que l'intoxication alcoolique est associée à des comportements à haut risque, y compris la consommation d'autres substances psychoactives et les rapports sexuels non protégés ;

Préoccupée par la perte économique pour la société qu'entraîne la consommation nocive d'alcool, y compris les coûts pour les services de santé, le système de protection sociale et le système de justice pénale, la perte de productivité et le ralentissement du développement économique ;

Consciente des menaces que font peser sur la santé publique les facteurs qui ont suscité une augmentation de l'offre et de l'accessibilité des boissons alcoolisées dans certains Etats Membres ;

Notant que les stratégies et les mesures destinées à combattre les méfaits de l'alcool font chaque fois plus la preuve de leur efficacité ;

Considérant que les individus devraient pouvoir prendre pour eux-mêmes des décisions positives et radicales au sujet de problèmes tels que la consommation d'alcool ;

Prenant dûment en considération les sensibilités religieuses et culturelles d'un nombre considérable d'Etats Membres au sujet de la consommation d'alcool, et soulignant que le mot « nocif » dans la présente résolution fait référence uniquement aux effets de la consommation d'alcool sur la santé publique, sans préjuger en aucune manière des croyances religieuses et des normes culturelles ;

1. PRIE les Etats Membres :

1) d'élaborer des stratégies² et des programmes efficaces pour atténuer les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage nocif de l'alcool, de les mettre en oeuvre et de les évaluer ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

² Par exemple, les 10 « meilleures pratiques » décrites dans le document A58/18.

- 2) d'encourager tous les groupes sociaux et économiques concernés, y compris les organisations scientifiques, professionnelles, non gouvernementales et bénévoles, le secteur privé et les associations de la société civile et de l'industrie, à se mobiliser et à participer activement et utilement aux mesures prises pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;
 - 3) d'aider le Directeur général à exécuter les activités ci-dessous, y compris, au besoin, par le biais de contributions volontaires d'Etats Membres intéressés ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les moyens dont dispose le Secrétariat pour aider les Etats Membres à suivre l'évolution des problèmes liés à l'alcool et d'enrichir la somme de données scientifiques et empiriques qui attestent l'efficacité des politiques menées ;
 - 2) **d'envisager** d'intensifier la coopération mise en oeuvre à l'échelle internationale pour réduire les problèmes de santé publique liés à l'usage nocif de l'alcool et de mobiliser le soutien nécessaire aux niveaux mondial et régional ;
 - 2bis) d'envisager aussi de conduire des études scientifiques supplémentaires sur différents aspects de l'impact éventuel de la consommation d'alcool sur la santé publique ;**
 - 3) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire les méfaits de l'alcool, avec notamment un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;
 - 4) d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les Etats Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;
 - 5) de renforcer les systèmes mondiaux et régionaux d'information en poursuivant la collecte et l'analyse de données sur la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, en fournissant un soutien technique aux Etats Membres et en encourageant des travaux de recherche là où de telles données ne sont pas disponibles ;
 - 6) de promouvoir et soutenir des activités mondiales et régionales destinées à détecter et prendre en charge les troubles liés à l'alcool dans le cadre des soins de santé et à donner aux professionnels de la santé les moyens de mieux combattre chez leurs patients les problèmes liés à des modes nocifs de consommation d'alcool ;
 - 7) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations intergouvernementales, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et les autres partenaires intéressés pour promouvoir la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces contre l'usage nocif de l'alcool ;
 - 8) d'organiser des consultations ouvertes avec les représentants **des secteurs** de l'industrie, de l'agriculture et ~~les structures de distribution~~ **du commerce** des boissons alcoolisées afin de limiter l'impact sur la santé de l'usage nocif de l'alcool ;
 - 9) 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. GUNNARSSON (Islande) propose, au nom du consensus, de supprimer la note de bas de page se rapportant au paragraphe 1.1) dans le but de trouver un compromis conciliant les divergences de vue qui persistent sur les questions sensibles traitées dans ce projet de résolution.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) prend note des efforts concertés déployés par les Etats Membres, en particulier l'Islande, pour trouver un compromis. L'inclusion de la note de bas de page incriminée a été proposée par sa délégation avec le soutien de 15 Etats Membres. La Thaïlande est, toutefois, disposée à faire preuve de souplesse en retirant son amendement si cette décision peut favoriser l'obtention d'un consensus.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne et des pays en voie d'adhésion, insiste sur le fait que ce projet de résolution doit être approuvé par consensus. A cette fin, elle est également disposée à faire preuve de souplesse en soutenant la proposition de supprimer la note de bas de page.

M. RECINOS TREJO (El Salvador), prenant la parole au nom du Groupe des Amériques, réaffirme qu'il préférerait conserver le libellé de la résolution EB115.R5. Il est cependant prêt à soutenir la version modifiée, compte tenu de la nouvelle proposition islandaise. Il se félicite de la flexibilité manifestée par la délégation thaïlandaise.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) rend aussi hommage à cette flexibilité et déclare soutenir la proposition islandaise.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud) partage l'avis de l'intervenant précédent mais insiste sur le fait que la suppression de la note de bas de page relative aux meilleures pratiques n'empêche pas d'approfondir cette question et de faire rapport à ce sujet aux organes directeurs de l'OMS lors de leurs prochaines sessions.

M. SHEIKH (Pakistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, rend hommage à l'esprit de compromis qui anime les débats et fait part de toute sa gratitude au délégué islandais.

M. SMITH (Jamaïque) dit que, s'il souscrit aux observations formulées par le délégué d'El Salvador à l'appui du projet de résolution, il tient à ce qu'il soit pris acte de ce que les amendements proposés au texte original du projet de résolution, lequel a été adopté par le Conseil exécutif après de longs débats, suscitent chez lui une vive inquiétude. La proposition de modifier notamment le quatrième alinéa du préambule n'apporte pas grand-chose et est profondément regrettable ; elle altère fondamentalement la teneur de cet alinéa qui ne met plus l'accent sur les méfaits de la consommation d'alcool dans le contexte des trois domaines fondamentaux visés.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) rappelle qu'il a encouragé le consensus en retirant sa proposition d'amendement. La nécessité, pour les Etats Membres, de choisir des stratégies et des mesures essentielles d'efficacité avérée en vue de réduire les dommages causés par l'alcool est pour lui une source de vive préoccupation ; et il souhaite qu'il en soit pris acte. Il convient de poursuivre les efforts afin d'étudier l'efficacité de ces politiques et de ces interventions dans un cadre plus large ; les conclusions pourraient alors être exploitées une fois que seront formulées les recommandations visées au paragraphe 2.4).

Le projet de résolution, tel qu'il a été amendé, est approuvé.¹

La séance est levée à 10 h 5.

¹ 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 WHA58.26.

NEUVIEME SEANCE

Mardi 24 mai 2005, 15 h 20

Président : Professeur J. PEREIRA MIGUEL (Portugal)

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

Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Point 13.2 de l'ordre du jour (document A58/5) (suite de la cinquième séance)

Le Dr CHITUWO (Zambie), prenant la parole en qualité de Président du groupe de travail, confirme que les deux projets de résolutions ont fait l'objet d'un accord : il s'agit, d'une part, du projet sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, qui figure dans le rapport, et, d'autre part, du projet sur la couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Les textes révisés seront distribués.

Le PRESIDENT invite les délégués à s'en tenir à des remarques d'ordre général, l'examen des projets de résolutions étant reporté à une séance ultérieure, lorsque les textes révisés auront été distribués.

Il en est ainsi convenu.

Le Dr KAPP-JOEL (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 –, est d'avis que l'existence de systèmes de santé solides est un préalable indispensable à l'accès universel aux soins de santé primaires, surtout dans les domaines de la santé maternelle, néonatale et infantile, et de la santé génésique. De tels systèmes de santé faciliteront également la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. La lenteur des progrès accomplis en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est très préoccupante. Il faut consacrer des ressources supplémentaires aux programmes de santé, assurer une meilleure coordination entre tous les acteurs engagés et intégrer les stratégies de santé dans les politiques de réduction de la pauvreté pour renforcer les systèmes de santé et réaliser les objectifs.

