

COMMISSION A

PREMIERE SEANCE

Mardi 23 mai 2006, 9 h 15

Président : Dr A. RAMADOSS (Inde)

puis : Dr K. LEPPÖ (Finlande)

1. OUVERTURE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION : Point 10 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT souhaite la bienvenue aux participants et présente M. M. N. Khan et le Dr Hansen-Koenig, qui assisteront aux travaux de la Commission en leur qualité de représentants du Conseil exécutif.¹ Ils exprimeront donc les opinions du Conseil et non celles de leur Gouvernement.

Le Président appelle l'attention de la Commission sur les propositions présentées par la Commission des Désignations au sujet de l'élection des vice-présidents et du rapporteur.²

Décision : La Commission A élit le Dr K. Leppo (Finlande) et le Dr P. Mazzetti Soler (Pérou) Vice-Présidents et le Dr A. Cissé (Guinée) Rapporteur.³

2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le PRESIDENT invite les délégués à participer au débat mais à limiter la durée de leurs interventions à trois minutes. Il suggère d'avancer l'examen du point 11.11 de l'ordre du jour (Droits de propriété intellectuelle) pour l'aborder après le point 11.3, et de commencer l'examen du point 11.17 par le point subsidiaire relatif au renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, en sorte que S. A. R. la Princesse Muna Al-Hussein de Jordanie, qui parraine les soins infirmiers et obstétricaux au nom de l'OMS, puisse s'adresser à la Commission au cours de la séance.

Il en est ainsi convenu.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, indique que la Bulgarie et la Roumanie, pays en voie d'adhésion, s'associent à sa déclaration. Au sein de l'Union européenne, les compétences sont partagées entre les Etats Membres et la Communauté européenne, représentée par la Commission européenne. Bien que la Commission ait statut d'observateur auprès de l'OMS, ses observateurs ne sont pas admis à participer aux travaux des sous-commissions ou autres organes subsidiaires tels que groupes de rédaction ou de travail, à moins d'y être invités en vertu de l'article 48 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la

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

² Voir p. 282.

³ Décision WHA59(4).

Santé. Invoquant l'article 86, qui est également applicable aux commissions de l'Assemblée de la Santé, l'intervenante demande à ce que la Commission européenne soit invitée à assister aux délibérations des groupes de rédaction ou de travail que la Commission pourrait créer.

M. BURCI (Conseiller juridique) rappelle qu'une requête semblable a été présentée au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session. Le Conseil a accepté d'inviter la Commission européenne à participer aux délibérations de ses groupes de travail et de rédaction lorsque celles-ci porteront sur des questions relevant de la compétence de la Communauté européenne.¹

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) n'est pas opposé à cette requête, mais il souhaiterait que l'Union européenne précise dans quels domaines la compétence est partagée et indique quelles sont les questions qui relèvent de la compétence exclusive soit de l'Union européenne, soit de la Communauté européenne.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche) dit que, chaque fois qu'un groupe de rédaction ou de travail se réunira, sa délégation, qui représente l'Etat Membre assumant la présidence du Conseil de l'Union européenne, pourra fournir cette information.

Le PRESIDENT croit comprendre que la Commission accède à cette requête à la condition qui vient d'être énoncée.

Il en est ainsi convenu.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour

Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 11.1 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R7 et annexe 4, A59/4 et A59/5)

M. M. N. KHAN (représentant du Conseil exécutif) fait savoir qu'à sa cent dix-septième session, le Conseil a reconnu que la menace d'une pandémie de grippe pesait sur tous les pays.² Le Conseil, louant le haut degré de collaboration atteint au niveau mondial pour combattre cette menace commune, a demandé que l'OMS poursuive son action afin de maintenir l'esprit de coopération actuel. Des activités de préparation doivent aussi être mises en place et conduites à l'échelle nationale.

Le Conseil a identifié les besoins prioritaires, les principaux problèmes auxquels les pays se heurtent et les stratégies à adopter pour y faire face. Il faut améliorer la surveillance et les systèmes d'alerte précoce ainsi que les moyens épidémiologiques et de laboratoire afin de renforcer les défenses mises en place à l'échelle mondiale contre toutes les maladies à tendance épidémique. Beaucoup de pays ne disposent pas de la technologie de l'information nécessaire pour mettre en place un système de notification rapide dans les délais prévus par le Règlement sanitaire international (2005). Le dispositif d'alerte précoce actuellement en vigueur ne deviendra pleinement fiable que lorsque davantage de pays auront la capacité de détecter, de diagnostiquer et de notifier immédiatement les cas humains. Une intervention rapide faisant appel à un traitement prophylactique de masse aux médicaments antiviraux lancée peu après le déclenchement d'une pandémie est un moyen difficile à mettre en oeuvre mais important pour éviter une pandémie, ou du moins en ralentir la propagation initiale. Les

¹ Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la première séance, section 1.

² Voir document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance.

efforts entrepris avec diligence par l'OMS pour élaborer un protocole opérationnel en vue de telles interventions sont fort appréciés, mais son succès sera lui-même fonction des capacités des pays en matière de détection et de notification. Le Conseil a prié l'OMS de continuer à coordonner les recherches dans ce domaine. Il a approuvé sans réserve le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R7, qui appelle à une application immédiate, à titre volontaire, des dispositions pertinentes du Règlement.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande) accueille favorablement le projet de résolution. Toutefois, le paragraphe 2.4) sera difficile à appliquer parce qu'il suppose des actions multisectorielles et qu'il risque d'obliger les pays à modifier leurs lois et règlements. Au paragraphe 4.4), il conviendrait d'insérer l'expression « , à des fins non commerciales uniquement, » après « hautement pathogènes ». Les mots « ou la grippe pandémique » devraient être ajoutés à la fin du paragraphe 4.7). Au paragraphe 5.4), le mot « temporaire » est à supprimer ; on ne voit pas bien pourquoi l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe devrait être un dispositif temporaire. Afin de préciser ce que signifie l'expression « pays touchés » figurant au paragraphe 5.5)b), il conviendrait d'insérer les mots « par la grippe aviaire ou la grippe pandémique » après cette expression. Le paragraphe 5.5)d) devrait être supprimé : le Règlement sanitaire international (2005) entrera en vigueur en juin 2007 et le suivi de l'application volontaire ne durera qu'un an.

Le Dr HOSSAIN (Bangladesh) appuie le projet de résolution. Aucun cas de grippe aviaire ou d'infection humaine au virus H5N1 n'a encore été signalé dans son pays, mais un plan national de préparation et d'action face à la grippe pandémique, élaboré avec l'appui de l'OMS et de la FAO, a été approuvé en avril 2006. Ce plan fournit un cadre stratégique pour coordonner l'action des différents secteurs et parties prenantes et facilitera la mobilisation des ressources nécessaires pour renforcer les capacités dans l'immédiat et à long terme dans le secteur de la santé, en vue de donner effet au Règlement sanitaire international (2005). Parmi les multiples mesures déjà prises ou en préparation, souvent avec l'appui de l'OMS, on peut citer la mobilisation et l'affectation des ressources, la mise en place d'un comité technique et d'une équipe de réaction rapide, l'élaboration de directives stratégiques nationales, la mise au point d'un système de surveillance et de détection précoce, des dispositions en matière d'approvisionnement en matériel et en médicaments, ainsi que le renforcement de la formation et des capacités dans les domaines de la recherche, de la détection et de l'action, y compris en ce qui concerne l'infrastructure.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, indique que la Bulgarie et la Roumanie, pays en voie d'adhésion, la Croatie, l'ex-République yougoslave de Macédoine et la Turquie, pays candidats à l'adhésion, et la Bosnie-Herzégovine et la Serbie-et-Monténégro, pays parties au processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'adhésion, s'associent à sa déclaration. Renforcer la préparation et l'action face à la grippe pandémique, et notamment l'application du Règlement sanitaire international (2005), est un aspect essentiel de l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé. Parmi les organisations internationales, ce sont l'OMS, la FAO et l'OIE qui sont chargées au premier chef d'établir des normes et de s'occuper des questions sanitaires liées à la grippe aviaire et à la grippe pandémique humaine. L'Union européenne approuve le cadre stratégique mondial mis en place par ces organisations pour lutter contre la grippe aviaire et se préparer à la grippe pandémique. A la cent dix-septième session du Conseil exécutif, elle a fait connaître son point de vue au sujet des efforts que la communauté internationale doit faire pour combattre la grippe aviaire et mieux se préparer à une éventuelle pandémie de grippe humaine. Il convient d'insister aussi sur le rôle de l'OMS en matière de recherche sur les vaccins.

L'Union européenne attache beaucoup d'importance à la mise en place d'une politique commune en matière d'information, afin d'éviter que les médias diffusent des messages contradictoires ou déroutants en cas de flambée de grippe pandémique humaine. Les ministres européens de la santé ont tenu une réunion informelle à Vienne le 24 février 2006 pour réfléchir à

d'éventuels dispositifs de coordination des communications en temps de crise. Un réseau européen d'attachés de presse ministériels a été mis en place afin de faciliter la coordination en cas de crise. Un aspect particulièrement important est l'échange rapide d'informations et la mise à disposition diligente d'échantillons biologiques provenant de cas suspectés et confirmés chez l'homme ou l'animal.

Les 6 et 7 juin 2006, des responsables de haut niveau tiendront à Vienne une réunion sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine afin de faire le point sur la situation dans différentes régions du monde et de débattre des politiques futures. Ils examineront aussi la situation en ce qui concerne les annonces de contributions faites lors de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006) pour appuyer les programmes nationaux, régionaux et mondiaux et améliorer la coordination entre les différents dispositifs existants. Ces contributions devraient être versées rapidement, en sorte que l'OMS et d'autres organisations internationales puissent véritablement jouer leur rôle dans la lutte contre la grippe.

Dans sa déclaration au Conseil exécutif, l'Union européenne a insisté sur l'importance du Règlement, qui est, à l'échelle mondiale, l'instrument décisif en matière de protection contre la propagation internationale des maladies ; elle appuie donc le projet de résolution recommandé pour adoption dans la résolution EB117.R7.

M. HAGE CARMO (Brésil) appuie les propositions qui ont été faites pour renforcer la préparation et l'action, et en particulier celles émanant de la réunion conjointe tenue par l'OMS, la FAO, la Banque mondiale et l'OIE sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005). L'Amérique latine et d'autres sous-régions devraient tout particulièrement retenir l'attention s'agissant d'améliorer la mise au point de vaccins et l'assistance en matière de lutte contre les virus, de travaux de laboratoire et de soins médicaux. Le Brésil est en train de développer la normalisation, la transparence et l'échange d'informations dans le but de se doter d'un dispositif de coopération qui lui permettra de faire face aux urgences épidémiologiques. L'orateur appuie le projet de résolution.

Le Dr MELNIKOVA (Fédération de Russie) souligne que chaque Etat doit mettre l'accent sur la détection précoce et la lutte contre le virus de la grippe aviaire. Les dispositifs nationaux de surveillance épidémiologique de la grippe doivent être renforcés et il faut mettre en place des systèmes d'alerte et d'intervention précoces en cas de flambée. Il faut développer la recherche scientifique et mettre au point de nouvelles méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. Une coopération étroite entre les pays est nécessaire pour garantir un échange rapide et transparent des informations, y compris la mise en commun d'échantillons de nouvelles souches du virus de la grippe capables de provoquer une pandémie.

Forte de son expérience en matière de préparation à la menace que représentent la grippe aviaire et une éventuelle pandémie, la Fédération de Russie est prête à coopérer sur les plans scientifique et technique avec les pays qui ont besoin de renforcer leurs systèmes de santé publique, s'agissant notamment de la formation de personnel et de diagnostic clinique. Soucieuse de favoriser la coopération régionale, elle s'est mise en devoir de renforcer les capacités des systèmes de santé dans différents pays d'Asie centrale et d'Europe orientale, notamment en matière de surveillance de la grippe, de formation du personnel et de mise en commun de l'information. Au Centre de Recherche de l'Etat sur la Virologie et la Biotechnologie (Centre Vector), la Fédération de Russie prévoit de créer un laboratoire de référence sur la grippe qui servira de centre collaborateur OMS pour les pays faisant partie de la Communauté des Etats indépendants ; à l'échelle régionale, la coordination de la recherche et des mesures de prévention s'en trouvera facilitée.

Le Dr Melnikova approuve les mesures prises par l'OMS en prévision d'une éventuelle pandémie de grippe ainsi que son rôle de coordination à cet égard. Elle appuie le projet de résolution, qui constituera un point de départ important pour l'échange d'informations épidémiologiques et permettra une prompt riposte en cas de pandémie. Il serait souhaitable d'avoir des informations sur la création et le fonctionnement du fonds de prévoyance pour la grippe aviaire et humaine créé à la Conférence de Beijing en janvier 2006, et notamment sur les pays donateurs, l'importance du fonds,

les montants annoncés et les versements effectués. La question du fonds de prévoyance sera-t-elle examinée à la réunion des responsables de haut niveau sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine qui aura lieu à Vienne du 6 au 7 juin 2006 ?

Mme RASMENI (Afrique du Sud) est favorable à l'application de certaines dispositions du Règlement sanitaire international (2005) sur une base volontaire et appuie le projet de résolution. L'adoption du Règlement est survenue à point nommé, alors que le monde est confronté au risque d'une pandémie de grippe humaine. Sa mise en oeuvre garantira une sécurité maximum contre la propagation internationale de la maladie tout en gênant le moins possible la circulation des personnes et des biens. Si le Règlement renforce la protection contre les maladies infectieuses, il n'exempte pas les Etats Membres de leur propre responsabilité, qui est d'améliorer la préparation dans leur pays et sa capacité de gérer efficacement les situations d'urgence. Tous les Etats Membres devraient appuyer ce projet de résolution.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) déclare que, dans son pays, tous les services de l'Etat sont associés à l'effort de préparation et d'action en cas de pandémie de grippe. Appliquer sans attendre les articles pertinents du Règlement sanitaire international (2005) permettra de mieux se préparer à une pandémie, tant au niveau des pays qu'entre pays. Pour sa part, la Nouvelle-Zélande sera généralement en mesure de donner effet à la plupart de ces articles. Elle encourage les Etats Membres à appliquer volontairement toutes les dispositions ayant trait à la préparation aux pandémies aussi rapidement que possible et à prendre les dispositions nécessaires pour donner pleinement effet au Règlement dès juin 2007. Le projet de résolution est dans l'ensemble acceptable.

M. RODRÍGUEZ SUÁREZ (Mexique) appuie le projet de résolution, soulignant la nécessité de veiller à ce que tous les pays aient accès dans des conditions équitables aux ressources disponibles afin de pouvoir faire face à une pandémie lorsque celle-ci se déclare. Les stocks de médicaments antiviraux et de vaccins sont actuellement insuffisants pour que toutes les personnes susceptibles d'être atteintes puissent en bénéficier. Il faut rechercher les moyens de produire des vaccins ailleurs que dans les pays dotés de la technologie voulue, et en particulier dans des pays qui se trouvent à un niveau intermédiaire de développement économique. C'est le cas du Mexique, qui serait heureux de bénéficier de la technologie en question, compte dûment tenu des droits de propriété intellectuelle qui s'y rattachent. Il faut aussi donner un élan à la recherche sur de nouvelles modalités de fabrication des vaccins, car l'approvisionnement actuel en ces produits est insuffisant pour que l'on puisse vacciner en temps utile l'ensemble de la population à risque.

L'accès aux médicaments antiviraux est également crucial. Le Mexique est extrêmement favorable à ce que l'OMS possède un stock de réserve, mais 3 millions de traitements ne semblent pas une quantité suffisante pour faire face à une crise mondiale. Il appartient à tous les gouvernements de constituer leurs propres stocks mais, sans une réserve internationale sûre, on se trouvera fort démuni pour limiter les effets d'une pandémie. Compte tenu de ces risques, des mesures de lutte autres que pharmacologiques sont également une nécessité vitale, ce qui signifie qu'il faut adopter une politique claire et bien acceptée sur le plan international, fondée sur des données scientifiques fiables et s'appuyant sur les éléments concrets dont on dispose.