L'Union européenne s'engage à prêter son concours aux Etats Membres, surtout aux pays fragiles, dont il faut prendre en compte les besoins précis. La santé doit être traitée comme une exception dans le cadre des programmes de réforme du secteur public des pays en développement et bénéficier d'une augmentation des dépenses publiques. L'Union européenne entend également poursuivre son dialogue avec les institutions de Bretton Woods sur la souplesse budgétaire nécessaire aux actions de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres priorités sanitaires. Il est inacceptable qu'en Afrique, un enfant de moins de cinq ans meure toutes les 30 secondes de maladie facilement traitable et qu'une femme meure chaque minute de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Pour l'instant, aucune Région n'a atteint la cible relative à la mortalité infantile. Il faut reconnaître le droit à la santé sexuelle et génésique, y compris à la contraception, et favoriser l'autonomisation des femmes. La Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ont souligné que la réalisation de ces droits est essentielle pour le développement et la

lutte contre la pauvreté. Sans un engagement continu en ce sens, les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement seront limités ; la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les résultats du Sommet du Millénaire (New York, 14-16 septembre 2005) doit confirmer ce lien. La mise au point d'un processus technique pour examiner les meilleurs moyens de prendre en compte les objectifs en question et les indicateurs relatifs au cinquième objectif du Millénaire pour le développement serait un pas en avant.

La Conférence internationale conjointe Commission européenne/OMS sur la santé des femmes, des enfants et des nouveau-nés (Bruxelles, 4 mai 2005) a déjà placé la santé génésique, les droits connexes et les droits de l'enfant au centre de la politique de développement de la Communauté européenne. L'accès à l'information et aux services de santé génésique est un objectif d'importance reconnu par la communauté internationale ; sa réalisation est indispensable pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Dès lors, les questions relatives à la santé génésique et aux droits connexes mériteront une attention toute particulière à la prochaine réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le tabagisme constitue par ailleurs un important obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et l'Union européenne tient donc à exprimer sa satisfaction de savoir la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac entrée en vigueur.

Le Professeur AKOSA (Ghana), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que, cinq ans après le Sommet du Millénaire et dix ans avant l'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement, la situation dans la Région n'est guère réjouissante ; les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs, y compris ceux liés à la santé, ont été lents et, si la situation ne s'améliore pas, il ne sera pas possible d'atteindre la cible. Il est urgent de prendre des mesures pour accélérer les progrès. Il importe d'élargir les interventions sanitaires existantes et d'accroître l'investissement dans le secteur social. C'est la raison pour laquelle le Professeur Akosa appuie les principales orientations stratégiques proposées dans le rapport. Le projet de résolution doit être renforcé pour qu'on se préoccupe davantage de la crise des ressources humaines qui est le résultat de l'émigration, du débauchage d'agents de santé originaires de pays en développement et du manque de moyens accordés à la formation pour pallier la pénurie dans ces pays. Pour ce qui est des ressources humaines, les pays développés doivent rechercher l'autonomie et aider les pays en développement à en faire autant. Les systèmes de santé de la Région africaine ne disposent toujours pas de ressources suffisantes ; il faut encourager les Etats Membres à respecter la promesse faite dans la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes de se fixer pour objectif d'accorder 15 % du budget national à la santé. En outre, les pays développés doivent s'efforcer d'accorder 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement. Les Etats Membres doivent continuer d'oeuvrer en faveur des idéaux du Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique, et notamment d'une bonne gouvernance, d'un rôle efficace de tutelle et d'une bonne utilisation des ressources nationales et internationales. Il est préoccupant de constater que certains pays continuent de se voir refuser, pour des raisons politiques, les fonds dont ils ont grandement besoin. La communauté internationale doit fournir des ressources suffisantes pour permettre d'atteindre les cibles en 2015.

Le groupe de travail a dûment tenu compte des préoccupations exprimées par les Etats Membres africains au sujet des projets de résolution.

Mme HESSEL (Danemark) exprime son appui résolu à la Déclaration du Millénaire et aux objectifs du Millénaire pour le développement, qui constituent le cadre commun pour la réduction de la pauvreté et l'élément moteur du développement international. L'OMS a là un rôle important à jouer, surtout pour la réalisation des objectifs 4, 5 et 6. Mme Hessel apprécie particulièrement que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*¹ ait privilégié la santé de la mère et de l'enfant et les défis à venir,

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

notamment en Afrique subsaharienne. Le rapport préconise de placer résolument et durablement au coeur des préoccupations sanitaires les objectifs et le programme de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et de sa Conférence de suivi (New York, 1999), ainsi que l'accès aux services de santé génésique. Il met par ailleurs en relief la question des avortements réalisés dans de bonnes conditions de sécurité, l'importance des besoins non satisfaits en matière de contraception, et la nécessité d'intégrer plus étroitement les interventions relatives à la santé sexuelle et génésique et les interventions relatives au VIH/SIDA au niveau national. La stratégie OMS pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international liés à la santé génésique, adoptée par la résolution WHA57.12, est un outil politique décisif et un élément d'orientation des plus précieux pour l'Organisation dans l'optique de la réalisation des objectifs de la Conférence du Caire de 1994 et des objectifs du Millénaire pour le développement. Cette stratégie souligne à juste titre le rôle de l'Organisation au niveau mondial, qui devra garantir la transparence grâce à un processus de compte rendu des progrès accomplis en matière de santé sexuelle et génésique dans le cadre de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. L'OMS doit impérativement allouer les ressources adéquates, y compris des crédits du budget ordinaire, pour que la stratégie soit mise en oeuvre en temps opportun et dans son intégralité. Si l'on veut réduire la pauvreté, et donc atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, le programme d'action adopté au Caire en 1994 doit être mis en oeuvre dans sa totalité. Malheureusement, la Déclaration du Millénaire et les objectifs du Millénaire pour le développement n'ont pas suffisamment repris les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement concernant l'instauration d'une bonne santé en matière de reproduction et la réalisation d'ici 2015 des droits pour tous en matière de procréation. Le Danemark est prêt à travailler avec des partenaires de même sensibilité, c'est-à-dire soucieux de mettre de nouveau les questions de population et de développement au coeur des efforts d'éradication de la pauvreté.

Mme Hessel souscrit à la proposition du groupe spécial sur la santé de l'enfant et de la mère du Projet du Millénaire tendant à ce que le cinquième objectif du Millénaire pour le développement prévoit une cible spéciale et les indicateurs correspondants pour l'accès universel aux services de santé génésique par le biais du système de soins de santé primaires d'ici 2015.

M. NESVÅG (Norvège) se félicite des orientations stratégiques exposées dans le rapport, notamment en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé, l'équité et la sexospécificité. Des mesures d'urgence s'imposent pour recruter tout un éventail d'agents de santé et mettre en oeuvre le programme d'action adopté au Caire en 1994 et la stratégie de l'OMS pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international liés à la santé génésique.

Pour ce qui est des objectifs du Millénaire pour le développement, l'OMS a un rôle prépondérant à jouer. Au niveau des pays, elle doit renoncer peu à peu aux programmes verticaux de lutte contre la maladie et mettre encore plus l'accent sur les questions intéressant l'ensemble du système en fournissant un appui technique de très haute qualité à des approches plus globales du développement des systèmes de santé. L'OMS peut aussi contribuer à la réalisation des objectifs transversaux, notamment réduire la pauvreté, promouvoir l'égalité des sexes, favoriser l'autonomisation des femmes et mettre en place un partenariat mondial pour le développement. Pour ce faire, elle doit participer plus activement à la réforme des Nations Unies aux niveaux mondial et national. Les activités axées sur les objectifs relatifs à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi qu'à la santé sexuelle et génésique accusent un sérieux retard. Tous les Etats Membres se doivent de respecter leurs engagements antérieurs en la matière, y compris ceux qui ont été pris dans le cadre du programme d'action et de la Conférence internationale sur le financement du développement (Monterrey, Mexique, 2002). La Norvège soutient la proposition du groupe spécial sur la santé de l'enfant et de la mère du Projet du Millénaire tendant à ajouter une cible relative à l'accès universel aux services de santé génésique d'ici 2015 au titre de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. La Norvège continue d'appuyer les activités menées par l'OMS pour orienter l'action sanitaire mondiale vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr QI Qingdong (Chine) salue les efforts déployés par l'OMS dans la perspective des objectifs du Millénaire pour le développement. Mais, dans l'état actuel des choses, il semble peu probable que les objectifs liés à la santé soient réalisés dans les délais prévus car de nombreux problèmes se posent, surtout en rapport avec les pays en développement. L'OMS doit intensifier son travail d'orientation politique et son appui pour que les pays pauvres soient à même de formuler des principes directeurs et des plans d'action qui correspondent à leur propre ligne stratégique et de renforcer leurs capacités, ce qui permettra aux Etats Membres de s'impliquer davantage dans la réalisation des objectifs. L'OMS doit en outre montrer la voie pour harmoniser et coordonner l'appui technique et financier entre les partenaires internationaux du développement en matière de santé, et exhorter les autres organisations du système des Nations Unies à honorer leurs engagements. L'Organisation doit jouer un rôle clé au niveau des pays en coordonnant les activités liées à la santé et éviter ainsi les doubles emplois. Il est par ailleurs important de favoriser la coopération entre Etats Membres aux niveaux national et régional pour qu'ils fassent part de leur expérience et mesurent les progrès accomplis.

Le Dr SHANGULA (Namibie) rappelle que, dans son pays, la politique intitulée Vision 2030 et le deuxième plan de développement national tiennent compte des aspirations correspondant aux objectifs du Millénaire pour le développement. Depuis le lancement de l'initiative pour la maternité sans risque en 1991, on a pu constater des améliorations dans les domaines dont relèvent les objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement. Mais, d'un autre côté, la Namibie est touchée par une épidémie de VIH/SIDA aggravée par la pauvreté, l'alcoolisme et la toxicomanie, certaines pratiques culturelles et l'ignorance. Le taux de prévalence de la tuberculose a progressé pour passer de 629 pour 100 000 en 1996 à 712 en 2002. Cependant, le Dr Shangula reste persuadé que la Namibie sera à même de réaliser la plupart, si ce n'est l'ensemble, des objectifs d'ici la date prévue et il demande instamment que soit approuvé le projet de résolution tel que révisé par le groupe de travail.

Mme TANHUA (Finlande) estime que l'OMS doit tenir compte de deux éléments stratégiques cruciaux dans ses activités de soutien aux Etats Membres. Premièrement, il est indispensable que ceux-ci se dotent d'un système de soins de santé efficace pourvu d'un nombre suffisant d'agents de santé convenablement formés pour progresser dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. En tant qu'organisation intergouvernementale responsable de la santé au niveau mondial, l'OMS a pour tâche et pour mission de renforcer ces systèmes et de soutenir la capacité des Etats Membres en conséquence. Deuxièmement, l'engagement en faveur des objectifs du Millénaire passe par la promotion des droits de la femme conformément aux dispositions du programme d'action de Beijing de 1995. En effet, la santé sexuelle et génésique et les droits qui s'y rattachent sont essentiels pour la réalisation des trois objectifs liés à la santé, notamment concernant la santé maternelle, la mortalité infantile et le VIH/SIDA ; c'est la raison pour laquelle Mme Tanhua s'inquiète des modalités prévues mettant en jeu le budget de base. Pris séparément, les objectifs peuvent servir d'indicateurs de l'état de santé d'un pays ou d'une population et du degré d'équité qui y règne, si l'on tient compte à la fois des aspects liés au système de santé et de la santé génésique tout comme des droits qui s'y rattachent.

M. PALU (Australie) est favorable aux principales orientations stratégiques évoquées dans le rapport et préconise en particulier d'inscrire la santé dans un vaste cadre de développement, d'intégrer les stratégies de santé dans les politiques publiques générales et de faire des efforts pour améliorer la gestion des affaires publiques. Il faut renforcer et réformer les systèmes de santé pour aider les pays à améliorer la situation sanitaire de leur population ; pour accomplir des progrès, il est indispensable d'améliorer politiques et institutions, non seulement dans le secteur de la santé mais au-delà. Les pays en développement doivent s'engager à favoriser une croissance économique diversifiée et durable fondée sur une bonne gestion des affaires publiques pour pouvoir accomplir des progrès notables en vue de réaliser les objectifs. On reconnaît aujourd'hui que les politiques de développement doivent promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, ce dont M. Palu se félicite. Il soutient résolument l'appel en faveur d'une meilleure prise en compte des besoins sanitaires des populations

vivant dans des Etats fragiles, car la dégradation de la situation sanitaire dénote clairement la faiblesse générale d'un pays ; or l'incapacité de l'Etat à fournir des services de santé de base efficaces peut entacher sa légitimité auprès de la population. L'Australie s'est engagée à prêter son concours pour réaliser les objectifs, et c'est pourquoi M. Palu se rallie au consensus international en vertu duquel pays développés et en développement doivent adopter des politiques et mesures afin de mener à bien cette entreprise. Il salue par ailleurs l'engagement de l'OMS pour harmoniser les efforts en vue de la réalisation des objectifs dans le cadre du système des Nations Unies et pour travailler activement dans le contexte de la réforme actuelle du système des Nations Unies pour en accroître l'impact et l'efficacité.

Mme PEDERSEN (Suède) dit que l'OMS a un rôle particulièrement important à jouer pour atteindre ceux des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé en vue desquels on a enregistré le moins de progrès, essentiellement dans les domaines de la santé maternelle et du VIH/SIDA. Il est capital de mettre en oeuvre le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 pour garantir la sécurité des individus, réduire la pauvreté et atteindre les objectifs. Il est plus important que jamais de préserver la santé sexuelle et génésique et les droits y relatifs ; aussi regrette-t-elle que la Déclaration du Millénaire et les objectifs s'y rapportant n'aient pas suffisamment tenu compte de ceux qui ont été adoptés par la Conférence internationale du Caire en 1994. C'est la raison pour laquelle la Suède s'efforcera de faire en sorte que les liens entre santé sexuelle et génésique et droits connexes, d'une part, et développement socio-économique, d'autre part, soient privilégiés dans le consensus mondial sur les moyens d'atteindre les objectifs. Elle appuie la proposition du groupe spécial sur la santé de l'enfant et de la mère du Projet du Millénaire tendant à fixer une nouvelle cible – l'accès universel aux services de santé génésique d'ici 2015 – et les indicateurs correspondants au titre de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, et prie instamment l'OMS de participer à ces travaux.

Le Dr AZENE (Ethiopie) partage l'avis du délégué du Luxembourg, selon lequel il faut accorder une plus grande attention à la santé car les principaux objectifs du Millénaire pour le développement y sont liés. Faisant écho à l'appel du délégué du Ghana pour renforcer la résolution, il souligne qu'il est important d'oeuvrer en faveur d'une couverture universelle des interventions de santé maternelle, néonatale et infantile pour l'Afrique dans son ensemble et pour tous les pays en développement.

Selon le Dr AKASHI (Japon), il est impératif d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement puisqu'il s'agit de fournir des services de santé appropriés et d'améliorer ainsi la santé des populations. L'OMS a raison de mettre l'accent sur le développement des ressources humaines et des systèmes de santé, mais il appartient aussi aux partenaires du développement de prêter un appui technique pour l'élaboration de politiques en la matière. Le Japon soutient et continuera de soutenir le développement durable des ressources humaines dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la lutte contre les maladies infectieuses dans de nombreux pays.

D'ici 2015, les pays en développement devront agir et se fixer un plan de campagne pour vaincre les obstacles qui empêchent d'améliorer la situation des ressources humaines et des systèmes de santé, et surveiller les progrès accomplis. Ils devraient donc renforcer leurs systèmes de gestion sanitaire et leur capacité d'utiliser à bon escient l'aide des partenaires du développement. Il est important de recueillir les données appropriées pour surveiller et évaluer les progrès accomplis en vue des objectifs et de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire. Puisque la collaboration avec les organisations apparentées est une nécessité, le Dr Akashi se dit favorable à l'idée et à la finalité du Réseau de métrologie sanitaire créé récemment.

Mme HOMANOVSKA (Ukraine) réaffirme que son pays s'est engagé à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier ceux liés à la santé. L'Ukraine s'est fixé pour priorité d'améliorer les services de santé, surtout pour les pauvres ; la santé de la mère et de l'enfant,

la santé génésique ainsi que la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose sont à cet égard des domaines stratégiques clés. Les progrès accomplis en vue des objectifs dépendent de l'efficacité du système de santé national – lequel fait actuellement l'objet d'une réforme – et de la démarche adoptée en matière de santé familiale, la priorité ayant été accordée à la formation des médecins de famille. Mme Homanovska se félicite de la coopération entre l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organisations internationales en faveur de la réalisation des objectifs, et prend note avec satisfaction de l'aide fournie aux Etats Membres à cet égard.