M. VALAŠEK (Slovaquie) se félicite de cette nouvelle initiative de l'OMS. Le plan slovaque de préparation à la pandémie, révisé à la lumière des directives de l'OMS, est en vigueur depuis novembre 2005 et est conforme aux recommandations de l'Union européenne et de l'OMS. En novembre 2005, la République slovaque a participé à « Common Ground », un exercice de simulation d'une flambée de grippe pandémique qui a débouché sur un réexamen des dispositions en vigueur en matière de préparation. Une mission effectuée en avril 2006 par le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies a établi un rapport extrêmement favorable au sujet de ce qu'a réalisé la Slovaquie, tout en mettant l'accent sur la nécessité d'améliorer la couverture de la vaccination contre

la grippe et la stratégie de communication. Les autorités slovaques travaillent avec énergie à la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005). L'OMS devrait organiser une réunion à l'intention des points focaux RSI afin de permettre aux pays de mettre en commun leurs problèmes et leurs réussites.

Le Dr SELUKA (Tuvalu) dit que le Règlement tend à encourager tous les pays à lutter ensemble contre les épidémies dans le cadre d'un partenariat mondial. Il a également pour effet d'inciter les pays à réviser leur propre réglementation sanitaire. Comme tous les autres pays, Tuvalu est en train de mettre au point un plan national de préparation à une pandémie de grippe. Il faut souligner le rôle crucial que chacun est appelé à jouer, y compris Taïwan (Chine), dans la préparation à une pandémie.

Le Dr JACKLICK (Iles Marshall) indique que son pays a élaboré un plan de préparation à la grippe pandémique. Mais compte tenu de la menace que représentent les maladies émergentes, il est important d'appliquer le Règlement sanitaire international (2005) tant à l'échelon national qu'à l'échelle mondiale, et donc d'appuyer le projet de résolution. Il ne faut pas pour autant perdre de vue le fardeau occasionné par d'autres maladies.

Les Iles Marshall sont résolues à collaborer avec les autres Etats Membres pour permettre à l'OMS d'accomplir sa mission dans le but de faire advenir un monde libre, sûr et où chacun aura accès à la santé. Il est extrêmement souhaitable de conférer à Taïwan le statut de partenaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et de l'admettre à participer aux réunions techniques de l'OMS en qualité d'observateur.

Le Professeur LAMBO (Nigéria), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, s'engage à tout faire pour favoriser le renforcement du dispositif de préparation et d'action contre la grippe pandémique, et notamment l'application du Règlement sanitaire international (2005). La confirmation de la présence du virus de la grippe H5N1 dans la Région africaine suscite de graves inquiétudes tant pour la santé humaine que pour la santé animale ; les Etats ne sont pas encore suffisamment préparés à une épidémie de grippe. L'incidence de la maladie serait difficile à repérer parmi les nombreux ménages et petites exploitations qui élèvent des volailles, notamment dans les zones rurales. Traditionnellement, les familles tuent les volailles pour les manger dès qu'elles présentent des signes de maladie. Abattre tous les oiseaux atteints, dédommager leurs propriétaires et prévenir la transmission de la maladie à l'homme s'avèreraient bien difficiles. Une action concertée de tous les secteurs, parties prenantes et partenaires pour le développement doit être entreprise sous l'égide des gouvernements. Même des cas humains sporadiques occasionneraient d'énormes difficultés pour les systèmes de santé nationaux, déjà fragiles et surchargés. Seuls quelques pays sont dotés de dispositifs nationaux de surveillance suffisamment sensibles pour repérer des groupes de cas humains, et la confirmation par les laboratoires coûte cher et représente un très lourd fardeau pour un personnel qualifié fort réduit. L'application du Règlement dans le cadre d'une stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies permettrait de renforcer les capacités les plus indispensables et de faire face à une éventuelle pandémie humaine.

A ce jour, les principales mesures prises dans la Région sont les suivantes : 1) création d'un groupe spécial d'experts sur la grippe aviaire, chargé d'aider les Etats Membres à préparer leur riposte, notamment par la collaboration entre les responsables nationaux de la santé animale et de la santé humaine ; 2) élaboration d'un plan régional de préparation et d'action pour 2006-2007 par le Bureau régional de l'Afrique et adoption de celui-ci lors de la réunion régionale sur la grippe aviaire qui s'est tenue à Brazzaville en janvier 2006 ; 3) organisation d'une conférence régionale des Nations Unies à Libreville en mars 2006, au cours de laquelle une déclaration sur la grippe aviaire a été adoptée ; 4) mise au point par plus des deux tiers des Etats Membres de plans de préparation et d'action nationaux intégrés multisectoriels, comportant des éléments relatifs à la communication et à la mobilisation sociale ; 5) mise en place d'un réseau régional de laboratoires pour la grippe ; et 6) fourniture d'un appui technique et logistique aux pays touchés pour les aider à renforcer leurs capacités nationales.

Bien des difficultés subsistent. La collaboration et la coordination entre les différents secteurs sont peu développées, et les systèmes de santé demeurent vulnérables. Les services de soins sont fragiles et les moyens disponibles en laboratoire pour confirmer les diagnostics réduits. Les pratiques traditionnelles et culturelles à haut risque sont très courantes, ce qui favorise la transmission des infections. Les habitants des zones rurales craignent de s'appauvrir encore, car l'élevage de volailles est un élément important de leurs revenus et de leur alimentation. Les gouvernements doivent faire preuve d'une résolution et d'une volonté politique à toute épreuve, en particulier pour mobiliser les secteurs concernés et l'ensemble des parties prenantes. La Région se propose de confier à titre permanent un rôle en la matière à l'Union africaine et aux organes sous-régionaux, de façon à assurer une collaboration et une coordination adéquates entre les pays. Si les pays d'une certaine Région ont tout lieu de se féliciter des dons et annonces de contributions faits lors de la Conférence de Beijing sur la grippe aviaire et humaine, aucun pays africain n'a été cité comme appelé à bénéficier d'une partie des quelque US \$1,9 milliard promis lors de ce forum. Que les pays africains en aient leur part ne serait que justice, et les montants attribués aux pays qui en ont fait la demande devraient prendre la forme de subventions et de dons plutôt que de prêts. Il serait également souhaitable d'aider les pays africains en leur fournissant une assistance technique compte tenu des besoins de chacun d'eux. Ces pays appuient le projet de résolution.

Le Dr SANOU (Burkina Faso) se félicite des propositions qui ont été faites en vue d'appliquer par anticipation le Règlement sanitaire international (2005). En février 2006, son pays a adopté un plan national multisectoriel de prévention et de riposte à la grippe aviaire comprenant des interventions dans les domaines de la santé humaine et animale, de l'environnement et de la communication et s'appuyant sur une assistance technique et financière de tous les partenaires du Burkina Faso, y compris Taïwan. Cette planification a été opportune car, le 3 avril 2006, la présence du virus H5N1 chez des volailles a été confirmée, même si aucun cas humain n'a été suspecté ni détecté à ce jour. Le Burkina Faso a d'ores et déjà notifié à l'OMS son point focal RSI. Cet établissement est à la fois responsable du suivi de la grippe humaine d'origine aviaire et de la mise en oeuvre du Règlement, créant ainsi un lien entre ces deux fonctions. Le projet de résolution, qui permettra de mettre à l'épreuve certaines dispositions du Règlement, mérite d'être approuvé.

Le Dr AKIZUKI (Japon) souligne que le risque augmente de voir apparaître un nouveau virus de la grippe aviaire pathogène susceptible, par mutation, de transmission interhumaine. Aucun pays ne peut prendre cette menace à la légère. Depuis octobre 2005, de multiples conférences internationales ont été consacrées à cette question et différents pays et Régions ont commencé à élaborer des plans d'action sur la base de directives et protocoles internationaux. Le Règlement sanitaire international (2005) joue un rôle essentiel à cet égard, en apportant les informations voulues en temps utile tout en assurant la transparence. Le Japon appuie le projet de résolution, qui représente un engagement international de première importance vers une responsabilité partagée.

Pour contribuer à la mise en oeuvre du Règlement, en particulier dans les pays touchés, le Japon a annoncé qu'il allait fournir une assistance qui se montera au total à quelque US \$155 millions ; elle est destinée au renforcement de la surveillance, à une campagne de communication, au développement des ressources humaines, au stockage de 500 000 traitements complets aux agents antiviraux et à l'acquisition de nécessaires d'épreuves pour le virus de la grippe et d'équipements de protection individuelle pour 700 000 personnes. Le Japon intensifiera encore son aide à la lutte contre la grippe aviaire et pandémique.

L'application intégrale du Règlement exige de tous les pays qu'ils se mobilisent davantage encore ; il leur faut faire le bilan de ce qui a été fait et éliminer les obstacles à son application.

Le Dr Leppo assume la présidence.

Le Dr CUYPERS (Belgique) indique que son pays a déjà commencé à appliquer le Règlement sanitaire international (2005), en particulier en ce qui concerne le développement des capacités. Un budget complémentaire a été mis en oeuvre afin de renforcer les moyens dans les aéroports et de mettre en place un système de surveillance en vue d'une détection précoce, conformément à l'annexe 2 du Règlement. Se préparant à une éventuelle pandémie de grippe, la Belgique privilégie une approche intersectorielle intégrant la planification, la formation et les exercices. Le Gouvernement a créé un commissariat dont la mission est de coordonner la participation de tous les départements ministériels et instances fédérales ; celui-ci est en train de mettre au point un plan d'action contre la propagation de la grippe aviaire et réfléchit à l'impact socio-économique probable d'une pandémie. Son approche est comparable à celle des institutions des Nations Unies, et c'est l'OMS qui est la référence de la Belgique pour les mesures de santé publique. Les transports internationaux ont une incidence considérable sur la propagation des épidémies et les mesures à prendre à cet égard sont hors de la portée des Etats Membres pris individuellement. L'OMS doit assurer la coordination entre les différents partenaires impliqués dans le transport aérien de passagers, tout particulièrement les compagnies aériennes. En prenant des mesures relatives à la traçabilité des contacts et à l'information des passagers, les Etats Membres se donneront les moyens d'agir bien et rapidement. Il faut mettre au point des vaccins efficaces et accessibles en quantité suffisante, car ils constituent la seconde ligne de défense si les mesures initiales de contrôle sont débordées. L'OMS doit accorder une priorité élevée au développement des vaccins. Elle doit aussi s'attaquer au problème de l'insuffisance de la production globale et de la concentration excessive de la fabrication dans certaines régions du monde, ainsi qu'à celui des délais de fabrication et de l'équité dans la mise à disposition des vaccins. Pour résoudre ces problèmes, l'Organisation doit collaborer avec le monde scientifique et l'industrie. Le Gouvernement belge soutient sans réserve les efforts accomplis en ce sens.

Le Dr BOR (Turquie) constate que 2006 est une année difficile pour beaucoup de pays dans la lutte qu'ils mènent contre la menace de la grippe aviaire, menace que la Turquie est jusqu'à présent parvenue à écarter. Des cas ont été observés en Turquie orientale à la fin de 2005 et les premiers cas humains ont été confirmés le 4 janvier 2006. Fidèles au principe de la transparence et de la communication rapide, les autorités turques ont informé la communauté internationale le jour même. Grâce aux mesures efficaces qu'elles ont prises, aucun cas humain n'a été observé dans le pays depuis le 13 janvier 2006. Lors de la flambée de 2005, la Turquie a coopéré étroitement avec diverses institutions internationales telles que l'OMS, la FAO, l'OIE, l'Union européenne, les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Pour la première fois dans l'histoire, une maladie fait l'objet de débats avant que la pandémie ne se déclare. Le monde entier doit être vigilant. Les organisations internationales, et notamment l'OMS, n'épargnent aucun effort pour faire en sorte que tous les pays soient prêts. La plupart d'entre eux se sont déjà dotés de plans nationaux de préparation à la pandémie.

Plusieurs enseignements pratiques peuvent être tirés du travail intense accompli avec l'aide de spécialistes internationaux – notamment l'intérêt qu'il y a à former et à équiper le personnel de santé, le personnel des services vétérinaires, les équipes d'abattage systématique et les responsables locaux afin de repérer à temps les cas humains et de réduire ainsi les taux de mortalité. Dans les zones à risque, les établissements sanitaires doivent être dotés de suffisamment de matériel et de personnel. Les échantillons doivent être transportés rapidement et en toute sécurité ; des retards peuvent survenir lors de périodes de vacances nationales et internationales et en raison de problèmes de biosécurité. Les laboratoires nationaux doivent être correctement préparés et, à cet égard, la mise en commun de l'expérience sera précieuse. Une coopération diligente avec les centres collaborateurs de l'OMS est importante et, à cet effet, il est indispensable d'utiliser une langue commune pour l'analyse des données, l'étalonnage, l'interprétation des résultats et la terminologie. La transparence et la rapidité des communications sont vitales. Tout pays qui se refuserait à appliquer ces normes ferait passer ses intérêts à court terme avant la santé mondiale. Pour faire en sorte que les organismes gouvernementaux collaborent de façon adéquate, il faut qu'une autorité chargée de la coordination

joue le rôle de point focal national, utilise une terminologie commune et donne aux médias des informations fiables tout en gérant les ressources de manière rationnelle. C'est précisément une telle approche que préconise le projet de résolution. Outre la coopération entre les pays et les organisations internationales compétentes, les différentes institutions doivent elles-mêmes harmoniser leur action. Dans le cas de la Turquie, l'OMS a conduit cet effort de coopération avec succès.

La presse joue indéniablement un grand rôle en alertant le public. La diffusion d'informations exactes est un outil essentiel dans la gestion des crises. Les médias doivent permettre une prise de conscience sans causer de panique. En cas de crise, le souci d'assurer la sécurité des transports peut être source de problèmes, car il peut se traduire par des procédures compliquées mises en place dans l'urgence, la situation étant encore aggravée par les craintes éprouvées pour l'économie.

Le Dr Bor remercie le Directeur général et le Directeur régional pour l'Europe de leur soutien lors de l'apparition de cas de grippe aviaire en Turquie.

Le Dr MEZA (Honduras) appuie le projet de résolution. Le plan national hondurien de préparation à une pandémie de grippe comporte des dispositions tendant à informer les responsables locaux, à renforcer la vigilance épidémiologique et de laboratoire, à améliorer la capacité de faire face à des flambées et des épidémies, à vacciner les groupes vulnérables contre la grippe commune, à se procurer des médicaments essentiels, à renforcer les réseaux de radiocommunication dans les zones les plus exposées et à créer un fonds national destiné à couvrir le coût de la lutte contre l'épidémie. Le Gouvernement hondurien a aussi l'intention de créer une instance nationale dotée de sa propre chaîne de commandement pour lutter contre une éventuelle pandémie de grippe et de mettre en place le cadre juridique nécessaire à la mise en oeuvre du plan national. Il est prévu d'étendre la surveillance épidémiologique et de laboratoire à la surveillance des animaux, d'appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et d'éduquer et d'informer le public. En ce qui concerne le réseau sanitaire national, on va s'efforcer d'améliorer les services de soins intensifs et les unités de soins en isolement dans les hôpitaux, de développer l'infrastructure hospitalière et de soins de santé primaires et d'harmoniser les procédures de prise en charge des patients.

Taiwan est un partenaire important en matière d'action sanitaire car, du fait de sa situation géographique, elle est vulnérable à la propagation de la grippe aviaire. Dès lors, la lacune qui existe dans le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie représente un risque pour tous. Le Honduras est donc favorable à la participation de Taiwan aux activités de l'OMS, par l'intermédiaire de son Centre de Lutte contre les Maladies.

Le Dr LI Jianguo (Chine), exerçant son droit de réponse en vertu de l'article 59 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, relève qu'au cours du débat, des délégués ont à plusieurs reprises mentionné Taiwan. Un principe fondamental de l'OMS est que Taiwan fait partie de la Chine, et aucun Etat Membre ne saurait à bon droit mettre la discussion à profit pour contester ce principe. Toute référence à Taiwan en tant qu'observateur ou en tant que participant aux travaux de l'Organisation représente un défi inacceptable pour la Chine ; il demande par conséquent que ces références ne figurent pas au procès-verbal.

Le PRESIDENT dit qu'il a été pris note des préoccupations du délégué de la Chine.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique), prenant la parole pour présenter une motion d'ordre, demande au Conseiller juridique de fournir des éclaircissements sur la question de savoir si un Etat Membre peut demander que des changements soient apportés aux déclarations faites par d'autres Etats Membres dans les procès-verbaux officiels des Commissions.

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que les procès-verbaux des Commissions rendent compte avec exactitude des déclarations faites par les délégués. Le Secrétariat ne peut en aucune manière en censurer le contenu, ni en supprimer des passages à la demande d'un Etat Membre.

Le Professeur TLOU (Botswana) félicite l'OMS pour l'appui qu'elle fournit aux pays touchés par l'épidémie de grippe aviaire ainsi que pour les conseils qu'elle apporte aux autres pays s'agissant de mieux faire prendre conscience des problèmes que posent les épidémies de grippe humaine. En l'absence de mesures de lutte immédiates associées à une surveillance efficace, la maladie pourrait se répandre dans le monde entier, l'épidémie pourrait durer des années et le fait que le virus est susceptible de connaître de multiples variations génétiques pourrait réduire l'efficacité du stockage à long terme de vaccins et d'agents antiviraux. La propagation rapide de la maladie chez les oiseaux en Asie, en Europe, au Moyen-Orient et en Afrique constitue une menace pour la stabilité socio-économique de tous les pays, et les cas d'infection au virus de la grippe aviaire chez les humains suscitent des inquiétudes encore plus vives. Le Gouvernement botswanais, et en particulier son Ministère de l'Agriculture, fort des conseils et de l'appui de l'OMS, de la FAO et de l'OIE, est parvenu à faire prendre davantage conscience du danger de la grippe aviaire. Un plan national multisectoriel de préparation et d'action en cas de pandémie de grippe a été élaboré compte tenu des directives du Règlement sanitaire international (2005), et une équipe spéciale multisectorielle et un groupe de travail technique ont été créés en vue de développer la surveillance, la planification et la capacité d'intervention, comme le préconise le projet de résolution à l'examen, qui mérite d'être appuyé sans réserve. Le Botswana espère bénéficier encore d'une assistance pour renforcer sa capacité de riposte, et notamment la capacité de ses laboratoires de déceler des cas humains d'infection au virus, et il rend hommage à l'OMS pour son action dans la lutte engagée.

Le Dr THOMAS (Saint-Vincent-et-les-Grenadines) appuie sans réserve le projet de résolution. Les épidémies et autres menaces pour la santé n'ont cure des frontières politiques, et toutes les initiatives ayant pour but de combattre une pandémie de grippe, y compris celles prises par Taïwan, sont à encourager. Il est extrêmement souhaitable que Taïwan participe de manière effective aux activités de l'OMS.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) relève que la propagation du virus H5N1 vers de nouvelles zones accroît le risque d'infection humaine. Bien que les vaccins soient considérés comme la première ligne de défense lors d'une pandémie, mettre au point un vaccin et en accélérer la fabrication seront des tâches bien difficiles tant pour l'OMS que pour la communauté internationale. Il en va de même pour les agents antiviraux, qui sont coûteux et ne sont disponibles qu'en quantité limitée. En attendant de disposer de vaccins, il faudra donc bien utiliser ces antiviraux dès le début d'une pandémie pour traiter les patients et protéger les personnes travaillant dans des services essentiels. Etant donné que les stocks d'oseltamivir et de zanamivir sont eux aussi limités, l'OMS devra jouer le rôle de catalyseur pour accélérer et étendre le transfert de la technologie de fabrication au profit de nouvelles installations de production, notamment dans les pays en développement.

L'orateur appuie sans réserve le projet de résolution concernant l'application immédiate, sur une base volontaire, des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005).

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique), conscient que le virus H5N1 et d'autres souches grippales nouvelles constituent une grave menace pour la santé mondiale, souligne que l'application immédiate, sur une base volontaire, des dispositions pertinentes du Règlement est de nature à faciliter les interventions précoces qui permettront de prévenir ou de retarder une pandémie, et constituera le mode de gestion le plus efficace d'une éventuelle pandémie. La production rapide de données épidémiologiques fiables et complètes à l'appui d'une intervention rapide au début d'une pandémie sera difficile ou impossible si l'on ne dispose pas d'une capacité suffisante pour déceler les cas humains de grippe aviaire dans les pays touchés ; il faut améliorer les systèmes de surveillance et les capacités de laboratoire dans le monde entier. Les Etats Membres doivent notifier aussi rapidement que possible au Secrétariat les infections suspectées ou confirmées qui seraient dues à de nouveaux virus grippaux et répondre rapidement, sans réserve et de manière transparente à toutes demandes officielles d'information.

Le Gouvernement des Etats-Unis a déjà fait connaître au Secrétariat son point focal national RSI et a désigné le candidat qu'il souhaite voir siéger au sein de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe, et il demande instamment aux autres pays de procéder de même dès que possible. A cet égard, il se félicite d'apprendre que le Centre taiwanais de Lutte contre les Maladies a fait connaître qu'il appliquerait le Règlement sur une base volontaire, et prie instamment le Secrétariat de faciliter l'intégration de cet organisme au cadre sanitaire mondial.

M. Abdoou appuie le projet de résolution et son pays est prêt à le parrainer sous réserve de l'incorporation de certains amendements. Il propose de supprimer les mots « après son entrée en vigueur » à la fin du paragraphe 3, de façon à permettre aux Etats Membres de mettre fin à l'application volontaire du Règlement aussi bien avant qu'après cette date.

M. ROSENBERG (Canada) déclare qu'aux yeux de son pays, l'OMS doit continuer à jouer un rôle central en matière de coordination des activités de préparation et d'action menées au niveau mondial pour mieux faire face à la grippe pandémique, et loue le travail accompli en matière de surveillance, de vaccins, d'agents antiviraux et de stratégies d'endiguement précoces. Il appuie sans réserve le projet de résolution. L'application immédiate, sur une base volontaire, du Règlement sanitaire international (2005) renforcera la sécurité sanitaire mondiale. Le Canada se félicite de ce que le Centre taiwanais de Lutte contre les Maladies a fait savoir qu'il appliquera volontairement le Règlement, et il est favorable au renforcement du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Il félicite la Chine d'avoir mis en oeuvre avec dynamisme le mémorandum d'accord signé avec l'OMS pour faciliter l'application universelle du Règlement.

M. GUNDALAI (Mongolie) déclare que la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère survenue en 2003 a appris au monde entier que la menace de transmission de la grippe aviaire aux humains constitue un défi mondial. Les oiseaux font fi des frontières nationales, si bien qu'une coopération plus étroite pour la prévention mondiale des maladies est devenue primordiale. Ainsi que l'a souligné feu le Directeur général, il ne doit y avoir aucun défaut dans le maillage du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, et l'accès universel à ce réseau est un élément crucial dans la lutte contre la maladie.

La Mongolie, vaste pays peu peuplé, est une halte pour de nombreux oiseaux migrateurs, notamment en été. Il est difficile d'atteindre les populations des zones rurales reculées et en particulier les bergers et les enfants qui n'ont pas conscience des dangers liés à la grippe aviaire. Il faudra renforcer l'infrastructure mongole pour résoudre ce problème et faire en sorte que le pays soit préparé à une flambée de la maladie.

Le Dr GEORGE (Portugal) indique que le plan élaboré par son pays pour faire face à une pandémie de grippe comprend un dispositif efficace de surveillance épidémiologique, de prévention et de mesures de lutte qui seront prises par les centres de santé et les hôpitaux, une stratégie de communication concernant les risques et un dispositif d'évaluation interne et externe. Ce plan sera financé au moyen de ressources provenant des secteurs de la santé et de l'éducation ainsi que du secteur privé. Le Portugal soutient sans réserve le projet de résolution.

Le Professeur HORVATH (Australie) donne son appui de principe au projet de résolution. La législation et les règles administratives actuellement en vigueur en Australie constituent une base solide pour l'application des dispositions pertinentes du Règlement, et l'on est en train de prendre les mesures voulues à cette fin. Il est souhaitable que, chaque fois que possible, les Etats Membres agissent de même.

Le Gouvernement australien souhaite collaborer avec les organisations et partenaires régionaux et mondiaux afin de renforcer les capacités de prévention et de lutte contre les maladies émergentes dans la région de l'Asie et du Pacifique et fera don d'une somme de AU \$100 millions sur une période

de quatre ans en faveur d'initiatives destinées à améliorer les capacités des pays de cette région en matière de détection et de surveillance, et de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine) déclare que la flambée de grippe aviaire qui a récemment touché cinq membres d'une même famille dans un pays d'Asie doit rappeler à tous que des progrès restent à faire en ce qui concerne l'application des dispositions du Règlement sanitaire international (2005). La Région des Amériques, bien que jusqu'à présent indemne, a néanmoins besoin d'un appui pour mettre en place et développer sa capacité de prévenir et de faire face à une pandémie. La République dominicaine est résolue à appliquer le Règlement. Si l'on veut protéger la santé humaine, il ne faut exclure de la mise en oeuvre du Règlement aucune population, aucun territoire susceptibles de connaître des flambées de maladie ou risquant d'être atteints par des maladies touchant d'autres populations ou territoires.

Le Dr LI Jianguo (Chine) approuve le projet de résolution. Son Gouvernement a entrepris d'harmoniser la réglementation nationale pour favoriser la coopération intersectorielle et de mettre en place une formation afin d'améliorer les moyens de surveillance et d'action. Il s'emploie aussi très activement à lutter contre la grippe due au virus H5N1 et à prévenir la transmission du virus à l'homme en mettant sur pied un plan d'action en cas d'urgence, un dispositif de diagnostic et de traitement et un plan de surveillance à l'échelle du pays tout entier.

Les autorités coopèrent aussi activement avec l'OMS et d'autres organisations intergouvernementales et internationales. Lors de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine qui s'est tenue en janvier 2006, la Chine s'est engagée à verser US \$10 millions, dont US \$500 000 ont déjà été versés à l'OMS le 19 mai 2006, démontrant ainsi qu'en dépit du lourd fardeau de morbidité qui est le sien, elle est disposée à contribuer à la santé des peuples du monde entier.

La communication et la coopération internationales sont essentielles si l'on veut mieux se préparer et faire échec à la grippe aviaire. Chaque année, le Gouvernement chinois fait don de plus de 300 souches du virus de la grippe aux centres collaborateurs de l'OMS sur la grippe, et 80 % des souches vaccinales de la grippe recommandées par l'OMS proviennent de Chine. L'Organisation doit absolument intensifier les efforts qu'elle déploie pour aider les pays en développement à appliquer le Règlement en les aidant à développer leurs capacités en matière d'information et d'action auprès du public. La Chine est prête à coopérer et à faire profiter d'autres pays de son expérience en la matière.

La question de Taïwan à laquelle certains délégués ont fait allusion n'a rien à voir avec l'ordre du jour de la Commission et ne doit en aucun cas entraver ses travaux. Il faut espérer que le problème finira par être résolu. Entre-temps, les Etats Membres doivent s'en tenir au point examiné.

Selon le Dr LEVENTHAL (Israël), la menace que fait peser la grippe aviaire peut être l'occasion de jeter des ponts entre les pays. C'est ainsi qu'à propos de cette question, Israël coopère avec la Jordanie et l'Autorité palestinienne et échange des informations avec l'Egypte. Des points focaux nationaux RSI ont été désignés pour chacun de ces territoires. Lors d'un récent colloque OMS sur le Règlement sanitaire international (2005), les délégués ont été d'avis que le Règlement devait être mis en oeuvre immédiatement, bien qu'il ne soit pas encore entré en vigueur. Israël appuie donc le projet de résolution et demande qu'il soit appliqué au plus vite.

Le Dr AL-JUNAID (Yémen) relève que, pour donner effet au projet de résolution, les Etats Membres devront affecter des ressources financières à certaines activités spécifiques. A cet égard, les Etats Membres sont instamment invités, au paragraphe 4.7), à renforcer et maintenir la capacité de surveillance et d'action ; or ce sont tous les secteurs de la santé qu'il faudrait renforcer pour faire face à des flambées de grippe, tout en veillant à échanger des informations à jour.

Ainsi que l'a souligné le délégué de la Chine, les Etats Membres doivent s'en tenir à la question examinée et non faire des digressions sur des questions non pertinentes.

Le Dr HARPER (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) rappelle que, lors de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine qui s'est tenue à Beijing les 17 et 18 janvier 2006, son Gouvernement s'est engagé à fournir £20 millions par des voies multilatérales sur une période de trois ans, afin de permettre aux pays en développement de mieux se préparer à la grippe aviaire et à une éventuelle pandémie humaine. Il attend des clarifications de la Banque mondiale en ce qui concerne les secteurs hautement prioritaires avant de donner des avis sur la façon dont ces fonds pourraient être utilisés. Les travaux sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine se poursuivent au Royaume-Uni et £10 millions supplémentaires ont récemment été affectés aux recherches visant à mieux comprendre la biologie moléculaire du virus afin de mettre au point de nouveaux vaccins. Il est également envisagé d'apporter un soutien aux organisations du système des Nations Unies, dès lors qu'elles auront fait la preuve qu'elles ont judicieusement revu leurs priorités et qu'elles ont la capacité d'agir efficacement sur le terrain. Le Gouvernement du Royaume-Uni est prêt à augmenter cette capacité, le cas échéant, ainsi que l'atteste la décision qu'il a récemment prise de contribuer financièrement à la poursuite des opérations du Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine.

Le Royaume-Uni est favorable à l'adoption du projet de résolution et appuie sans réserve l'appel à l'application immédiate, sur une base volontaire, du Règlement sanitaire international (2005). Il compte être en mesure de donner suite à cette demande en ce qui concerne la grippe pandémique et aviaire. Il demande de plus amples renseignements au sujet de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe, car davantage de clarté permettra de le faire fonctionner dans la transparence et conformément aux dispositions du Règlement relatives au Comité d'urgence. Le bien-fondé des recommandations de l'équipe spéciale sera à examiner au cas par cas. Le projet de résolution pourrait être rendu plus clair grâce à quelques amendements que le Dr Harper communiquera au Secrétariat.

Le Dr AL FANNA (Oman) estime que la mise en oeuvre du projet de résolution aura d'importants effets dans le monde entier. L'épidémie représente un grave danger et le dépistage des cas est indispensable, car il permet de prendre des mesures de précaution. L'OMS joue un rôle important à cet égard. Il convient de remercier le Secrétariat pour l'appui qu'il fournit aux Membres de la Région de la Méditerranée orientale et de soutenir tous les efforts faits pour incorporer le Règlement aux législations nationales.

Le Professeur WYSOCKI (Pologne) appuie le projet de résolution. Le rapport présenté dans le document A59/4 est extrêmement utile et instructif, en particulier tout ce qui concerne les travaux relatifs au vaccin contre la pandémie. La mise au point de règles et de critères pour l'emploi et la distribution de ce vaccin va représenter une tâche immense pour le Secrétariat et les Etats Membres.

La Pologne a renforcé ses dispositifs de surveillance et rationalisé et vérifié ses plans de préparation aux situations d'urgence conformément aux recommandations de l'OMS et de l'Union européenne ; elle estime que ces plans répondent aux exigences relatives à la préparation « générique » aux situations d'urgence.

Le Dr OTTO (Palaos) fait savoir que son pays est en train de développer ses capacités et d'élaborer des plans et une infrastructure pour se préparer et faire face à la grippe aviaire ou à une pandémie de grippe. Les Palaos se trouvent dans une Région exposée à la grippe aviaire et leur population est si restreinte qu'un seul cas pourrait avoir des conséquences catastrophiques. Le pays a aussi des ressources limitées et, sans une aide extérieure, il lui serait difficile de se préparer et d'agir efficacement. Il sait gré au Bureau régional du Pacifique occidental de son assistance technique et aux partenaires de l'aide qu'ils apportent aux pays des îles du Pacifique par l'intermédiaire du réseau océanien de surveillance de la santé publique. Les Palaos appuient le projet de résolution tel qu'il a été modifié par le délégué des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr DE ASSUNÇÃO CARVALHO (Sao Tomé-et-Principe) estime que la grave menace que fait peser la grippe aviaire sur la santé publique doit amener tous les pays à appliquer le Règlement sanitaire international (2005). Il relève que Taïwan a déclaré qu'elle appliquerait immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international. Sao Tomé-et-Principe a élaboré un plan national d'action afin de prévenir et combattre la grippe aviaire. On devrait tenir compte de la collaboration en cours avec Taïwan en l'invitant à participer aux travaux de l'OMS dans ce domaine. L'orateur appuie le projet de résolution.