M. FERRER RODRÍGUEZ (Cuba) cite le *Rapport sur le développement humain 2003*¹ qui prévoit que, faute d'accélérer la cadence des progrès réalisés au niveau mondial dans les années 90, seuls les objectifs du Millénaire pour le développement visant à réduire de moitié l'extrême pauvreté et le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau salubre auront une chance d'être atteints, même si les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA et contre la faim sont encourageants. Dans le domaine de la santé, réduire la mortalité infantile de deux tiers est l'objectif qui a le moins de chances d'être atteint : il ne sera possible de réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans que d'un quart tout au plus ; il en ira de même pour la mortalité maternelle. Pour ce qui est de la réalisation de l'ensemble des objectifs, l'écart entre pays industrialisés et pays en développement, de même qu'entre différents pays et régions du Sud, est pratiquement infranchissable, et les conditions de vie sont des plus difficiles en Afrique. Dix millions d'enfants meurent chaque année dans le monde, presque 99 % d'entre eux dans des pays en développement, et plus de la moitié de ces décès est imputable à des maladies souvent évitables grâce à un vaccin bon marché. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de complications de la grossesse, dont 99 % dans les pays du Sud. En termes monétaires, 15 % de la population mondiale consomme 91 % des médicaments.

Selon le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003*,² les pays riches ont jusqu'ici failli aux obligations qui leur incombent aux termes du pacte, à savoir mettre en oeuvre une politique internationale plus équitable, accroître l'aide publique au développement, accorder des allègements de la dette et accélérer les transferts de technologie. Il faut renoncer à l'égoïsme et faire preuve d'une plus grande solidarité pour libérer le monde de ses maux. Dans un certain pays développé, les dépenses militaires s'élèvent à US \$500 milliards par an.

Cuba a atteint la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement, notamment ceux liés à la santé, et s'achemine vers la réalisation des autres objectifs. M. Ferrer Rodríguez fait par exemple observer qu'en 2004, le taux de mortalité des nourrissons (5,8 pour 1000 naissances vivantes) a atteint le seuil le plus bas de toute l'histoire de Cuba, ce qui place ce pays parmi les 36 pays les plus performants selon l'UNICEF. Tous les enfants du pays sont vaccinés contre 13 maladies, la couverture atteignant 95 %, et Cuba a éradiqué la poliomyélite, la diphtérie, la rougeole, la coqueluche, la rubéole, les oreillons et les formes cliniques les plus graves de certaines maladies : méningite tuberculeuse et tétanos néonatal. Plusieurs vaccins sont d'ailleurs produits localement. Par ailleurs, avec 0,05 %, la prévalence de l'infection à VIH chez les 15-49 ans est la plus faible des Amériques et l'une des plus faibles du monde. Quelque 1800 patients bénéficient d'un traitement gratuit fondé sur six antirétroviraux génériques produits à Cuba et de sept antirétroviraux fournis dans le cadre d'un programme de coopération financé par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le Dr GRONDIN (Organisation internationale pour les Migrations) salue les efforts destinés à mettre en place un partenariat mondial pour améliorer la santé de tous et mobiliser les actions collectives en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Il serait bon de tenir compte du phénomène de migration et de l'impact qu'il exerce sur la santé des individus

¹ PNUD. *Rapport sur le développement humain 2003. Les objectifs du Millénaire pour le développement : un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. New York, Oxford University Press, 2003.

² Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, 2003.

et sur les systèmes de santé. La plupart des politiques de santé publique et des stratégies de gestion des systèmes de santé ont négligé les migrants et les populations en mouvement. La migration des agents de santé a eu en effet des répercussions sur les systèmes de santé des pays en développement ; il ne s'agit pas d'empêcher la migration mais de gérer ses conséquences sur la santé. Réaliser les objectifs de l'OMS concernant le partenariat mondial et l'action collective pour la santé passe par une modification des comportements, le respect des responsabilités, la transparence et l'adoption d'une approche cohérente et précise.

Bien géré, le phénomène de migration comporte un énorme potentiel pour le développement, puisqu'il contribue par exemple à réduire la pauvreté en offrant des possibilités d'emploi et d'éducation. Il peut en outre servir à promouvoir l'égalité des sexes : les femmes représentent entre 49 % et 51 % de l'ensemble des migrants et, même si elles sont plus vulnérables à l'exploitation et aux risques sanitaires associés au processus de migration, elles peuvent gagner en autonomie grâce à l'éducation, à l'accès aux soins de santé, à l'expérience professionnelle et à l'indépendance économique. De retour chez eux, les migrants peuvent investir, créer une entreprise et mettre à profit leur expérience. Grâce à l'argent qu'ils envoient au pays, leur famille peut payer les services de santé et les médicaments.

La migration des agents de santé met en péril la capacité des pays, surtout ceux dont la charge de morbidité est forte, à fournir des services de santé efficaces, et menace leur aptitude à combattre les maladies et la malnutrition – ce qui a un profond retentissement sur les systèmes de santé et sur l'accès aux services sanitaires et exige l'élaboration d'une stratégie propre à gérer les migrations dans le contexte des ressources humaines pour la santé. L'Organisation internationale pour les Migrations est prête non seulement à travailler avec l'OMS pour mettre en oeuvre la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé, mais aussi à inscrire le phénomène des migrations au programme mondial d'action sanitaire ; pour ce faire, les deux organisations ont mis au point des protocoles au titre du suivi du mémorandum d'accord signé en 1999. Ils portent notamment sur les questions suivantes : moyens d'éviter les doubles emplois, transparence et évaluation du programme, et activités pour la période 2005-2007 en matière de migration des agents de santé, de migration en situation d'urgence et de migration en rapport avec la santé mentale, les maladies transmissibles et les problèmes de sexospécificité.

Mme WIENKAMP-WEBER (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de la Confédération internationale des Sages-Femmes, est préoccupée par l'insuffisance des progrès accomplis en vue des objectifs du Millénaire pour le développement. La réalisation de l'un quelconque des objectifs dépend des progrès accomplis en vue des autres objectifs. Elle apprécie surtout que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*¹ souligne l'importance des soins de santé maternels et néonataux dès le stade de la grossesse, lorsqu'ils sont assurés par des professionnels qualifiés à même d'intervenir rapidement dès que surgissent des complications inattendues. Le chapitre 4 du rapport rappelle le principal message qui figure dans la déclaration conjointe de l'OMS, du Conseil international des Infirmières et de la Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique sur le rôle essentiel des personnes qualifiées à l'accouchement et sur la nécessité pour elles d'exercer leur activité dans un environnement propice. Sages-femmes et infirmières sont qualifiées pour dispenser des soins dans des environnements divers, mais elles ne peuvent pas construire de routes ni d'installations sanitaires, assurer l'approvisionnement en eau propre ou fabriquer et transporter les médicaments et équipements nécessaires. Mme Wienkamp-Weber en appelle aux gouvernements et aux organisations non gouvernementales pour qu'ils travaillent avec le Conseil et la Fédération afin d'intégrer ces éléments dans un module de soins unique et de veiller à ce que les femmes et leur famille en bénéficient partout dans le monde ; l'objectif 8 du Millénaire pour le développement – mettre en place un partenariat efficace – pourrait

¹ Organisation mondiale de la santé, *Rapport mondial sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

être la clé du succès. Le Conseil et la Fédération travailleront avec les associations qui leur sont affiliées et d'autres intervenants pour favoriser les initiatives nationales et mondiales traduisant une volonté de s'engager pour progresser vers la réalisation des objectifs et d'adopter notamment une approche très large adaptée à l'interdépendance de ces actions.