Le Dr KAGGWA (Ouganda) s'inquiète des risques liés à la grippe aviaire et de l'éventualité d'une pandémie de grippe humaine. Bien qu'aucun cas de la maladie n'ait été signalé en Ouganda, un plan national a été élaboré, des stratégies de préparation et d'action sont en train d'être mises en place et un point focal RSI a été désigné. Ces mesures ont été prises compte tenu du fait que certains pays proches sont déjà touchés.

Tout en appuyant sans réserve le projet de résolution, l'Ouganda en appelle à la communauté internationale pour qu'elle mobilise les ressources financières et logistiques voulues, en particulier pour les pays les moins avancés, afin de les aider à faire face à toute nouvelle flambée.

Le Dr PADILLA (République bolivarienne du Venezuela) fait savoir que son pays est en train de renforcer son dispositif de préparation et d'action contre la grippe pandémique et qu'il a élaboré un plan national visant à rendre la population moins vulnérable et à éviter une morbidité et une mortalité excessives en cas de pandémie. Six ministères y participent et l'on s'emploie à aligner la législation nationale sur le Règlement. On est en train de moderniser les installations de diagnostic dans les ports et les aéroports et les maladies respiratoires aiguës sont étroitement surveillées dans 24 hôpitaux dans tout le pays afin de repérer une éventuelle propagation du virus grippal. Sur les 198 cas suspects examinés, 12 cas positifs ont été identifiés. On est en train de constituer d'importants stocks d'agents antiviraux et, à partir du quatrième trimestre de 2006, les enfants, les personnes âgées et autres personnes vulnérables pourront se faire vacciner contre la grippe.

L'orateur appuie le projet de résolution.

M. CHO Do-yeon (République de Corée) remercie tous ceux qui ont présenté leurs condoléances à l'occasion du décès du Directeur général.

Le Gouvernement de la République de Corée a fait de la préparation à la grippe pandémique une priorité nationale et a entrepris de constituer des stocks de fournitures essentielles, y compris des agents antiviraux. La grippe est plus étroitement surveillée. On s'emploie, en partenariat avec le secteur privé, à mettre au point un plan de préparation de nature à atténuer les effets économiques et sociaux de la grippe pandémique. Les autorités communiquent sans délai à la communauté internationale toutes informations relatives à des flambées de grippe aviaire. Elles s'efforcent d'apporter une assistance technique aux autres pays et inviteront une dizaine d'entre eux en qualité d'observateurs au prochain exercice de préparation qui est prévu pour octobre 2006.

La collaboration internationale est indispensable pour faire face à la grippe aviaire et pandémique. Le Gouvernement s'est engagé à appliquer les dispositions pertinentes du Règlement avant juin 2007, date de son entrée en vigueur, y compris la notification volontaire des cas humains de grippe, et il est un partisan convaincu de l'application immédiate du Règlement sur une base volontaire.

M. PAK Jong Min (République populaire démocratique de Corée) insiste sur la nécessité de consolider les dispositifs nationaux de surveillance. L'OMS doit aider les pays en développement à renforcer leurs capacités et favoriser la mise au point des nouvelles technologies de l'information susceptibles de renforcer les systèmes de soins de santé. Un dispositif de surveillance de la grippe aviaire a été mis en place dans le pays et des activités de prévention et d'intervention d'ampleur nationale sont en cours. Récemment, le Gouvernement a élaboré une stratégie de préparation à la

grippe et il travaille en étroite collaboration avec l'OMS et la FAO au renforcement de la surveillance, de la préparation et de l'action en cas de flambée tant chez les oiseaux que chez les humains. L'OMS doit apporter un soutien actif à cette stratégie.

Mme TOELUPE (Samoa) estime elle aussi qu'il est important de bien se préparer et de collaborer plus étroitement pour donner concrètement effet au Règlement. Les Samoa comptent sur l'appui financier et technique de leurs partenaires internationaux, régionaux et bilatéraux pour faire face à la menace mondiale de la grippe aviaire. Le Gouvernement est tout à fait convaincu de la nécessité de parer à cette menace, car il ne faut pas renouveler l'expérience de la pandémie de grippe de 1918, qui a tué 25 % de la population. Les Samoa s'inquiètent beaucoup de l'insuffisance des moyens dont elles disposent actuellement pour coordonner l'assistance dont leur population aurait besoin. Mme Toelupe réaffirme donc son appui de principe au projet de résolution.

Le Dr TIBAN (Kiribati) dit que son Gouvernement est conscient de la menace que fait peser la grippe aviaire et, en application du Règlement sanitaire international (2005), il est en train de mettre au point un plan de préparation. Une pénurie de ressources humaines a été constatée dans un certain nombre de secteurs clés, et les moyens nécessaires pour mettre en oeuvre certaines des activités à entreprendre compte tenu du cadre mis au point par l'OMS font également défaut. Le Gouvernement bénéficie déjà d'une aide de l'OMS et de pays partenaires. Il demande instamment aux organismes et donateurs de l'assister par l'échange de compétences techniques et la fourniture d'une aide matérielle, de façon que Kiribati puisse jouer véritablement son rôle dans la prévention de la propagation de la grippe aviaire.

Le Dr AHMED (Pakistan) indique que, bien que la propagation dans son pays du virus H5N1 chez les volailles suscite bien des préoccupations depuis février 2006, aucun cas humain n'a été signalé jusqu'à présent. Le Pakistan a pris toutes les mesures préventives voulues et espère être en mesure d'endiguer le virus. Il est reconnaissant à l'OMS de lui avoir apporté son appui lorsqu'il s'est agi de renforcer le système de surveillance, d'enquêter sur le terrain sur les cas de grippe aviaire et de fournir des services de laboratoire. Il est évident que les flambées de la maladie chez les volailles constituent une grave menace pour la santé humaine et que tous les pays doivent collaborer avec l'OMS et la communauté internationale afin d'atténuer les risques liés au virus de la grippe aviaire. Le Pakistan appuie donc sans réserve le projet de résolution.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) appuie entièrement le projet de résolution et plaide en faveur de l'application immédiate des dispositions pertinentes du Règlement en attendant son entrée en vigueur en 2007. La menace d'une pandémie et les conséquences qu'elle pourrait entraîner imposent à la communauté internationale de bien s'y préparer, et la coopération internationale et régionale est indispensable pour circonscrire la maladie. L'OMS et d'autres organisations internationales ont un rôle crucial à jouer en ce qui concerne la mise au point d'une riposte commune à l'éventuelle pandémie. Il faut indemniser les éleveurs de volailles pour s'assurer de leur pleine coopération et, pour aider les pays à faible revenu à faire échec à cette menace, la coopération entre pays est également essentielle. Le Maroc a opté pour la vaccination, considérant que, bien que le coût d'un tel programme constitue un défi majeur, il est le meilleur moyen de lutter contre la grippe ; il a aussi mis en place un plan national de préparation et de riposte.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) indique qu'avec l'appui de l'OMS et d'autres organisations internationales son pays a mis au point un programme national intégré de lutte contre la grippe aviaire et de préparation et d'action en cas de grippe pandémique humaine, et qu'il escompte collaborer pour sa mise en oeuvre avec des partenaires et donateurs internationaux. Au cours des six mois écoulés, le Viet Nam a procédé à quatre exercices de simulation pour mesurer son état de préparation. En application des dispositions du Règlement sanitaire international (2005), le Viet Nam a rédigé une

ordonnance gouvernementale relative aux mesures sanitaires de quarantaine applicables aux frontières. Il est à noter que, pour que les pays en développement soient à même d'appliquer le Règlement, une assistance financière et technique ainsi que la coopération et l'appui de la communauté internationale leur seront indispensables.

Mme Le Thi Thu Ha appuie le projet de résolution, avec l'amendement proposé par la Thaïlande au paragraphe 4.4).

M. ALLAH KOUADIO (Côte d'Ivoire) appuie le projet de résolution. Pour faire face à la menace de la grippe aviaire, son pays a mis en place un plan national de riposte et il sait gré à l'OMS de l'assistance fournie à cet égard. Des difficultés persistent, notamment en matière de diagnostic de la grippe humaine : le système de santé et les moyens de laboratoire doivent être renforcés afin de permettre une détection précoce. Une surveillance aviaire efficace est également nécessaire, assortie d'une indemnisation des producteurs de volailles, afin de les encourager à notifier les décès survenus dans leurs élevages. Toutes ces mesures nécessitent des moyens considérables, d'où la nécessité de mettre en place un fonds dont l'accès soit facile, pour permettre aux pays atteints de réagir rapidement afin de limiter la pandémie aviaire et d'éviter les cas humains. Il est très important de mettre en place une communication efficace, de façon que la population puisse prendre les mesures appropriées en matière de consommation de volailles, ce qui atténuera les conséquences économiques et nutritionnelles de la maladie.

La séance est levée à 12 h 30.

DEUXIEME SEANCE

Mardi 23 mai 2006, 16 heures

Président : Dr K. LEPPÖ (Finlande)

puis : Dr A. RAMADOSS (Inde)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 11.1 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R7 et annexe 4, A59/4 et A59/5) (suite)

Mme OSMAN ADEN (Djibouti) appuie le projet de résolution sur l'application volontaire des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) avant l'entrée en vigueur de cet instrument. Elle exhorte la communauté internationale à faire preuve de solidarité, en faisant abstraction des considérations financières qui pourraient inciter certains pays à ne pas déclarer les cas de maladies infectieuses à caractère épidémique. En mai 2006, un cas humain de grippe aviaire a été signalé à Djibouti et notifié à l'ensemble de la communauté internationale, conformément aux recommandations du projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R7 relatives à l'application volontaire des dispositions du Règlement. Un plan stratégique a été mis en oeuvre, comportant l'adoption de toute une série de mesures de prévention, y compris le renforcement des contrôles sanitaires aux frontières, l'abattage de volailles, une sensibilisation accrue de la population et une surveillance épidémiologique plus étroite. Malgré l'appui fourni par l'OMS et d'autres partenaires bilatéraux, les besoins réels n'ont pas été satisfaits. Il ne sera pas possible de lutter contre la propagation du virus H5N1 sans l'effort concerté de la communauté internationale, et il importe d'agir sans tarder car le virus peut muter à tout moment. Mme Osman Aden demande à l'OMS d'exercer pleinement son rôle de chef de file, et notamment de mobiliser les fonds nécessaires pour assurer la mise en oeuvre de la résolution.

M. DAVIDYAN (Arménie) dit que, face à l'épidémie de grippe aviaire qui sévit à l'échelle mondiale, l'Arménie est en train d'adopter diverses mesures de prévention et de riposte. Des centres nationaux et régionaux ont été mis en place avec la participation de tous les ministères et départements. Un plan d'action national a été adopté pour réagir en cas de pandémie ; des mesures de quarantaine ont été mises en place pour empêcher le virus de franchir les frontières, y compris dans l'aéroport international ; le personnel de santé a été préparé à faire face à des situations d'urgence et des séminaires sont organisés dans tout le pays sur l'épidémiologie, le diagnostic et le traitement de la maladie. Un échange permanent d'informations a lieu entre le Ministère de la Santé et le Secrétariat, ainsi qu'entre les Ministères de l'Agriculture et de la Santé, notamment à propos des cas d'infection virale d'oiseaux et des essais en laboratoire y relatifs. On s'efforce de sensibiliser le public aux mesures susceptibles de prévenir la propagation de la maladie, notamment par la diffusion d'un bulletin sanitaire. La base de laboratoire pour le diagnostic médical et vétérinaire de première intention est actuellement renforcée. L'Arménie a demandé l'assistance financière de la Banque mondiale pour couvrir le coût des mesures de prévention. Des obstacles ont toutefois surgi à propos des programmes communs, et en particulier concernant la création de laboratoires pour l'analyse par amplification génique des virus et la production de vaccins et d'agents antiviraux. Des formulaires de notification sont actuellement mis au point. Des cours de formation sont dispensés et d'autres mesures de

prévention ont été mises en place, comme l'utilisation de désinfectants. Aucun cas de grippe aviaire n'a été enregistré chez les oiseaux ou parmi la population.

Le Dr BALAGUER CABRERA (Cuba) dit que si le virus H5N1 n'a pas encore été identifié à Cuba, il existe toutefois un risque d'infection par les oiseaux migrateurs en provenance d'Amérique du Nord, ainsi que par le biais des échanges commerciaux et du tourisme. Les Ministres de la Santé publique et de l'Agriculture ont signé un plan commun portant sur les mesures à mettre en oeuvre à chacune des étapes définies par l'OMS. L'Institut vétérinaire national de Cuba a établi un système de surveillance de la grippe aviaire qui fonctionne depuis plus de 20 ans. Les activités de surveillance ont été intensifiées en 2004 et 2005, et le personnel de santé de tout le pays est tenu informé de la situation internationale en ce qui concerne la grippe aviaire par la Commission nationale des épidémies graves, qui a été constituée pour s'occuper du syndrome respiratoire aigu sévère. Des activités d'information et de formation ont aussi été entreprises à grande échelle et des sites Internet spécialisés ont été créés. Le personnel de laboratoire a été formé à la surveillance des formes animale et humaine de la maladie. Des ressources, notamment financières, sont nécessaires pour couvrir les besoins du personnel de santé en matière de diagnostic, de quarantaine, de traitement et de prévention dans tout le pays. La mise au point d'un vaccin est actuellement à l'étude et il a été décidé, à titre préventif, de vacciner contre la grippe humaine toutes les personnes de plus de 60 ans et les autres personnes à haut risque. Les accords conclus sur la propriété intellectuelle ne doivent pas entraver les projets d'élaboration de vaccins ou de nouveaux antirétroviraux. Il importe de renforcer la coordination internationale en vue d'améliorer l'utilisation des systèmes d'alerte précoce et de définir des normes et des protocoles pertinents concernant l'échange d'informations.

Le Dr NYAMONGO (Kenya) dit que son pays est sérieusement exposé au risque d'infection suite à la confirmation de cas de grippe aviaire chez des volatiles de cinq pays d'Afrique. En application de l'article 4 du Règlement sanitaire international (2005), le Kenya s'est doté d'un groupe spécial multisectoriel et a désigné des points focaux nationaux RSI auprès du Ministère de la Santé et de celui du Développement de l'Élevage et de la Pêche. Le groupe spécial a mis en place six comités, respectivement responsables des activités suivantes : surveillance, laboratoire et recherche, information, éducation et communication, coordination et mobilisation de ressources, prévention et lutte contre l'infection, et prise en charge des cas. Il a élaboré un plan d'action national contre la grippe aviaire, qui comprend des activités de prévention, de lutte et de riposte, et qui est entré en vigueur, en vertu de l'article 4 du Règlement. Le groupe spécial coopère avec tous les partenaires, y compris l'OMS, la Banque mondiale et les grandes fermes d'élevage de volailles, et organise chaque mois avec eux une réunion d'information. S'agissant du niveau d'alerte, le Kenya se trouve actuellement en phase 1 et dispose d'un budget de US \$38 millions pour faire face au problème de la grippe aviaire. Le Dr Nyamongo s'inquiète de ce que la majeure partie des fonds qui ont été obtenus à l'issue de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006) sont des prêts et non des subventions, ce qui n'est pas la meilleure formule compte tenu du fardeau élevé de la dette qui pèse sur de nombreux pays d'Afrique. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr PALIHAWADENA (Sri Lanka) dit que son pays, qui est actuellement exempt de cas de grippe aviaire, est tout de même exposé au risque d'infection depuis les pays voisins. Le Ministre de la Santé a élaboré un plan national de préparation à la riposte en cas de pandémie en collaboration avec le Département de la production animale et de la santé. Le personnel de santé a reçu une formation, et des hôpitaux et des laboratoires de référence ont été désignés. Le pays devra se doter de meilleurs moyens diagnostiques en laboratoire et de ressources humaines supplémentaires pour renforcer la surveillance des formes humaine et animale de la maladie. Des installations d'isolement doivent aussi être prévues dans les hôpitaux de référence pour pouvoir faire face à la demande en cas d'épidémie. Le Dr Palihawadena remercie l'OMS de l'appui qu'elle a fourni à son pays pour l'élaboration du plan national et de lignes directrices ainsi que pour l'amélioration de la capacité des laboratoires. Elle

approuve les amendements proposés par la Thaïlande au projet de résolution et les observations faites par ce pays, notamment en ce qui concerne la mise en oeuvre dans les pays.

M. FORAU (Iles Salomon) remercie l'OMS de son appui pour mettre en place des technologies, installations et structures nécessaires en vue de l'application du Règlement sanitaire international (2005). Les progrès pour améliorer la préparation et la capacité d'intervention nationales sont lents, mais une aide précieuse a été fournie par certains partenaires dans ce domaine. Les activités de collaboration se poursuivent avec toutes les parties intéressées pour les opérations de surveillance, d'enquête, de vérification et de riposte, sur le plan tant national qu'international, au cas où surviendrait une urgence de santé publique. La budgétisation d'événements imprévisibles tels qu'une flambée de grippe aviaire représente un défi pour son pays, c'est pourquoi M. Forau s'engage à soutenir le projet de résolution.

Sir Peter BARTER (Papouasie-Nouvelle-Guinée) exprime sa reconnaissance à l'OMS pour son soutien efficace, mais se déclare préoccupé par le manque de collaboration entre certains pays voisins de la Région du Pacifique occidental. Aucun cas de grippe aviaire n'a encore été enregistré en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Un projet de plan d'action sera élaboré dans les semaines à venir pour remédier aux problèmes que posent les déplacements non contrôlés de coqs de combat infectés, l'absence de surveillance et d'échange d'informations, la mauvaise application de critères diagnostiques en laboratoire et la lenteur avec laquelle les informations sont diffusées. Tant que tous les Etats Membres n'auront pas pris des mesures pour garantir une communication et une surveillance efficaces, des maladies virales telles que la grippe aviaire continueront à se propager. La Papouasie-Nouvelle-Guinée possède une frontière commune avec l'Indonésie où l'incidence enregistrée des cas de grippe aviaire est préoccupante. Sir Peter Barter appelle en outre l'attention sur d'autres maladies mortelles mais évitables, comme le diabète, et se dit consterné de voir que l'usage du tabac est autorisé dans les bâtiments de l'Organisation des Nations Unies.

Le Dr NTABA (Malawi), faisant allusion au risque sérieux de pandémie de grippe aviaire, est entièrement favorable à une application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) ainsi que le demande le projet de résolution. Le Malawi a déjà commencé à mettre en oeuvre le Règlement. Appelant l'attention sur le paragraphe 2.4) du projet de résolution, qui se réfère aux mesures de santé publique et aux dispositions spéciales applicables aux voyageurs, il fait observer que 22 millions de passagers aériens arrivent à Taïwan et en repartent chaque année. Les autorités sanitaires de Taïwan appliquent déjà le Règlement de leur propre chef et l'Organisation devrait reconnaître que 23 millions de personnes, dépourvues de statut officiel à l'OMS et non autorisées à participer véritablement aux débats de l'Organisation, sont parmi les premières à respecter volontairement le Règlement. Ayant pris note des avis exprimés par certains délégués à cet égard, il affirme que le Malawi ne saurait être réduit au silence sur la question.

Le Dr REN Minghui (Chine), présentant une motion d'ordre, dit que les observations formulées par le délégué du Malawi n'ont aucun rapport avec la question à l'étude et font perdre du temps.

Le Dr NTABA (Malawi) déclare que des tentatives sont faites pour que soient censurées dans les documents officiels les déclarations de certains délégués et évoque notamment le harcèlement téléphonique, de jour comme de nuit, subi par d'autres délégués. Ces agissements sont indignes d'une organisation civilisée telle que l'OMS et ne devraient plus être tolérés. Il demande à l'OMS de reconnaître l'application immédiate du Règlement, sur une base volontaire, par 23 millions de personnes auxquelles on refuse le droit de s'exprimer au sein de l'Organisation, ce qui pose un grave problème moral. Il précise que son pays appuie pleinement le projet de résolution.

Le Professeur AKOSA (Ghana) exprime sa reconnaissance à l'OMS pour l'appui fourni à son pays en vue d'améliorer sa capacité de riposte à la grippe aviaire et pandémique. Le Ghana remercie

aussi les partenaires du développement pour leur assistance et se dit prêt à la riposte, dès lors qu'il a franchi toutes les étapes préparatoires, avec la mise en place d'équipes nationales chargées des aspects vétérinaires et humains et le renforcement de son système de surveillance. Le Ghana a atteint un niveau de coopération multisectorielle sans précédent dans ce domaine. La gestion de l'information est toutefois un grave problème puisque la presse locale s'emploie à susciter une phobie de la viande de poulet en dépit de l'interdiction qui frappe les importations de poulets en provenance des pays affectés. A ce jour, aucun cas de grippe aviaire n'a encore été recensé au Ghana ; la présence du virus dans les pays voisins est toutefois un sujet de préoccupation. Le Ghana pourrait peut-être servir de témoin et bénéficier d'une assistance pour échapper à la maladie grâce à un renforcement de la surveillance dans le pays, à une amélioration des méthodes de travail utilisées dans les laboratoires, à une intensification des activités des équipes spéciales et à la constitution de stocks de médicaments. Si la forme humaine de la maladie se propageait au Ghana, il serait certainement impossible d'y faire face avec les effectifs actuels. La capacité de réaction doit aussi consister à trouver les ressources humaines nécessaires dotées d'un éventail de compétences adéquat. La prévention de la grippe aviaire et de la grippe pandémique et la limitation de leur propagation sont une priorité sanitaire pour le Ghana, qui appuie le projet de résolution.

Le Dr MBOWE (Gambie) approuve pleinement la déclaration du Malawi. La grippe aviaire pourrait très bien devenir une pandémie mondiale et il convient de féliciter tout individu, organisation ou gouvernement qui contribue à renforcer la capacité de riposte. C'est pourquoi la Gambie exprime sa reconnaissance à ses partenaires pour l'appui sans précédent qu'ils lui ont fourni à cet égard. Le Dr Mbowe appuie pleinement le projet de résolution.

Le Dr VILLAVERDE (Philippines) soutient vigoureusement l'appel en faveur d'une application immédiate, sur une base volontaire, des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005). A cet effet, les Philippines demandent instamment à l'OMS et à d'autres organismes internationaux d'aide au développement de mobiliser et de coordonner des apports de fonds extérieurs et d'autres formes d'assistance pour la mise en place des capacités nationales de riposte à une pandémie de grippe. Il convient d'évaluer les capacités nationales et locales dans ce domaine et de recenser les lacunes dans l'application du Règlement.

Les Etats Membres devraient intensifier leur collaboration concernant la définition et l'investigation des cas lors des flambées en plus de mettre régulièrement à jour les données relatives aux laboratoires, à la situation épidémiologique, à la salubrité des aliments et à la santé publique. Ils devraient aussi s'informer mutuellement en temps utile des cas de grippe aviaire transmis d'un pays à l'autre afin d'adopter des mesures de précaution. Il faudrait élaborer des directives communes pour les contrôles sanitaires des voyageurs. Les pays touchés devraient mettre au point une stratégie de communication efficace pour faire face aux conséquences de la grippe aviaire. En outre, toutes les interventions au niveau des pays devraient reposer sur les programmes propres à chaque pays. Il faudrait adopter une position nuancée sur les questions de souveraineté, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer la cohérence des mesures appliquées aux voyageurs et de clarifier les procédures de contrôle à l'entrée et à la sortie.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) accueille avec satisfaction les rapports détaillés et le projet de résolution, auxquels l'Inde souscrit. L'appel en faveur d'une application immédiate volontaire des dispositions du Règlement sanitaire international (2005) ne sera suivi d'effet que si les Etats Membres reçoivent l'appui nécessaire pour le faire. L'OMS devrait prendre l'initiative de la mobilisation et de la coordination de l'assistance financière technique et logistique, y compris la constitution d'un stock raisonnable de médicaments et le renforcement des capacités. L'orateur suggère par conséquent d'ajouter les précisions suivantes au paragraphe 5.5) du projet de résolution : « en constituant à l'avance des stocks raisonnables des médicaments nécessaires » et « en facilitant, en collaboration avec les partenaires internationaux, la mise au point et la production commerciale du vaccin contre la grippe ». Une référence à un « maillage régional des laboratoires » devrait être ajoutée au

paragraphe 5.7). Un alinéa supplémentaire en ce sens devrait aussi être ajouté au paragraphe 4, qui serait ainsi libellé : « à établir un processus pour recenser et surmonter les obstacles – administratifs et juridiques – à l'adoption et à la mise en oeuvre du Règlement en temps opportun de manière à promouvoir la participation intersectorielle ».

La grippe est considérée comme une maladie prioritaire pour le Gouvernement indien. Si des flambées de grippe aviaire ont été signalées dans trois Etats, aucun cas humain n'a encore été enregistré dans le pays. Un plan national d'urgence a été élaboré pour la prise en charge des cas humains de grippe aviaire, en complément du plan national de lutte contre la grippe aviaire ; ces deux plans mettent en place une surveillance active pour le dépistage précoce des cas suspectés et une confirmation rapide du diagnostic, des mesures de protection individuelle, une constitution de stocks raisonnables d'antiviraux sûrs et d'efficacité avérée et d'autres mesures générales de lutte contre l'épidémie. Dans le cadre de la mise en oeuvre du Règlement, un point focal national RSI a déjà été désigné. La coopération est renforcée entre les pays et les régions pour assurer un échange d'informations en temps opportun et favoriser un diagnostic rapide. Une coopération claire est nécessaire pour le suivi des sources primaires, le suivi des sources nationales, locales et des foyers d'infection et pour l'analyse et la cartographie des étendues d'eau répertoriées ou non.

Le Dr GARBOUJ (Tunisie) dit que le projet de résolution est une nouvelle preuve de la volonté de l'OMS de s'attaquer à la menace représentée par la grippe pandémique et qu'il offre une occasion d'évaluer les mesures mises en oeuvre à ce jour. Les Etats Membres devraient intensifier leur coopération dans la lutte contre la grippe aviaire.

Le Dr REN Minghui (Chine), exerçant son droit de réponse, dit que la Chine est très préoccupée par la santé des 23 millions de personnes qui vivent à Taïwan (Chine) et qu'elle examine les meilleurs moyens d'assurer leur protection sanitaire. Le Règlement sanitaire international (2005) s'adresse aux Etats souverains ; toutefois, dans le cas de Taïwan, qui fait partie de la Chine, la question pourrait être résolue par la négociation. Le Règlement prévoit quatre principes d'application qui revêtent tous la même importance : le respect des droits de l'homme, le respect de la souveraineté nationale, la fidélité à la Charte des Nations Unies et à la Constitution de l'OMS et l'application universelle. Ce Règlement doit entrer en vigueur en 2007 et les autorités chinoises prendront les dispositions nécessaires pour assurer sa mise en oeuvre aussi bien en Chine qu'à Taïwan (Chine).

Le Dr NABARRO (Coordonnateur principal du Système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine) fait observer qu'au cours des six derniers mois, les pays ont pris des mesures et réalisé des progrès extraordinaires ; des activités essentielles ont été recensées. Bon nombre de pays ont mis en oeuvre des programmes de grande envergure pour répondre, en particulier, aux menaces que fait peser la grippe aviaire et beaucoup ont mis en place des plans de préparation à la pandémie. Il subsiste toutefois des difficultés : tous les pays doivent travailler de concert pour une cause commune, tous les secteurs du gouvernement doivent collaborer à la préparation et à l'action en cas de pandémie ; et l'OMS a un rôle décisif à jouer à cet égard, car son intervention aidera à adopter rapidement des mesures d'endiguement et de riposte.

Lors de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006), les pays ont pris l'engagement d'apporter leur contribution à la lutte contre la grippe. Toutefois, les demandes de financement émanant du système des Nations Unies qui ont été formulées à cette réunion n'ont pas été entièrement satisfaites. Les moyens financiers dont disposent l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies sont toujours nettement inférieurs aux besoins. Cela compromet l'efficacité de l'appui qu'elle peut offrir aux Etats Membres à un moment où les demandes d'assistance enregistrent une hausse brutale, les cas de grippe aviaire et de grippe humaine touchant de plus en plus d'Etats Membres. Cette situation sera examinée à la réunion de hauts fonctionnaires sur la grippe aviaire et la pandémie de grippe humaine qui se tiendra à Vienne, en juin. Le Dr Nabarro approuve les appels pour que les engagements soient rapidement tenus et qu'une

assistance financière suffisante soit fournie aux pays qui en ont besoin, ainsi qu'au système des Nations Unies, et en particulier à l'OMS.

Le Dr DUPLESSIS (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que, depuis la fin de 2004, la Fédération aide ses sociétés membres à se doter des capacités nécessaires pour faire face au risque croissant de pandémie de grippe. Les sociétés nationales privilégient essentiellement l'action communautaire, comprenant notamment le renforcement de la sensibilisation, la formation et la planification dans un souci de continuité. A son Assemblée générale, en novembre 2005, la Fédération a adopté une résolution sur la coopération entre les sociétés nationales et les ministères de la santé pour faire face à la menace de pandémie. L'expérience de ces 18 derniers mois a montré que la participation des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à la planification nationale de la lutte contre la menace de pandémie était un facteur clé de réussite. Cependant, il semble que certaines sociétés ne soient pas associées à cette planification nationale. La mise en place des capacités nécessaires pour lutter contre la grippe aviaire et la grippe humaine doit comprendre ce niveau de participation communautaire. Tous les gouvernements devraient donc envisager d'inclure d'urgence leurs sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

En hommage à la précieuse contribution du regretté Directeur général, le Dr Lee, à la conduite de la riposte de la communauté internationale face à la grippe aviaire, la Fédération dédie ses activités futures à sa mémoire.

M. HOEK (Fédération internationale pharmaceutique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom du Conseil international des Infirmières, de la Fédération dentaire internationale et de l'Association médicale mondiale, dit que les investissements massifs dans la préparation et l'action face aux situations d'urgence sont essentiels pour freiner les effets potentiellement dévastateurs d'une pandémie de grippe. A cette fin, tous les gouvernements doivent se conformer au Règlement sanitaire international (2005) avant son entrée en vigueur en 2007. Le déploiement effectif du personnel de santé est un élément déterminant de la réussite des activités de préparation et de la riposte. Le personnel de santé est tenu, sur les plans moral et professionnel, de fournir des soins, notamment en cas de flambée de grippe pandémique ; toutefois, étant en première ligne des stratégies de prévention et de lutte, il a droit à la sécurité et à la protection sur le lieu de travail, notamment face aux maladies infectieuses. Les gouvernements et le Secrétariat sont, par conséquent, invités instamment à prendre sans tarder les mesures nécessaires pour que le personnel de santé bénéficie de la protection requise et qu'il soit considéré comme prioritaire en ce qui concerne la prévention, les soins et le traitement.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), répondant à une question posée par le délégué de la Fédération de Russie, dit que la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006) a permis de récolter au total US \$1,9 milliard, dont environ US \$1 milliard sous forme de dons et US \$900 millions sous forme d'emprunts bancaires. La Banque mondiale a été invitée à communiquer à la réunion des hauts fonctionnaires sur la pandémie de grippe aviaire et humaine (Vienne, 6-7 juin 2006) des détails au sujet des fonds engagés par différents pays et de la façon dont ces sommes seront dépensées.

En ce qui concerne la proposition du délégué de la Thaïlande d'insérer les mots « à des fins non commerciales seulement » après « nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes », au paragraphe 4.4), l'OMS a besoin des informations et des matériels biologiques auxquels il est fait référence dans ce paragraphe pour suivre l'évolution du virus de la grippe aviaire et détecter les premiers signes de mutation ainsi que pour élaborer un vaccin prototype qui sera ensuite distribué aux fabricants de vaccins dans les pays développés et dans les pays en développement. La mise au point d'un vaccin contre la grippe serait impossible sans la participation de l'industrie pharmaceutique. C'est pourquoi il serait important de connaître l'avis d'autres Etats Membres sur cette proposition d'amendement.

Au paragraphe 5.4), le mot « temporaire » est justifié puisqu'un mécanisme temporaire sera nécessaire pour conseiller le Directeur général jusqu'à ce que le Comité d'urgence prévu à l'article 48 du Règlement sanitaire international (2005) prenne le relais en juin 2007, date à laquelle le Règlement entrera en vigueur. A ce jour, seuls 42 Etats Membres ont proposé des candidats en vue de l'établissement de la liste d'experts évoquée à l'article 47 du Règlement et le Dr Chan demande instamment à tous les autres Etats Membres d'agir de même le plus tôt possible.