Le Dr PIRMOAZEN (Organisation internationale des Parlementaires Médecins), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, fait observer que, dans bon nombre de pays en développement, une femme meurt chaque minute en couches ou à la suite de complications de la grossesse. On pourrait l'éviter grâce à des soins, un traitement et une information appropriés, d'autant que les bébés dont la maman a bénéficié de soins prénatals ont plus de chances de survivre. Pour éviter que des milliers de femmes meurent des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, il serait bon de mettre en place des services appropriés, qui leur épargneraient peut-être la nécessité de recourir à l'avortement. Dans de nombreux pays en développement, la vie peut dépendre de décisions politiques : il appartient aux parlementaires d'élaborer des politiques propres à sauver des vies en élargissant l'accès à l'éducation et aux services de santé. Il s'agit dans un premier temps de réviser et d'élaborer des lois sur la santé et de veiller à leur application.

Les parlementaires médecins doivent s'attacher à mobiliser des ressources pour la santé, qu'elles proviennent du budget de l'Etat ou de l'aide publique au développement. En dépit de l'urgente nécessité d'assurer des services de santé génésique, l'appui financier international dans ce domaine a diminué. Il est en outre nécessaire d'accroître le financement pour protéger les populations des pays en développement du VIH/SIDA. La plupart des décès évitables dans les pays en développement s'expliquent par les lacunes des services de santé génésique ; il serait d'autant plus justifié que ce point figure parmi les objectifs du Millénaire pour le développement, que les décès évitables constituent une injustice sociale et entravent le développement économique.

Coopération et collaboration s'imposent, et le Dr Pirmoazen exhorte la communauté internationale à se mobiliser pour remédier aux problèmes. Les parlementaires médecins, quant à eux, s'efforceront de susciter la volonté politique nécessaire pour améliorer le développement lié à la santé, surtout dans le domaine de la santé génésique.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rend hommage au travail de l'OMS dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Elle engage vivement l'Organisation à formuler des normes et des principes régulateurs pour les programmes spécifiques à certaines maladies afin de mesurer leur impact sur les systèmes de santé nationaux ; à cet égard, des donateurs devront apporter des ressources financières et techniques, et les rapports sur l'impact des activités devront être communiqués à l'ensemble des parties prenantes dans un souci de transparence.

Les agents de santé doivent impérativement bénéficier d'une bonne formation et de solides mesures d'accompagnement et faire preuve de motivation pour que le système de santé fonctionne. The Save the Children Fund aidera à mettre en oeuvre la résolution WHA57.19. Mme Keith prie instamment l'OMS et les donateurs de prêter main-forte aux pays en développement face à la crise, en leur fournissant des ressources financières et techniques prévisibles à long terme. L'expérience de The Save the Children Fund et la recherche qu'il a menée en Afrique orientale et centrale ont montré que le fait de devoir payer pour les soins de santé enfonce plus encore les déshérités dans la pauvreté. Dans un de ses rapports, l'organisation a mis en lumière les effets néfastes de mesures financières comme la participation aux frais, et a demandé aux pays d'opter pour des mesures protégeant mieux les populations pauvres sur le plan financier. Mme Keith enjoint les ministres de la santé et des finances, l'OMS et les donateurs à faire en sorte que les services de santé essentiels soient gratuits aux points d'accès. Il faut de toute urgence trouver des solutions pour fournir des services de santé dans les environnements fragiles ; The Save the Children Fund prêtera son concours pour étoffer la base de connaissances nécessaire, mais demande à l'OMS, aux donateurs et aux universitaires de collaborer avec les organisations non gouvernementales pour faire l'inventaire des meilleures pratiques dans de telles circonstances.

Il faut améliorer les systèmes d'information sanitaire et la notification des résultats liés aux objectifs du Millénaire pour le développement, sans oublier d'ajouter à cette surveillance des indicateurs sur les systèmes de santé. Progressivement, les données devront être ventilées pour permettre de surveiller et de mesurer plus rigoureusement d'autres déterminants sociaux de la santé. Mme Keith demande à l'OMS de donner des précisions sur les progrès réalisés sous l'angle de l'équité, comme cela a été décidé lors de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

Mme WYKLE-ROSENBERG (Corporate Accountability International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, pense que le Secrétariat doit apporter un soutien aux Etats Membres pour qu'ils surveillent l'impact des accords commerciaux internationaux sur la santé publique. Il faut éviter que des intérêts commerciaux ne s'immiscent dans la politique de santé publique car, que ce soit dans le domaine du tabac, de l'eau ou de l'alimentation, le souci de rentabilité des sociétés transnationales peut aller à l'encontre du droit humain à la santé. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac fixe une nouvelle norme pour la réglementation mondiale d'industries dont les produits et les pratiques ont des effets nocifs sur la santé publique. Les Etats Membres ont reconnu que la libéralisation du commerce pouvait contribuer à la propagation de la dépendance tabagique en ce sens que les accords commerciaux sont utilisés pour obliger les pays en développement à accepter des produits du tabac ; or les Etats Membres ont cherché à protéger la santé publique aux dépens des intérêts de l'industrie du tabac.

L'accès à de l'eau et à des aliments sûrs et sains est essentiel à la vie, pour rester en bonne santé, et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. D'ici 2025, quelque 3 milliards de personnes – dont 80 % dans des pays en développement – manqueront d'eau. On constate de plus en plus que l'eau devient une marchandise et, pour certaines communautés pauvres, un luxe inabordable en vertu d'accords commerciaux. Il faut surveiller cette tendance de près car elle a des effets négatifs sur la santé publique, surtout dans les régions pauvres où l'accès à l'eau est difficile.

Pour la première fois dans l'histoire, la surabondance de nourriture pose un problème aussi important que la pénurie. L'épidémie mondiale de famine et d'obésité a suscité l'adoption de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Puisque les multinationales de l'agroalimentaire et leurs associations commerciales ont la mainmise sur les ressources alimentaires mondiales tout en pesant de tout leur poids sur les accords commerciaux et les institutions financières mondiales, il est crucial d'instaurer la transparence et de gérer judicieusement les conflits d'intérêts pour réussir à mettre en oeuvre la stratégie.

Mme Wykle-Rosenberg prie instamment l'OMS de surveiller de près les accords commerciaux et les institutions financières pour s'assurer qu'ils respectent les objectifs, et recommande au Secrétariat et aux Etats Membres de participer au processus en cours au sein de la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies afin de durcir les règles de conduite des sociétés transnationales au regard des droits de l'homme dans la perspective d'un développement sain et équitable au XXI^e siècle.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) déclare que l'OMS doit trouver la ligne juste pour influencer au maximum sur le développement sanitaire dans le contexte du développement en général. De plus, elle doit à la fois faire barrage à certaines maladies majeures et tenter d'inverser la tendance, et garantir l'existence de systèmes de santé solides dotés de personnel qualifié et motivé là où le besoin se fait le plus sentir. Il y a encore cinq ans, ce n'était pas aussi évident, mais il est encourageant de constater que les débats ont permis de dégager les interventions stratégiques nécessaires pour améliorer la situation sanitaire des populations du monde entier.

La nécessité de coordonner plus étroitement les efforts nationaux et l'appui international et de multiplier les partenariats entre secteurs public et privé ne fait plus aucun doute. De toute évidence, il faut investir davantage dans la santé tout en veillant à gérer et à utiliser cet argent de façon rationnelle. Le processus de mise en oeuvre devra être guidé par les principes d'équité et d'égalité des sexes, et l'accent porter sur les groupes vulnérables de la société.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) ajoute que l'OMS et ses partenaires se sont efforcés d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques efficaces respectueuses du cadre réglementaire des pays concernés, guidés par les objectifs du Millénaire pour le développement, par les conclusions de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), et par les engagements pris dans le cadre de plusieurs autres conférences internationales et de stratégies et résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé. L'OMS a cherché à collaborer avec les pays, par exemple pour mettre en place des structures propres à orienter son action en matière de VIH/SIDA et de santé génésique. Elle formule également des stratégies pour collaborer avec les grandes institutions partenaires en vue de la réalisation des cibles liées à la santé, et pour tenir la communauté internationale informée des progrès accomplis concernant les objectifs 4 et 5. Pour rédiger le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*, le Secrétariat a adopté une démarche similaire fondée sur des consultations approfondies avec les Etats Membres et les partenaires, dans le but de formuler des notes d'orientation dépassant les aspects techniques des programmes de santé nationaux pour faire ressortir des aspects cruciaux des systèmes de santé, comme l'engagement communautaire, les ressources humaines et le financement. Le Secrétariat a souhaité mettre l'accent sur l'intégration et la continuité des soins, de même que sur la nécessité de combler les lacunes dans des domaines comme l'accès aux soins de santé génésique et de remédier au manque de ressources, autant d'éléments qui expliquent en grande partie la lenteur des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 4, 5 et 6. Le Secrétariat sait devoir réorienter les priorités afin que les populations et les communautés des pays en développement tirent véritablement parti du travail de l'Organisation.