A propos de la portée du terme « immédiatement », au paragraphe 1 du projet de résolution, elle explique que, d'un point de vue juridique, cela signifie que trois mois après l'adoption de la résolution, les Etats Membres et le Directeur général sont censés commencer à appliquer les mesures visées dans ce paragraphe. L'emploi de ce terme n'a aucune incidence sur le délai de cinq ans prévu par le Règlement pour le renforcement des capacités. Les pays concernés auront encore la possibilité de demander au Comité d'examen un délai supplémentaire pour la mise en place de leurs capacités, et pourraient ainsi disposer au total d'un délai de neuf ans pour le faire. L'expression « les dispositifs et les procédures » utilisée au paragraphe 4.2) ne désigne que les dispositifs et les procédures visés aux articles 6 à 10 du Règlement.

Les fonctions de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe sont décrites au paragraphe 5.4). Les membres qui la composent seront proposés par les six bureaux régionaux de l'OMS afin de garantir un équilibre régional et un bon niveau de compétences. D'autres membres seront désignés par le Siège pour combler les lacunes éventuelles en matière de compétences. L'équipe spéciale sera composée d'une vingtaine d'experts qui pourront être appelés à se réunir à bref délai si nécessaire. L'OMS continuera de recourir à leurs services lorsque l'équipe aura été remplacée par le Comité d'urgence en 2007.

Le Dr Ramadoss assume la présidence.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) explique qu'il a proposé un amendement au paragraphe 4.4) pour souligner le fait que la pandémie de grippe est une menace mondiale et non une possibilité de développement commercial. Les vaccins monovalents dirigés contre des types de virus spécifiques sont trop chers pour les pays en développement. Un vaccin contre la grippe est un bien public mondial et il doit être d'un coût abordable pour tout le monde. Le prix des vaccins est le principal obstacle auquel se heurtent tous les programmes de vaccination, en dépit des efforts déployés par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres initiatives. La capacité mondiale de fabrication de vaccins est actuellement de l'ordre de 300 millions de doses par an. En cas de pandémie, il sera impossible aux fabricants de vaccins des pays en développement de produire assez de vaccins pour leur population ; si les fabricants des pays développés ont le monopole de la production de ces vaccins, les pays en développement ne pourront pas se permettre de les acheter et les fonds promis à Beijing ne seront pas suffisants en cas de crise. Les Etats Membres devraient s'efforcer de trouver le meilleur moyen de résoudre ce problème.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit qu'une nouvelle version du projet de résolution incorporant les amendements proposés par les délégués sera présentée à la Commission pour examen à sa prochaine séance. Il précise toutefois qu'un certain nombre de points font toujours l'objet de controverse, comme par exemple la proposition de la Thaïlande d'ajouter au paragraphe 4.4) le membre de phrase « à des fins non commerciales seulement ». Les délégués pourraient peut-être se réunir de façon informelle avant la prochaine séance pour trouver une solution.

Le PRESIDENT dit que s'il n'y a pas d'objections il considérera que la Commission souhaite reporter l'examen du projet de résolution à une séance ultérieure.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la quatrième séance, p. 50.)

Eradication de la poliomyélite : Point 11.2 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R1 et annexe 4, et A59/6)

En présentant ce point, M. M. N. KHAN (représentant du Conseil exécutif) dit qu'en examinant le rapport sur l'éradication de la poliomyélite, le Conseil a pris note que le poliovirus sauvage n'était plus endémique que dans quatre pays et que les 23 pays réinfectés par des poliovirus importés entre 2003 et 2005 étaient soit totalement soit quasiment exempts de la maladie. Le rapport précise, toutefois, que des engagements financiers flexibles sur plusieurs années seront nécessaires pour couvrir les besoins de financement du programme qui n'ont pas été satisfaits.

Le Conseil a axé ses débats sur le risque de propagation du poliovirus présent dans le nord du Nigéria. Le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R1 fournit aux Etats Membres exempts de poliomyélite des orientations en cas de détection des poliovirus circulants. Le Conseil a apporté un amendement au projet de résolution original en ajoutant un nouveau paragraphe (paragraphe 1) visant à insister sur l'importance primordiale de l'interruption de la transmission du poliovirus dans les quatre pays qui n'y sont pas encore parvenus ; en soulignant qu'il est important d'utiliser les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents appropriés dirigés contre le type de poliovirus détecté afin d'interrompre la transmission du poliovirus ; et en priant le Directeur général de faire rapport au Conseil en janvier 2007 sur les progrès accomplis.

Le Dr DUQUE III (Philippines) dit que son pays approuve l'administration de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents appropriés dans les pays où la maladie est toujours endémique, dans le cadre des activités de vaccination complémentaire. Il faut continuer à administrer les vaccins antipoliomyélitiques trivalents et oraux dans le cadre de la plupart des campagnes et des activités de vaccination systématique afin de protéger les enfants contre tous les types de poliovirus susceptibles d'être importés d'autres régions. Même si la réaction aux vaccins monovalents est plus forte que pour les vaccins trivalents chez les enfants vaccinés pour la première fois, il importe d'administrer à tous les enfants des vaccins efficaces et facilement disponibles si l'on veut interrompre la transmission. En dépit du succès apparent de l'éradication de la maladie, il est essentiel de pouvoir disposer facilement le moment venu des compétences techniques et du soutien financier nécessaires pour réagir en cas d'urgence, ainsi que des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents appropriés dirigés contre le type de poliovirus détecté.

Le Dr LASSMANN (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, dit que les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats à l'adhésion – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie – et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro – adhèrent à sa déclaration. Il félicite l'OMS des efforts qu'elle a déployés pour lutter contre la poliomyélite qui créent les conditions requises pour l'avènement d'un monde exempt de poliomyélite en dépit d'un petit nombre de flambées importantes. Les Etats Membres de l'Union européenne réaffirment leur plein appui en faveur de l'éradication de la poliomyélite et reconnaissent le rôle important joué par les réseaux d'éradication dont les structures peuvent servir à d'autres interventions sanitaires. L'évolution enregistrée en Inde et au Pakistan démontre que des interventions bien ciblées ont permis de réduire considérablement le nombre de cas ces dernières années et que la région pourrait bien être déclarée exempte de poliomyélite dans un proche avenir. Toutefois, l'incidence de la poliomyélite dans certains Etats du nord du Nigéria augmente sensiblement le risque de propagation du poliovirus sauvage. Le Dr Lassmann demande donc instamment à l'OMS de renforcer ses activités dans la région en organisant un nombre suffisant de tournées de vaccination de manière à interrompre la transmission du virus et à assurer une étroite surveillance de la couverture vaccinale.

Le Dr HOSSAIN (Bangladesh) soutient fermement le projet de résolution. Bon nombre de pays sont encore vulnérables à la poliomyélite et des efforts concertés sont nécessaires pour prévenir la

transmission du poliovirus sauvage et empêcher son importation. Le Bangladesh, qui est exempt de poliomyélite depuis cinq ans, a réagi rapidement à l'annonce d'un cas de poliovirus importé au début de 2006, en se conformant à la procédure décrite dans le projet de résolution.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite des progrès importants réalisés pour se rapprocher de l'éradication de la poliomyélite, en déplorant toutefois que le nombre de cas enregistrés dans les pays récemment touchés par le poliovirus importé soit plus élevé que dans les pays où la maladie est endémique. L'OMS et ses partenaires internationaux devraient par conséquent redoubler d'efforts pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage.

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela) dit que les pays et les organisations devraient faire davantage d'efforts pour aider les pays récemment touchés par le poliovirus importé et ceux dans lesquels la maladie est endémique afin de garantir le maintien de la couverture vaccinale, en particulier chez les enfants. L'un des problèmes majeurs est le manque de fonds disponibles pour financer le processus d'éradication. Le Venezuela cherche à instaurer une répartition plus équitable des ressources et à mettre fin aux spéculations financières liées à la vente des médicaments. Il exprime sa solidarité à tous les pays qui ne sont pas encore libérés de la maladie et leur demande instamment de poursuivre leurs efforts d'élimination, vu que la présence de cette maladie en quelque endroit que ce soit représente un danger pour tous. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr PECORARO (Italie) dit qu'en dépit des louables efforts réalisés ces cinq dernières années, la poliomyélite s'est avérée beaucoup plus difficile à éradiquer que la variole pour trois raisons principales : la forte proportion de cas subcliniques, l'existence d'une poliomyélite liée aux vaccins et les changements démographiques et politiques. Depuis quelques années, l'Italie soutient les efforts d'élimination financièrement et techniquement et elle continuera de le faire.

Le Dr ABEBE (Nigéria) dit que son pays ne ménage pas ses efforts pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage, en particulier dans le nord du pays, en appliquant sa nouvelle stratégie de vaccination et en renforçant ses activités de vaccination systématique, y compris l'organisation de tournées de vaccination porte à porte. Le pays a besoin d'urgence d'un soutien pour combler le déficit de financement de ses activités en 2006 et pour se procurer les fournitures nécessaires à la mise en oeuvre de la nouvelle stratégie de vaccination. Le Nigéria a approuvé le projet de résolution et assuré les Etats Membres de sa volonté d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage.

Le Dr ZOMBRE (Burkina Faso) dit que malgré les énormes progrès réalisés à l'échelle mondiale, il subsiste des poches de maladie. Bien que le Burkina Faso n'ait pas détecté un seul cas d'infection due au poliovirus sauvage depuis septembre 2004 et que la surveillance de la paralysie flasque aiguë soit considérée comme satisfaisante, les diverses stratégies d'éradication recommandées sont appliquées de façon rigoureuse. Le Burkina Faso appuie les recommandations visant à ce que les Etats dans lesquels le virus est endémique renforcent leur engagement à interrompre sa transmission. La communauté internationale devrait continuer à s'efforcer de mobiliser les fonds nécessaires pour mettre en oeuvre les activités requises dans les pays où la maladie est endémique comme dans les pays exposés à l'importation du virus.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la troisième séance, p. 39.)

La séance est levée à 17 h 50.

TROISIEME SEANCE

Mercredi 24 mai 2006, 9 h 40

Président : Dr A. RAMADOSS (Inde)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation : Point 11.17 de l'ordre du jour (document A59/23)

- **Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA54.12)**

S. A. R. la Princesse Muna AL-HUSSEIN (Jordanie), qui parraine les soins infirmiers et obstétricaux au nom de l'OMS, prend la parole à l'invitation du PRESIDENT pour présenter ses condoléances à l'occasion du décès du Directeur général.

Le défi que représente aujourd'hui la carence en ressources humaines pour la santé est immense. L'OMS estime que 57 pays manquent d'agents de santé, ce qui compromet la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le déficit mondial, estimé à 2,4 millions de médecins, infirmières et sages-femmes, est encore aggravé par l'inégalité de leur répartition dans pratiquement tous les pays, répartition qui se caractérise par une concentration urbaine et par des carences en milieu rural. Les infirmières et sages-femmes se heurtent à certaines difficultés, notamment le manque de formation et de compétences essentielles, des conditions de travail difficiles, des perspectives professionnelles et de carrière insuffisantes, des structures salariales inadaptées et le manque de reconnaissance sociale. Relever ces défis suppose un engagement politique ferme, des stratégies efficaces et des alliances diverses.

Les besoins des personnels de santé devraient figurer beaucoup plus haut dans les priorités des ministres de la santé, responsables des professions de santé et autres décideurs politiques. A la cinquante-deuxième session du Comité régional OMS de la Méditerranée orientale, en octobre 2005, la Princesse Al-Hussein a souligné qu'il était urgent d'examiner la situation des ressources humaines dans les soins infirmiers. Une planification intégrée des personnels soignants est nécessaire pour suivre l'offre et la demande, améliorer le recrutement et les affectations, fidéliser le personnel et étudier les régimes de travail. Elle se félicite de la présentation récente du Rapport sur la santé dans le monde, qui comprend un plan d'action répondant à certains de ces besoins.

L'amélioration des services infirmiers et obstétricaux est essentielle pour atteindre les objectifs de santé. La Jordanie, reconnaissant l'importance des soins infirmiers et obstétricaux, a renforcé leur rôle dans le développement sanitaire national et créé de nombreuses écoles et collèges d'infirmières. La Jordanie collabore étroitement avec d'autres pays de la Région de la Méditerranée orientale en matière de développement stratégique, de formation et de renforcement des capacités. Il faut agir pour planifier les ressources humaines, faire participer la profession infirmière à l'élaboration des politiques de santé, élever le niveau de l'enseignement infirmier, poursuivre le développement professionnel, améliorer les capacités de gestion et de direction des infirmières, et mettre en place des systèmes d'assurance de qualité et un cadre réglementaire pour la pratique des soins infirmiers et obstétricaux. Ces actions sont cohérentes avec les orientations stratégiques élaborées par le Secrétariat concernant les services infirmiers et obstétricaux. Les Etats Membres pourraient commencer à évaluer les suites données à la résolution WHA54.12 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux et débattre des moyens d'accélérer les initiatives nationales. La Princesse Al-Hussein les encourage à maintenir leurs investissements en faveur des services infirmiers et obstétricaux, et appelle instamment le

Secrétariat à appuyer ces services dans les Etats Membres, à leur fournir des ressources et à les promouvoir. Les systèmes de santé ne pourront s'améliorer en l'absence d'infirmières et de sages-femmes instruites, valorisées et convenablement rétribuées, et toutes les parties intéressées devraient coopérer pour relever ce défi.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la onzième séance, section 2, p. 179.)

Eradication de la poliomyélite : Point 11.2 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R1 et annexe 4, et A59/6) (suite de la deuxième séance)

M. HAGE CARMO (Brésil) dit que son pays a éliminé la transmission du poliovirus grâce à une campagne réussie de vaccination et de surveillance menée depuis les années 80. Il est cependant nécessaire de poursuivre la recherche et de maintenir la vaccination et la surveillance à des niveaux élevés pour atteindre l'objectif de l'éradication mondiale. L'OMS devrait formuler un plan pour la phase postéradication, concernant notamment l'introduction du vaccin intramusculaire dans les pays qui utilisent encore le vaccin oral et dans ceux où la poliomyélite autochtone a été éliminée depuis plus de vingt ans. Le risque de poliomyélite liée à la vaccination au Brésil, qui varie entre 1 cas pour 750 000 doses et 1 cas pour 4 millions de doses, est à prendre en compte.

Le Brésil se prononce en faveur de l'objectif visant à éliminer le poliovirus autochtone dans le monde entier et s'emploie non seulement à maintenir les acquis, mais aussi à aider d'autres pays. M. Hage Carmo propose que, au paragraphe 2.1) du projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R1, soient insérés entre deux virgules les mots « en cas de besoin » avant « en demandant ».

Le Dr BALAGUER CABRERA (Cuba) rappelle que l'éradication de la poliomyélite dans son pays remonte à 1962. La stratégie d'éradication de l'OMS s'est avérée payante. Le rapport fait état de progrès satisfaisants en Asie, mais non en Afrique subsaharienne, spécialement dans le nord du Nigéria qui apparaît comme le seul réservoir au monde de poliovirus de types 1 et 3. Un nouveau plan stratégique a été lancé pour la période 2004-2008, avec quatre objectifs majeurs : interrompre la transmission, enregistrer les progrès de l'éradication mondiale, formuler une politique pour la période postéradication et intégrer les infrastructures d'éradication de la poliomyélite aux activités générales de santé. Le remplacement du vaccin oral par le vaccin inactivé, environ dix fois plus coûteux, suppose un niveau de financement élevé pour assurer une couverture à 95 % dans les pays les plus pauvres. En collaboration avec l'OMS et l'OPS, Cuba a mené des recherches sur les vaccins antipoliomyélitiques inactivés, lesquelles ont fait apparaître des taux de séroconversion élevés pour les trois types de poliovirus dans des programmes de vaccination à 6-10 et 14 semaines ou à 2 et 4 mois : c'est là une constatation d'importance pour ceux des pays en développement qui ne sont pas encore passés du vaccin oral au vaccin inactivé. Il serait nécessaire de disposer de laboratoires de haute sécurité pour garantir le confinement du poliovirus sauvage puisque, sachant que le vaccin inactivé n'assure aucune protection au contact d'une personne vaccinée par voie orale, toute fuite entraînerait des conséquences catastrophiques.

Le Dr Balaguer Cabrera appuie le projet de résolution, mais fait remarquer que les Etats les plus pauvres devront recevoir une aide technique et financière suffisante pour assurer les mesures de confinement biologique qui s'imposeraient en cas de détection de poliovirus en circulation dans des zones exemptes de poliomyélite.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, indique qu'en 2004 12 pays africains ont signalé et confirmé des cas de transmission du poliovirus de type sauvage. A la fin de 2005, la transmission pandémique a été interrompue au Niger, mais quatre pays précédemment exempts de poliomyélite, l'Angola, le Cameroun, l'Erythrée et l'Ethiopie, ont enregistré des importations de poliovirus de type sauvage. Le ferme engagement politique de la Région en faveur de l'éradication de la poliomyélite a été réaffirmé

lors du Sommet des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine (Abuja, 30-31 janvier 2005). De nombreux pays africains ont organisé des journées nationales de vaccination, au cours desquelles 100 millions d'enfants ont reçu des doses de rappel de vaccin antipoliomyélique oral. Quarante et un des 46 pays de la Région ont maintenu le niveau de surveillance de la paralysie flasque aiguë requis pour la certification, et la Commission africaine de Certification a étudié et accepté la documentation d'exemption de la poliomyélite communiquée par neuf pays exempts de la maladie depuis trois ans. Les pays continuent à renforcer la vaccination systématique par l'approche « atteindre tous les districts », conformément à l'objectif initial de la stratégie d'éradication de la poliomyélite, c'est-à-dire une couverture d'au moins 80 % par la vaccination de routine. De nombreux pays ont adopté cette approche avec succès, dont celui de l'orateur où aucun cas de transmission du poliovirus de type sauvage n'a été enregistré depuis 1996. Bien que le nord du Nigéria demeure un réservoir de poliovirus de types 1 et 3, les cas se limitent à de petits foyers. Le Gouvernement du Nigéria fait tout son possible pour éliminer la transmission du poliovirus dans le cadre de son initiative « Immunization Plus ».

En dépit de ces réalisations, plusieurs facteurs pourraient avoir un effet négatif sur les activités d'éradication, notamment la transmission du poliovirus de type sauvage, l'insuffisance de la couverture en vaccination de routine, la faiblesse des capacités de surveillance, les mouvements de population transfrontières, l'ignorance et les idées fausses, l'insuffisance des ressources financières ou les disponibilités restreintes de vaccins au niveau mondial. La présence de réfugiés en grand nombre pourrait elle aussi compromettre les résultats obtenus.

Les pays africains expriment leur reconnaissance aux partenaires qui leur ont procuré des vaccins. Toutefois, ils auront encore besoin du soutien de la communauté internationale pour poursuivre leurs activités d'éradication de la poliomyélite en vue de mettre en oeuvre la nouvelle stratégie consistant à réduire sensiblement avant la fin de 2006 la transmission du poliovirus de type sauvage et à améliorer la vaccination de routine. Faute de ce soutien, les acquis mondiaux, régionaux et nationaux pourraient être compromis. Le Professeur Mwakiyusa appuie le projet de résolution.

Le Dr CHEW Suok Kai (Singapour) salue les initiatives de l'OMS visant à l'éradication mondiale de la poliomyélite et les immenses efforts consentis par les pays où la maladie est endémique pour interrompre la transmission du poliovirus de type sauvage. Au fil des années, Singapour est devenu un centre régional et international pour les traitements médicaux, qui attire de nombreux patients étrangers. C'est ainsi qu'en avril 2006 un enfant en provenance d'un pays africain, qui avait apparemment reçu une série complète de vaccins antipoliomyélitiques, s'est rendu à Singapour afin d'être soigné pour une faiblesse des membres inférieurs. Le cas a rapidement été détecté par le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë et le poliovirus de type sauvage a été identifié. L'enfant, infecté hors de Singapour, a été traité et a regagné son pays d'origine. Le risque de transmission du poliovirus est en l'occurrence resté minime, car, à Singapour, le taux de couverture vaccinale de routine chez l'enfant est très élevé, de même que les conditions d'hygiène et l'assainissement. Toutefois, la situation pourrait se présenter différemment dans d'autres pays où il existe un risque d'importation et de transmission du poliovirus de type sauvage. Aucun pays ne sera à l'abri de cette terrible maladie avant qu'elle n'ait été éliminée dans tous les pays. Le Dr Chew appuie donc fortement le projet de résolution, mais demande que soit ajouté, après le paragraphe 3.3), un nouveau paragraphe dans lequel le Directeur général serait prié de continuer à anticiper d'autres risques susceptibles de faire obstacle à l'éradication de la poliomyélite à court terme et à long terme, et de proposer un mécanisme de gestion de ces risques au Conseil exécutif à sa session de janvier 2007.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) attribue à la coopération les immenses progrès effectués. Pourtant, alors que l'objectif d'une éradication mondiale était en vue, la suspension de la vaccination dans certaines parties de l'Afrique et l'arrêt des campagnes de vaccination dans les pays sans cas nouveaux ont conduit à la réémergence de la maladie dans des pays qui avaient déjà entamé le processus de certification. Les poches subsistantes de la maladie constituent une menace réelle pour

tout ce qui a été accompli à ce jour. Réunir les financements nécessaires pour parachever l'éradication de la poliomyélite exige un engagement de la part de la communauté internationale et des pays donateurs.

En 2004, le poliovirus a été importé d'Afrique de l'Ouest et s'est propagé à de nombreux Etats du Soudan en suivant la route historique habituelle des épidémies dans ce pays, celle que suivent les travailleurs migrants et les pèlerins. La riposte du Gouvernement a été prompte et efficace : la surveillance a été renforcée, des journées nationales de vaccination ont été organisées avec une couverture de près de 100 %, des campagnes de ratissage ont été menées et le programme élargi de vaccination de routine amélioré. Le Dr Botros Shokai approuve sans réserve le projet de résolution.

M. SHARMA (Inde) se dit favorable au projet de résolution et affirme le plein engagement de son pays en faveur d'un programme d'éradication de la poliomyélite qui a obtenu des résultats encourageants au cours des cinq dernières années, grâce à des activités de vaccination supplémentaires stratégiquement planifiées et à une surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë. Plus de 20 000 cas ont été enregistrés au début du programme, mais ce chiffre a chuté à 66 en 2005. En termes de propagation géographique, le nombre de districts touchés est passé de 159 à 14, avec des poches dans l'ouest de l'Uttar Pradesh et au Bihar. Le poliovirus de type 2 n'a pas été signalé depuis 1999 et celui de type 3 n'a été découvert que dans un district ; cette répartition a permis d'employer un vaccin monovalent fortement immunogène. Plusieurs journées de vaccination nationales et infranationales ont été organisées ces dernières années. Les deux journées nationales les plus récentes ont concerné 170 millions d'enfants à chaque tournée. Cinq millions d'enfants en transit ont également été vaccinés en 2005. La vaccination de routine a été intensifiée, en particulier dans les Etats de l'Uttar Pradesh et du Bihar, et des camps de santé sont organisés chaque mois dans les 700 000 villages du pays. Quatre tournées infranationales de vaccination sont prévues entre juin et novembre 2006. Tous les indicateurs confortent le Gouvernement dans sa conviction que l'Inde sera en mesure de diviser par deux la transmission du poliovirus.

Le Dr IMAMECIOGLU (Turquie) souligne que si l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite rend possible l'avènement d'un monde exempt de poliomyélite, beaucoup reste à faire. Le Gouvernement turc maintiendra son appui à l'initiative au sein de l'Organisation de la Conférence islamique et poursuit ses activités d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) relève les immenses progrès accomplis depuis la résolution WHA41.28. Toutefois, des défis importants subsistent. L'objectif initial d'une éradication complète à l'horizon 2000 n'a pas été atteint, pas plus que l'objectif pour 2005 fixé par le plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (2000). Les caractéristiques actuelles de la transmission du poliovirus de type sauvage et les importations du virus dans des pays auparavant exempts de poliomyélite mettent à nouveau l'objectif pour 2008 hors d'atteinte. L'Assemblée de la Santé, en consultation avec le Comité consultatif sur l'Éradication de la Poliomyélite, devrait fixer une nouvelle date pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. La communauté sanitaire internationale devrait abandonner toute idée que l'éradication de la maladie ne constituerait un enjeu que pour les pays où elle est endémique. Le Comité consultatif a recommandé que la vaccination antipoliomyélitique orale soit interrompue une fois obtenue la certification de l'éradication mondiale de la maladie, après quoi les orientations de politiques font défaut. L'OMS devrait entreprendre au plus vite l'élaboration de telles lignes directrices. L'Assemblée de la Santé devrait en outre examiner si les pays qui utilisent des vaccins oraux auraient besoin d'un appui financier afin de pouvoir se procurer eux aussi des vaccins injectables. Il conviendrait de lancer un processus de collecte de fonds pour l'achat de vaccins antipoliomyélitiques injectables par les pays qui utilisent des vaccins oraux, afin que les choix des politiques vaccinales après certification soient fondés sur le risque perçu plutôt que sur les coûts. Ce sont en effet les pays en développement d'endémie récente, aux faibles ressources, utilisant des vaccins oraux, qui, après la certification mondiale, seront les plus exposés au risque d'infection par le poliovirus. Le Dr Tshabalala-Msimang

soutient l'appel visant l'accélération des activités d'éradication de la poliomyélite et estime que tous les Etats Membres devraient réaffirmer leur engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans le monde entier.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) rend hommage au travail sans relâche effectué par l'OMS et ses partenaires en vue de l'éradication de la poliomyélite. Le Gouvernement du Japon a réagi à la réintroduction en Indonésie du poliovirus de type sauvage et à l'apparition au Cambodge d'un virus dérivé de la souche vaccinale, deux pays qui étaient auparavant exempts de poliomyélite, en appuyant des activités de riposte rapide et des vaccinations supplémentaires. Le Japon est attaché à une éradication à long terme et s'efforce d'assurer que la Région du Pacifique occidental demeure exempte de poliomyélite. L'OMS pourrait fixer une nouvelle année d'échéance et préparer une nouvelle feuille de route, comme l'a suggéré le délégué de l'Afrique du Sud. Il est également nécessaire d'établir un nouvel objectif pour le confinement du virus en laboratoire. Bien que l'emploi de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents ait permis d'interrompre la transmission du virus, il n'est pas toujours possible aux pays exempts de poliomyélite d'administrer rapidement le vaccin en cas de réintroduction du poliovirus. Pour choisir une formule de vaccin, divers facteurs sont à prendre en compte, notamment l'épidémiologie de l'épisode, la disponibilité des vaccins, la capacité de riposte et les problèmes de réglementation dans les pays touchés. Le Gouvernement du Japon est attaché à l'éradication mondiale de la poliomyélite, telle qu'elle figure dans le projet de résolution. Il propose toutefois, au paragraphe 2.2), d'insérer les mots « ou une autre composition vaccinale s'il y a lieu » après « le type de poliovirus détecté ».

Le Dr MOHAMMAD (Oman) remercie l'OMS pour avoir fourni en temps opportun des stocks de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents qui ont largement contribué au succès de l'éradication de la maladie dans son pays. Il appelle instamment l'Organisation à renforcer son action dans les pays où le poliovirus demeure endémique, particulièrement en Afghanistan et au Pakistan. Bien que des millions de dollars aient été dépensés pour interrompre les flambées et tenter d'éradiquer le poliovirus, il reste à trouver une solution pour prévenir sa réapparition. Dans la préparation des stratégies de prévention, l'expérience des autres Régions de l'OMS est à prendre en compte, notamment en ce qui concerne l'efficacité des campagnes de vaccination des enfants. Le Dr Mohammad appuie le projet de résolution.

Le Dr AHMED (Pakistan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, indique que, à la suite du programme d'éradication mené dans la Région, l'Egypte a été déclarée exempte de poliomyélite deux ans après que le dernier cas ait été confirmé en mai 2004. Dans les deux derniers pays où la maladie est endémique, l'Afghanistan et le Pakistan, la transmission du virus est géographiquement et génotypiquement limitée. Cependant, la Région a essuyé un sérieux revers au cours des deux années écoulées, en raison de l'importation de poliovirus d'autres pays. Des épidémies se sont produites en Somalie, au Soudan et au Yémen, qui étaient exempts de la maladie depuis de nombreuses années. Avec l'appui de leurs partenaires, le Soudan et le Yémen sont parvenus à arrêter l'épidémie, moyennant des efforts et des dépenses considérables. La Somalie s'efforce elle aussi de maîtriser son épidémie pour retrouver son statut d'Etat exempt de poliomyélite. Il règne dans la Région une grande inquiétude quant au risque élevé d'une réinfection par le poliovirus de type sauvage réimporté d'autres pays. Ce risque restera présent tant que la situation au Nigéria demeurera inchangée. Le Bureau régional surveille attentivement le réservoir à l'origine des précédentes importations. Les nombreux cas de poliomyélite signalés au premier trimestre 2006 suscite de fortes préoccupations, puisqu'il représente plus du triple de celui de 2005, et un accroissement important par rapport à 2004, année de l'importation. En conséquence, les pays touchés ont organisé de nombreuses journées nationales de vaccination, au prix de millions de dollars, mais, plus grave encore, un millier d'enfants ont été frappés d'invalidité. Le Dr Ahmed appelle les pays où la poliomyélite reste endémique à accentuer leurs efforts pour atteindre une couverture vaccinale de 95 % au niveau national. L'OMS devrait leur prêter assistance pour parvenir à une

éradication mondiale de la poliomyélite avant la fin de 2006. Les Etats Membres de la Région appuient pleinement le projet de résolution.

Le Dr CAMARA (Guinée) constate que la poliomyélite, jadis redoutable et meurtrière, est devenue une maladie rare. Toutefois, le poliovirus circule encore et le risque de propagation demeure à partir de pays d'endémie. En Guinée, aucun cas de poliomyélite n'a été signalé depuis 2004, mais le pays court toujours un risque de réinfection à partir des pays voisins. Avec l'appui général des donateurs, il est possible d'éradiquer la maladie. La Guinée elle-même se propose de maintenir un taux de couverture vaccinale supérieur à 80 %. Elle entend également maintenir les indicateurs de performance de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, renforcer ses capacités épidémiologiques, et organiser des campagnes de ratissage si un nouveau cas de poliovirus de type sauvage venait à se présenter. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr YUSHARMEN (Indonésie) appuie le projet de résolution. L'éradication de la poliomyélite fait toujours partie des premières priorités sanitaires de l'Indonésie, depuis qu'en 1995 le pays a été déclaré exempt de poliomyélite. Toutefois, l'Indonésie est confrontée à un risque de réinfection à la suite d'une importation de poliovirus dans la province de Java Ouest en 2005 et de la propagation de la maladie à d'autres zones. Après un premier programme de vaccination en riposte à la flambée, deux tournées de vaccination de ratissage ont été conduites dans les provinces voisines. Sur la recommandation du groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite, trois journées nationales de vaccination ont été organisées en 2005 et deux autres en 2006, pour atteindre un taux de couverture vaccinale approchant les 100 %. Depuis le 1^{er} janvier 2006, deux cas de poliomyélite ont été signalés, avec apparition de la paralysie dans le deuxième cas à la mi-février. L'Indonésie prévoit de mener, s'il y a lieu, des opérations de ratissage en 2006, afin de retrouver et de conserver un statut d'éradication. Au cours de la flambée actuelle, la surveillance de la paralysie flasque aiguë a été considérablement renforcée. Le Dr Yusharmen exprime sa reconnaissance aux pays, aux organismes internationaux et aux autres donateurs qui ont apporté leur soutien pendant la dernière flambée.