Le Dr CASSELS (Objectifs du Millénaire pour le développement, santé et politique de développement) déclare que bon nombre d'aspects évoqués seront pris en compte dans les versions révisées des projets de résolution. Les objectifs du Millénaire pour le développement ont des rapports avec tout un éventail d'activités de l'OMS, et les délégués ont contribué à fixer les domaines prioritaires. De toute évidence, il faut investir davantage, mais investir en l'absence de bons systèmes de santé ne débouchera pas sur les résultats escomptés. Pour ce qui est de la crise généralisée des ressources humaines, le Dr Cassels rappelle que le projet de résolution sur les migrations internationales des personnels de santé (déjà approuvé par la Commission) atteste de l'importance que l'OMS attache à cette question. Certains pays peinent à atteindre les objectifs et ont besoin d'un appui supplémentaire. Face aux problèmes, bon nombre des stratégies axées sur la réalisation des objectifs devront s'inscrire dans le cadre d'une politique publique plus large. Comme cela a été souligné, les partenariats établis dans l'ensemble du système des Nations Unies, y compris les institutions de Bretton Woods, et les nouveaux partenariats mondiaux pour la santé peuvent avoir une grande influence sur les ressources humaines et les systèmes de santé. Il a été rappelé que les pays devaient coopérer entre eux pour atteindre les objectifs.

(Voir l'approbation des projets de résolutions dans le procès-verbal de la dixième séance, section 3.)

La séance est levée à 16 h 55.

DIXIEME SEANCE

Mercredi 25 mai 2005, 9 h 25

Président : Professeur J. PEREIRA MIGUEL (Portugal)

1. TROISIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A58/59) (suite de la huitième séance, section 1)

Le **PRESIDENT** appelle l'attention sur le troisième rapport de la Commission B, qui a été adopté à sa huitième séance. Une erreur typographique a, toutefois, été décelée ultérieurement dans la version anglaise du projet de résolution intitulé « Contributions pour l'exercice 2006-2007 », qui figure dans ce rapport. Cette erreur a été rectifiée et le texte corrigé du projet de résolution est paru sous la cote A58/59 Corr.1.

Mme **WILD** (Contrôleur financier) demande d'excuser l'erreur typographique qui s'est produite entre la cent quinzième session du Conseil et l'Assemblée de la Santé. Les chiffres indiqués dans le document A58/59 Corr.1 correspondent à ceux du document¹ présenté au Conseil à sa cent quinzième session et tiennent compte, par conséquent, des recommandations du Conseil.

Le rapport, ainsi corrigé, est adopté.²

2. QUATRIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A58/61)

M. **YEE Ping Yi** (Singapour), Rapporteur, donne lecture du projet de quatrième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.³

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

Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : Point 13.2 de l'ordre du jour (document A58/5) (suite de la neuvième séance)

Le **PRESIDENT** invite la Commission à examiner le texte révisé du projet de résolution figurant dans le document A58/5,⁴ ainsi libellé :

¹ Document EB115/17.

² Voir p. 392.

³ Voir p. 393.

⁴ L'annexe relative à « La santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement », figurant dans le document A58/5, n'est pas reproduite ici.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ;¹

Rappelant les engagements pris dans la Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2000² et le plan de campagne du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la mise en oeuvre de cette Déclaration ;³

Reconnaissant que les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, en particulier les objectifs liés à la santé, marquent un tournant dans le développement international, témoignent d'un consensus et d'un engagement forts entre pays riches et pauvres et établissent clairement les priorités d'action et des points de repère pour l'évaluation des progrès accomplis ;

Reconnaissant que la santé joue un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et que ces objectifs donnent la possibilité de faire de la santé un élément essentiel du programme de développement et d'accroître l'engagement politique et les ressources financières en faveur de ce secteur ;

Notant avec inquiétude que, selon les tendances actuelles, de nombreux pays à faible revenu n'atteindront pas les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, que de nombreux pays pourraient les atteindre seulement dans les groupes de population les plus nantis, creusant les inégalités, et que des mesures urgentes s'imposent ;

Reconnaissant qu'il est important d'utiliser les instruments relatifs aux droits fondamentaux applicables dans le cadre des efforts déployés pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant que des progrès rapides nécessiteront un engagement politique et une intensification de stratégies et de mesures plus efficaces et efficaces, des investissements accrus de ressources financières, des systèmes de santé efficaces et dotés du personnel requis, le renforcement des capacités dans les secteurs public et privé, une polarisation claire sur un accès et des résultats équitables, et une action concertée dans les pays et entre pays ;

Reconnaissant que les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, sont complémentaires et synergiques et ne peuvent être réalisés isolément, car la santé joue un rôle essentiel dans la réalisation des objectifs qui ne sont pas liés à la santé et qui, une fois atteints, auront des effets sur les cibles en matière de santé, notamment concernant le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, ainsi que sur d'autres cibles fixées par l'Assemblée de la Santé ;

Rappelant qu'à sa trente-huitième session (avril 2005), la Commission pour la Population et le Développement a souligné « qu'il est important d'intégrer l'objectif fixé à la Conférence internationale sur la population et le développement en matière d'accès universel aux soins de santé procréative avant 2015 aux stratégies de réalisation des objectifs de développement convenus au plan international, notamment ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire et plus particulièrement ceux qui ont trait à la santé maternelle, à la mortalité néonatale et infantile, à l'égalité des sexes, à la lutte contre le VIH/SIDA, à l'élimination de la pauvreté et à l'éducation primaire pour tous ; »⁴

¹ Document A58/5.

² Résolution 55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

³ Document A/56/326.

⁴ Projet de résolution E/CN.9/2005/L.5, 11 avril 2005, paragraphe 3.

Reconnaissant le rôle de chef de file de l'OMS avec la Banque mondiale au sein du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, 2004) et l'impact qu'a eu cette position pour catalyser les actions et les progrès en vue de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant la résolution WHA55.19 dans laquelle l'Assemblée de la Santé demandait à la communauté internationale des donateurs d'accroître son aide financière aux pays en développement dans le secteur de la santé, encourageait les pays développés qui ne l'avaient pas encore fait à prendre des mesures concrètes pour atteindre les objectifs consistant à consacrer 0,7 % de leur produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement en faveur des pays en développement et à affecter une part de 0,15 % à 0,20 % aux pays les moins avancés, objectifs reconfirmés à la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (Bruxelles, 2001), et encourageait les pays en développement à faire fond sur les progrès accomplis pour garantir que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour contribuer à la réalisation des objectifs de développement ;

Notant que les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité africaine, réunis pour le Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes (Abuja, 2001), se sont engagés à fixer pour cible l'allocation de 15 % au moins de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé ;¹

Notant que de nombreux pays ont des mécanismes de coopération et de partenariat avec la société civile, la communauté au sens large, les organismes confessionnels et le secteur privé qui couvrent tous les niveaux de l'administration (national, régional et du district) ;

Reconnaissant l'importance de l'action et de l'autonomisation sur la voie de l'égalité des sexes pour permettre d'aborder le développement national de façon plus équitable et efficace ;

1. DEMANDE aux Etats Membres :

- 1) de réaffirmer les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire concernant le développement sanitaire ;
- 2) d'élaborer et d'appliquer dans le contexte des processus d'élaboration des politiques et de planification existants des « plans de campagne » adaptés aux situations nationales qui intègrent les actions ci-après pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire :
 - a) donner un rang de priorité élevé aux objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, dans les plans nationaux de développement et de santé, y compris dans les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté le cas échéant, plans qui sont mis en oeuvre par les gouvernements avec l'appui des partenaires pour le développement et de la société civile et qui tiennent compte des priorités sanitaires générales des pays concernés ; et veiller à ce que les priorités en matière de santé et de réduction de la pauvreté soient prises en compte dans les budgets et les cadres de dépenses associés ;
 - b) relever le niveau de financement afin de permettre des interventions efficaces dirigées sur les problèmes de santé importants pour la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
 - c) appliquer les résolutions connexes de l'Assemblée de la Santé, notamment la résolution WHA56.21 sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, la résolution WHA57.12 sur la santé génésique et la résolution WHA57.14 sur le VIH/SIDA,

¹ Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, paragraphe 26.

qui sont des composantes d'un partenariat mondial en faveur du développement et sont déterminantes pour la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, ainsi que de l'objectif de l'accès universel aux soins de santé procréative d'ici 2015, fixé à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) ; et créer ou renforcer les mécanismes nationaux de suivi destinés à mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs convenus ;

d) renforcer la collaboration et les partenariats entre les secteurs concernés, y compris les ministères des finances, et avec les institutions financières internationales pour les investissements dans le secteur de la santé en vue d'accroître la part de l'ensemble des ressources publiques consacrée à la santé et, le cas échéant, de réviser les plafonds des dépenses du secteur public en prévision d'augmentations éventuelles des dépenses de santé financées par l'aide au développement ;

e) renforcer les fonctions essentielles des composantes publiques ou privées du système de santé, selon le cas, conformément à la Déclaration d'Alma-Ata (1978) pour qu'elles contribuent à l'obtention de résultats sanitaires meilleurs et plus équitables dans les domaines présentant un intérêt pour les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

f) améliorer les systèmes d'information sanitaire et nutritionnelle, et renforcer notamment les registres d'état civil, avec le soutien de recherches essentielles sur les systèmes de santé, pour étayer l'élaboration des politiques tout en évitant d'alourdir la tâche que constitue l'établissement de rapports et en insistant sur la nécessité de ventiler les données selon l'âge, le quintile socio-économique, le sexe et l'appartenance ethnique ; et renforcer les systèmes de surveillance et d'évaluation qui encouragent la transparence, l'autonomisation et la participation ;

g) veiller à ce que les politiques de santé et de développement s'appuient sur une analyse sexospécifique et s'efforcer d'instaurer l'égalité des sexes et d'autonomiser les femmes ;

h) renforcer l'équité et la non-discrimination dans les activités de développement et faciliter l'autonomisation et la participation de la population aux processus décisionnels ;

2. DEMANDE aux pays développés et aux pays en développement de partager les responsabilités pour résoudre la crise de plus en plus aiguë des ressources humaines pour la santé et aux pays développés de s'efforcer de parvenir à l'autosuffisance sans porter atteinte aux ressources humaines dans les pays en développement, et de fournir un appui aux pays en développement pour qu'ils parviennent à l'autosuffisance en planifiant, formant, recrutant et fidélisant toutes les catégories de professionnels de la santé ;

3. INVITE INSTAMMENT les pays développés qui ne l'ont pas fait à prendre des mesures concrètes pour atteindre la cible de l'allocation de 0,7 % de leur produit national brut (PNB) au titre de l'aide publique au développement en faveur des pays en développement, et de l'allocation de 0,15 % à 0,20 % du PNB des pays développés aux pays les moins avancés, cibles reconfirmées à la Troisième Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (Bruxelles, 2001) ;

4. INVITE INSTAMMENT les pays en développement à continuer, forts des progrès accomplis, de veiller à ce que l'aide publique au développement soit utilisée efficacement pour aider à réaliser les objectifs et les cibles de développement ;

5. INVITE INSTAMMENT les pays qui sont Membres de l'Union africaine à remplir l'engagement pris lors du Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies

infectieuses connexes (Abuja, 2001), à savoir se fixer pour cible l'allocation de 15 % au moins de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé ;¹

6. PRIE le Directeur général :

- 1) de veiller à ce que le budget programme 2006-2007 et les budgets futurs ainsi que le onzième programme général de travail tiennent compte des mesures prioritaires destinées à aider les Etats Membres à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ; et d'élaborer une stratégie cohérente, dotée de ressources suffisantes, aux objectifs clairs et réalisables, pour favoriser les activités dans les domaines indiqués ci-après, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis ;
- 2) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande, pour :
 - a) élaborer des politiques et des stratégies de développement sanitaire axées sur les résultats et dotées de ressources suffisantes ;
 - b) renforcer la capacité des systèmes de santé publics ou privés, selon le cas, à assurer des résultats équitables à l'échelle nationale en prenant des mesures qui nécessiteront une collaboration entre départements, et constituer et soutenir des équipes relevant des autorités nationales qui travailleront avec tous les acteurs locaux en vue de faciliter l'accès à toutes les sources de financement ; améliorer l'éducation, le recrutement et la fidélisation des professionnels de la santé ; intégrer les agents de santé communautaires dans les systèmes généraux ; et appliquer la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé ;
 - c) recenser les groupes vulnérables ayant des besoins sanitaires spécifiques et élaborer des programmes appropriés menant à des résultats équitables ;
 - d) renforcer les maillages intersectoriels afin d'influer sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
 - e) nouer un dialogue sur les questions techniques et la politique à mener avec les institutions financières internationales, notamment concernant les effets de leurs politiques sur les besoins liés à la santé ; conduire des processus d'harmonisation et de coordination entre les partenaires pour le développement dans le domaine de la santé ; et assurer la mise en adéquation du soutien avec les priorités des pays ;
 - f) utiliser des cadres de suivi et d'évaluation appropriés, y compris ceux portant sur l'accès universel à la santé génésique, qui mesurent les progrès réalisés sur la voie des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, afin de déterminer les programmes à la fois efficaces et économiques qui donnent de meilleurs résultats sanitaires et nutritionnels sans alourdir la charge que constitue l'établissement de rapports dans les pays ;
 - g) promouvoir les recherches qui favorisent la bonne mise en oeuvre des activités en vue de la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
- 3) de veiller à ce qu'une attention suffisante soit accordée aux problèmes de santé particuliers des pays émergeant d'un conflit ou d'autres types de crise ;
- 4) de soutenir activement et de favoriser, dans le contexte de la réforme du système des Nations Unies, l'accroissement de l'impact et de l'efficacité des équipes des Nations Unies dans les pays ; de simplifier davantage, d'harmoniser et de coordonner les

¹ Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses connexes, paragraphe 26.

procédures à l'intérieur du système et avec d'autres partenaires ; et de mieux mettre en adéquation les interventions des Nations Unies avec les priorités nationales ;¹

5) de promouvoir les mesures qui permettent d'accroître la cohérence et la coordination de l'aide au développement pour la santé, afin que les ressources renforcent efficacement les systèmes de santé reposant sur une large assise ;

6) de participer de façon appropriée à la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les résultats du Sommet du Millénaire (septembre 2005).

Le Dr CHITUWO (Zambie) propose, dans l'avant-dernier alinéa du préambule, d'insérer les termes « , y compris les organisations non gouvernementales, » après « société civile ».

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.²

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner la version révisée du projet de résolution, Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, laquelle incorpore les amendements proposés par un groupe de travail et est ainsi libellée :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Préoccupée par le niveau élevé de la morbidité et de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans le monde, le fait que le ratio de mortalité maternelle dans le monde n'a pas sensiblement évolué depuis dix ans, la lenteur des progrès accomplis en vue de l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'accroissement des inégalités dans les Etats Membres et entre eux et la nécessité de continuer à combattre les inégalités entre les sexes ;

Alarmée par l'insuffisance des ressources allouées à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et par le manque d'appréciation de l'impact considérable qu'a la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant sur un développement socio-économique durable ;

Préoccupée par les lacunes des registres de l'état civil et des autres données nécessaires pour fournir des informations exactes sur la mortalité de la mère, du nourrisson et des moins de cinq ans, sur sa ventilation par groupes socio-économiques, sur les quintiles de revenus et sur les écarts entre les villes et les campagnes ;

Sachant que des interventions d'un bon rapport coût/efficacité existent pour répondre aux besoins sanitaires des femmes, des nouveau-nés et des enfants ;

Consciente de ce que les soins doivent être assurés de façon continue et harmonieuse, tout au long de la vie, aux individus, aux familles et aux communautés et aux différents échelons du système de santé, services de santé génésique compris, selon une approche intégrée de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;

Convaincue que seules une action coordonnée et concertée et une mobilisation sans précédent de ressources aux niveaux international et national permettront de faire face à la crise mondiale qui affecte actuellement le personnel de santé et de renforcer les systèmes de santé de manière à mettre fin à l'exclusion des populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;

Se félicitant de l'engagement accru de la communauté internationale et de l'OMS en faveur de la santé de la femme, du nouveau-né et de l'enfant et de la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

¹ Voir également résolution WHA58.25.

² 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 WHA58.30.

Rappelant la résolution WHA56.21 dans laquelle l'Assemblée de la Santé se félicitait des orientations stratégiques relatives à la santé et au développement de l'enfant et de l'adolescent, la résolution WHA57.12 par laquelle a été adoptée la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et des cibles de développement internationaux liés à la santé génésique – et consciente de la nécessité de redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs internationaux relatifs à la santé génésique, à la santé de la mère et du nouveau-né, et à la santé et au développement de l'enfant –, et la résolution WHA55.19 où était demandé un investissement accru en faveur du secteur de la santé dans les pays en développement ;

Rappelant les buts et les objectifs du Sommet mondial pour les enfants (New York, 1990), le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), le programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995) ainsi que les mesures prises pour donner suite à ces programmes, la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (New York, 2001) et la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants (New York, 2002) ;

Rappelant aussi la Déclaration de Delhi sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (avril 2005) ;

Se félicitant du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, ainsi que des orientations contenues dans les notes d'information sur ce sujet ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à investir des ressources et intensifier leurs efforts au niveau national en vue de promouvoir à la fois l'accès universel aux interventions portant sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par celles-ci par le biais des soins de santé génésique ;
- 2) à fixer ou maintenir des cibles nationales et internationales et à établir des mécanismes de surveillance afin de mesurer les progrès accomplis pour atteindre des objectifs convenus d'un commun accord, en particulier la cible concernant l'accès universel aux soins de santé génésique d'ici 2015 ;
- 3) à associer tous les partenaires clés, y compris les organisations de la société civile et les communautés, à la définition des priorités, à l'élaboration de plans et de programmes, à la mesure des progrès accomplis et à l'évaluation de l'impact obtenu ;
- 4) à améliorer la qualité et la complétude des registres de l'état civil et des autres données utiles issues d'enquêtes dans les ménages, le cas échéant, afin de rendre compte des écarts de mortalité chez les mères, les nourrissons et les moins de cinq ans ;
- 5) à adopter et appliquer, conformément aux accords internationaux pertinents, des cadres juridiques et réglementaires pour promouvoir l'égalité des sexes et protéger les droits des femmes et des enfants, y compris un accès égal aux soins de santé, en accordant une attention toute particulière à ceux qui ont jusqu'ici été exclus, notamment les populations pauvres, marginalisées et sous-desservies ;
- 6) à faire en sorte que les processus nationaux de planification stratégique et de budgétisation comportent des interventions politiques et programmatiques destinées à renforcer les systèmes de prestations de santé pour progresser efficacement et rapidement vers une couverture universelle, y compris :
 - a) à réaligner le contenu des programmes de santé et de nutrition en faveur de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en intégrant leurs structures et services de gestion et en les associant aux processus fondamentaux de développement des systèmes de santé pour assurer la pleine intégration des soins de santé génésique ;
 - b) à faire face à la crise du personnel de santé en établissant des plans nationaux de développement des ressources humaines pour la santé comportant des incitations financières et des mécanismes assurant le déploiement équitable des effectifs de personnel et leur fidélisation, notamment pour les soins de santé

primaires dans les zones rurales, afin que les pauvres aient un meilleur accès aux soins ;

c) à établir des scénarios réalistes, en indiquant leurs coûts et leurs incidences budgétaires, pour le développement des systèmes de santé nécessaires à la prestation de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants ;

d) à acquérir la capacité institutionnelle de procéder aux réformes voulues en matière de financement, notamment en passant du paiement par l'utilisateur à des mécanismes de prépaiements et de mise en commun des ressources, y compris des systèmes fiscaux et d'assurance, afin d'atteindre l'objectif de l'accès universel et de la protection financière et sociale ;

e) à obtenir un consensus national sur la nécessité de s'orienter vers une couverture universelle au moyen de mécanismes garantissant un financement prévisible, durable et accru ; de mettre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant au coeur des soins de santé assurés à la population, y compris en y attachant des droits le cas échéant ; et de faire de la crise des ressources humaines pour la santé une priorité nationale ;

f) à créer des partenariats entre gouvernements, organisations de la société civile, entités du secteur privé et organismes d'aide au développement pour conserver la dynamique politique, vaincre la résistance au changement et mobiliser des ressources ;

g) à mettre en place des mécanismes de participation pour les organisations de la société civile qui oeuvrent dans un but non lucratif et pour les organisations religieuses, afin de renforcer les dispositifs de responsabilisation et les systèmes assurant les équilibres nécessaires ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre les programmes de l'OMS concernant la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ses programmes concernant le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et la promotion de la santé, et ses programmes en matière de développement des systèmes de santé, à l'appui des pays ;

2) de veiller à ce que l'OMS participe pleinement aux efforts d'harmonisation à l'intérieur du système des Nations Unies et qu'elle soutienne les efforts des Etats Membres pour assurer une cohérence politique et des synergies entre les initiatives nationales et internationales relatives à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et au sein de ces initiatives, particulièrement celles menées par des partenaires à l'intérieur du système des Nations Unies et par d'autres ;

3) de soutenir les efforts des autorités sanitaires nationales pour veiller à ce que la santé génésique ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant soient systématiquement intégrées dans les cadres et plans de développement socio-économique de manière que la pérennité soit garantie ;

4) de poursuivre plus avant la collaboration avec les partenaires concernés afin d'obtenir, par exemple au moyen des enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF ou des enquêtes démographiques et sanitaires, des informations sur les inégalités quant à l'état de santé qui serviront de base à des interventions politiques spécifiques appropriées de tous les partenaires concernés ;

5) d'intensifier l'appui technique aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur capacité institutionnelle de réalisation des buts et des cibles fixés au niveau international moyennant à la fois l'accès universel aux programmes de santé génésique et aux programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la couverture universelle par ceux-ci, dans le contexte du renforcement des systèmes de santé ;

6) de mobiliser la communauté internationale pour qu'elle engage les ressources supplémentaires nécessaires afin d'assurer à la fois l'accès universel aux soins de santé

génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et la couverture universelle par ces soins ;

7) de proclamer une journée mondiale de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui sera célébrée chaque année pour susciter durablement l'intérêt du monde entier à l'égard de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et pour donner aux pays et à la communauté internationale l'occasion de réaffirmer leur engagement envers cette question ;

8) de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis en vue de réduire l'exclusion et de parvenir à la fois à l'accès universel aux soins de santé génésique et aux soins de santé aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et à la couverture universelle par ces soins, ainsi que sur l'appui fourni par l'OMS aux Etats Membres pour atteindre ce but.

Le Dr YOUNES (Secrétaire) appelle l'attention sur deux erreurs typographiques qui concernent la version anglaise et sont sans objet en français.

M. WIERINGA (Canada), faisant observer que son pays a continué à soutenir énergiquement l'OMS et ses partenaires dans leurs interventions de promotion de la santé maternelle et infantile, se félicite de leurs initiatives et de l'accent mis sur cette question par le biais du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005* et à la Journée mondiale de la Santé organisée en 2005. Le projet de résolution occulte, toutefois, la reconnaissance des droits en matière de santé sexuelle et génésique, ou des droits de la personne en matière de procréation, et omet de réaffirmer avec vigueur les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement. En conséquence, il ne reflète pas comme il convient la gradation des soins qui existe entre santé génésique, santé maternelle et santé infantile. Tout en ne voulant pas bloquer le consensus, le Canada est néanmoins au regret de se retirer de la liste des auteurs du projet de résolution.

Le projet de résolution, ainsi corrigé, est approuvé.¹

4. CINQUIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B

M. YEE Ping Yi (Singapour), Rapporteur, donne lecture du projet de cinquième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.²

5. CLOTURE DES TRAVAUX

Après le traditionnel échange de politesses, le PRESIDENT déclare que les travaux de la Commission B sont achevés.

La séance est levée à 9 h 40.

¹ 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 WHA58.31.

² Voir p. 393.