M. ABOUBAKER (Djibouti) rappelle que Djibouti a été certifiée exempte de la poliomyélite en 1999. Toutefois, face à la réapparition de la transmission du poliovirus de type sauvage dans plusieurs pays limitrophes, une série de campagnes de vaccination ont été réalisées. L'accent doit être mis en priorité sur les pays d'endémie, mais plus spécialement sur les pays touchés par les guerres où les systèmes de santé sont désorganisés, voire inexistant, pour atteindre l'objectif de vacciner tous les enfants du monde. Les systèmes de surveillance épidémiologique doivent être renforcés en associant les communautés, afin de pouvoir détecter à temps les nouveaux cas de paralysie flasque aiguë. La vaccination de routine doit être renforcée dans le cadre de l'amélioration des systèmes de soins de santé primaires, ce qui permettrait de gérer la phase de postéradication avec les maigres ressources disponibles.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) dit que la transmission du poliovirus autochtone s'est sensiblement réduite dans la plupart des pays où la poliomyélite est endémique dans les régions touchées. La fréquence des importations de poliovirus de type sauvage dans les pays exempts de poliomyélite d'Afrique et d'Asie est un sujet de préoccupation. Tous les pays doivent rester vigilants, aussi proche que soit l'éradication de la poliomyélite. Un engagement politique de haut niveau, une action communautaire et une étroite collaboration intersectorielle, ainsi que la solidarité mondiale et la coopération internationale sont autant de facteurs nécessaires. En Iran, où la circulation du poliovirus autochtone a été interrompue en 1997, aucune importation de poliovirus de type sauvage n'a eu lieu depuis décembre 2000. Toutefois, malgré des taux très élevés de vaccination de routine et de vaccination supplémentaire par le vaccin antipoliomyélitique oral et un système de surveillance sensible de la paralysie flasque aiguë, le pays reste vigilant à l'égard des risques d'importation de poliovirus de type sauvage provenant de pays voisins où la poliomyélite est

endémique. Le problème d'importation pourrait être résolu rapidement et efficacement, mais le danger demeure que les communautés ne perdent en confiance et en assurance.

Le Dr MELNIKOVA (Fédération de Russie) salue l'action menée par l'OMS pour éradiquer la poliomyélite, qui ne reste endémique que dans quatre pays. Vu la possibilité d'importation de poliovirus de type sauvage à partir de ces pays, les pays indemnes doivent poursuivre la vaccination de routine et supplémentaire contre la maladie, organiser une surveillance épidémiologique de haute qualité et améliorer le maillage des laboratoires jusqu'à ce que l'objectif d'éradication soit atteint. Elle appuie le projet de résolution.

M. HEIBY (Etats-Unis d'Amérique) reconnaît les immenses progrès accomplis par plusieurs pays touchés, mais constate qu'au Niger persiste un risque d'importation de poliovirus de type sauvage provenant du nord du Nigéria, et qu'il est nécessaire de maintenir au Niger le degré de couverture vaccinale le plus élevé. L'action en vue de l'éradication doit se poursuivre. Il salue la riposte des pays et des organisations internationales aux flambées de poliomyélite trouvant leur origine au Nigéria. Les Gouvernements de l'Egypte et de l'Inde ont également déployé des efforts extraordinaires, avec l'OMS et l'UNICEF, pour que puissent être développés, agréés et utilisés dans les plus brefs délais des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents, qui ont permis d'interrompre ou de réduire considérablement la transmission du virus dans les principales zones d'endémie. Dans les derniers stades de l'éradication de la maladie, tous les pays devraient réduire le risque d'importation et s'assurer qu'ils sont en mesure de détecter rapidement le virus de la poliomyélite en circulation et d'y riposter efficacement. La volonté politique est essentielle pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination supplémentaire, étendre la couverture en vaccination de routine et renforcer la surveillance. La nouvelle menace engendrée par la propagation du poliovirus de type sauvage exige une surveillance permanente de la situation. Une fois la poliomyélite éradiquée, elle devra figurer sur la liste des maladies pour lesquelles une notification immédiate est exigée en vertu du Règlement sanitaire international (2005). M. Heiby appelle instamment tous les pays à en adopter immédiatement, sur une base volontaire, les modalités de notification et à coopérer pleinement aux dernières étapes de la campagne internationale d'éradication de la maladie.

Son pays appuie sans réserve le projet de résolution et souhaite figurer parmi les auteurs. Il suggère de remplacer, au paragraphe 2.3), « tous les enfants » par « deux à cinq millions d'enfants ».

Le Dr XIAO Donglou (Chine) se prononce en faveur des propositions et stratégies présentées dans le rapport. Le Gouvernement de la Chine attache une grande importance au programme élargi de vaccination visant les enfants, qui sera gratuit. Les financements qui y sont consacrés se sont accrus et, depuis de nombreuses années, le taux de vaccination des enfants est supérieur à 85 %. Il ne s'est produit en Chine aucune épidémie due au poliovirus de type sauvage depuis 2000, en dépit de la menace persistante que font peser des pays et territoires voisins. La Chine compte intensifier ses programmes de vaccination antipoliomyélitique et améliorer sa surveillance de la paralysie flasque aiguë, du fait en particulier que la poliomyélite demeure endémique dans quelques pays. Il appelle tous les pays à adopter des mécanismes communs de prévention, de lutte et de notification. L'OMS devrait renforcer son appui technique aux pays et territoires où la poliomyélite est présente. Il conviendrait de mettre en place un système permettant d'évaluer les risques de transmission de la maladie.

Le Dr KAGGWA (Ouganda) dit que son pays est très attaché à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et qu'aucun cas n'y a été signalé depuis neuf ans. Au cours des dix dernières années, le Gouvernement a multiplié les campagnes de vaccination de routine et supplémentaire. La couverture vaccinale des nourrissons est passée de 57 % en 2000 à 84 % en 2005. Des programmes de vaccination supplémentaire ont été menés chaque année sur la période 1996-1999.

Depuis lors, ils se sont concentrés sur les districts à haut risque limitrophes du Kenya, de la République démocratique du Congo et du Soudan. Sur huit journées de vaccination, le taux de couverture a atteint 90 %.

Dans sa surveillance nationale de la paralysie flasque aiguë, l'Ouganda a satisfait aux indicateurs de l'OMS au cours des trois dernières années et prépare une documentation qu'il entend soumettre en octobre 2006 à la Commission régionale africaine de Certification. La menace d'importation du poliovirus est réelle, et le pays dispose d'un plan de préparation et de riposte. L'insécurité qui prévaut dans certaines parties du pays compromet à la fois le maintien d'une couverture élevée par des vaccins antipoliomyélitiques oraux et celui d'une surveillance efficace. La chute brutale du financement des activités liées à la poliomyélite et les fluctuations mondiales dans la disponibilité des vaccins antipoliomyélitiques représentent d'autres contraintes. L'Ouganda recommande que soit effectuée en 2006 une tournée de la campagne nationale de vaccination antipoliomyélitique et sollicite un appui en vue de la financer. Le Dr Kagawa appuie le projet de résolution.

Le Professeur HORVATH (Australie) appuie lui aussi le projet de résolution. Même si l'éradication mondiale de la poliomyélite est possible, le rapport indique clairement qu'elle supposera pour la période 2006-2008 une volonté politique et des financements supérieurs. Il appelle instamment le Nigéria à prendre les mesures énoncées afin d'interrompre la transmission du virus. L'Australie a apporté une contribution importante à l'éradication, avec des dons de AU \$500 millions à l'OMS en 2006 pour le programme mondial, de AU \$7,6 millions au Rotary International au titre de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et de AU \$3,45 millions au total depuis avril 2005 pour arrêter la propagation de la poliomyélite en Indonésie. L'importation de poliovirus vivant dans ce pays a mis en lumière la nécessité de rester vigilant et de maintenir des taux de vaccination élevés. La Région du Pacifique occidental a été déclarée exempte de poliomyélite, mais la région du Pacifique dans son ensemble demeure vulnérable à des maladies évitables par la vaccination. Certains pays de cette Région auront peut-être besoin de soutien pour mettre en oeuvre des campagnes de vaccination en cas de détection de poliovirus importé.

Le Professeur BELLA ASSUMPTA (Cameroun) indique que la circulation du poliovirus de type sauvage a été interrompue dans son pays pendant trois ans. Malheureusement, des cas importés ont été signalés depuis 2003. Les campagnes nationales de vaccination ont repris, synchronisées avec celles menées dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest. Le Cameroun a renforcé son système de surveillance et mène des campagnes de vaccination le long de ses frontières.

Elle appuie le projet de résolution, mais s'inquiète de l'absence d'une recommandation concernant les options à long terme de la politique de vaccination (paragraphe 7 du rapport). Le Secrétariat devrait faire des propositions aux pays sur la question de l'arrêt éventuel de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral.

Le Dr EL SAYED (Egypte) salue l'action constante de l'OMS en vue de l'éradication de la poliomyélite. Le dernier cas signalé de poliomyélite en Egypte remonte à mai 2004. Par la suite, des campagnes de vaccination ont été menées au niveau du pays, avec entre autres une série de visites porte à porte. Des campagnes de vaccination de routine, menées à l'aide de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents, ont couvert 95 % du territoire. Un appui supplémentaire est nécessaire pour combattre la poliomyélite en Afrique, qui est le continent le plus touché. Les dirigeants politiques, communautaires et religieux devraient être incités à mettre leur autorité au service des campagnes de vaccination.

M. CHO Do-yeon (République de Corée) dit que maintenir le statut d'exemption de la poliomyélite dont jouit la Région du Pacifique occidental constitue la principale priorité de la politique de santé de son pays. Celui-ci a joué un rôle actif dans les programmes OMS de contrôle de qualité pour les laboratoires spécialisés dans les poliovirus, y compris pour la surveillance de la paralysie

flasque aiguë et l'accréditation des laboratoires. Il participe aussi activement à la recherche mondiale conjointe sur les poliovirus et autres entérovirus, grâce à un financement du Gouvernement visant à améliorer les capacités de détection précoce et de recherche. Depuis 2005, le pays utilise des vaccins antipoliomyélitiques inactivés afin d'éviter les effets indésirables provoqués par les vaccins antipoliomyélitiques vivants atténués. A l'avenir, les poliovirus de type sauvage et les souches vaccinales seront rapidement détruits, comme le recommande l'OMS. Le pays participe activement à l'action mondiale d'éradication, et sollicite le soutien et l'assistance de l'OMS pour poursuivre la mise en oeuvre de ses programmes d'éradication de la poliomyélite.

M. ANUTIN CHARNVIRAKUL (Thaïlande) attire l'attention sur le risque de propagation internationale des poliovirus de type sauvage. Les mesures prises par l'OMS et d'autres partenaires pour le développement, notamment l'UNICEF, ont permis d'éviter qu'ils ne progressent encore, moyennant un coût de plus de US \$300 millions. L'orateur propose plusieurs amendements au projet de résolution. Au cinquième alinéa du préambule, il conviendrait d'insérer « en 2005 » après « la plupart des cas nouveaux », et d'ajouter ensuite un nouvel alinéa qui se lirait ainsi : « Notant avec préoccupation qu'il reste US \$485 millions à financer pour les activités prévues pendant la phase de ratissage et de certification entre 2006 et 2008 ». Il conviendrait d'ajouter un nouveau paragraphe 2.5) qui se lirait comme suit : « en maintenant une couverture d'au moins 80 % par l'administration systématique du vaccin antipoliomyélitique oral et une surveillance très sensible de la maladie ».

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord), appuyant le projet de résolution, dit qu'il subsiste deux obstacles majeurs à l'éradication de la poliomyélite. Il est urgent de trouver des financements. Le Royaume-Uni a récemment engagé US \$70 millions en faveur de l'initiative mondiale d'éradication pour la période biennale en cours, portant ainsi sa contribution totale à US \$600 millions. Il appelle les autres pays à accroître leurs propres contributions à l'initiative. Le second obstacle, et le plus grave, est celui de la situation dans le nord du Nigéria. Les autorités du Nigéria ont besoin d'appui pour la mise en oeuvre de leur stratégie révisée ; les progrès devront être évalués après l'achèvement de la phase pilote, plus tard dans l'année.

Le Dr CAMPBELL (Nouvelle-Zélande) est lui aussi favorable au projet de résolution. Au paragraphe 1 de la version anglaise, il propose de remplacer le verbe « foster » par « act on » (sans objet en français).

Le Dr MOETI (Botswana) félicite l'OMS et ses partenaires de soutenir les pays africains dans leur combat contre la poliomyélite. Confronté à une importation de poliovirus en 2003 (et l'ayant par la suite éliminé), le Botswana apprécie l'appui technique de l'OMS à sa juste valeur. En dépit d'une importation en 2004, le pays satisfait aux critères d'exemption de la poliomyélite, et son rapport de documentation soumis en octobre 2005 à la Commission régionale africaine de Certification a été accepté. Le Botswana doit conserver ce statut afin que l'objectif d'une certification d'exemption pour toute la Région puisse être atteint. Le Botswana espère que l'appui de l'OMS et des autres partenaires se poursuivra pour combattre la transmission du poliovirus autochtone de type sauvage et renforcer les activités de surveillance et de lutte dans les Etats Membres qui sont actuellement exempts de la maladie.

M. ASLANYAN (Canada) approuve les actions préconisées dans le rapport. L'éradication doit reposer sur la double stratégie d'un financement suffisant et d'une volonté politique ferme tant de la part des donateurs que de celle des pays touchés. Les progrès d'ensemble sont encourageants, mais la propagation internationale du virus dans des zones auparavant exemptes de poliomyélite et son incidence croissante au Nigéria sont des sujets d'inquiétude. Le Canada soutient la résolution proposée et encourage le Secrétariat à continuer de collaborer étroitement avec les Etats Membres pour sa mise en oeuvre.

Le Dr OTTO (Palaos) indique que le dernier cas de poliomyélite dans son pays remonte à 1968. Le taux actuel de vaccination des enfants contre toutes les maladies évitables par la vaccination y varie entre 95 % et 98 %. Il salue le rôle joué par Rotary International et l'UNICEF dans l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi que le Bureau régional du Pacifique occidental pour son assistance constante aux Etats Membres afin que la Région demeure exempte de poliomyélite. Les Palaos appuient le projet de résolution, avec les amendements proposés par les délégués du Japon et de la Nouvelle-Zélande.

M. RUÍZ MATUS (Mexique), se félicitant de l'action menée par l'OMS pour interrompre la transmission du poliovirus, explique que le Mexique se prépare à la certification d'éradication de la poliomyélite et cesse d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral, qui sera remplacé en 2007 par un vaccin inactivé acellulaire pentavalent. Il continuera d'employer le vaccin antipoliomyélitique oral lors des campagnes de vaccination de masse menées au cours des semaines nationales de la santé. Le Mexique est déterminé à maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale et de surveillance, et à confiner et détruire les échantillons de poliovirus de type sauvage qui sont stockés sous haute sécurité dans son laboratoire central. M. Ruíz Matus approuve le projet de résolution.

M. AL-QUTAMI (Emirats arabes unis) dit que son pays maintient sa contribution à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, bien qu'il soit exempt de la maladie depuis 1974 et que ce statut ait été certifié. Il est résolu à préserver ce statut, dans la phase postcertification, par la surveillance et la prévention, pour lesquelles l'appui des laboratoires sera important. Des rapports trimestriels et annuels seront soumis au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Une nouvelle campagne de prévention a été lancée en mai-juin 2005, ainsi qu'un plan d'urgence pour riposter à toute nouvelle flambée de poliomyélite. M. Al-Qutami salue la contribution du Bureau régional aux actions d'éradication de la poliomyélite et apporte son soutien au projet de résolution.

La séance est levée à 11 h 30.

QUATRIEME SEANCE

Mercredi 24 mai 2006, 15 h 15

Président : Dr A. RAMADOSS (Inde)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Eradication de la poliomyélite : Point 11.2 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R1 et annexe 4, et A59/6) (suite)

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) souligne la nécessité de maintenir une surveillance de qualité et propose d'ajouter au préambule, en avant-dernière position, un nouvel alinéa qui se lirait comme suit : « Notant enfin l'importance de systèmes de surveillance de qualité dans les pays où la poliomyélite a été éradiquée ».

Le Dr ST JOHN (Barbade), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que, même si la Région des Amériques a été certifiée exempte de poliomyélite en 1991, les pays de la zone des Caraïbes comptent rester vigilants. Ils demandent donc instamment que leur soit fournie, au titre du fonds de roulement, une quantité adéquate de vaccin oral trivalent contre la poliomyélite. Au vu du grand nombre de voyageurs qui viennent dans les Caraïbes et en repartent, et compte tenu du fait que la région accueillera en 2007 la Coupe du monde de cricket, des vaccins monovalents et oraux de types 1 et 3 contre la poliomyélite devront être disponibles à un prix abordable afin de prévenir toute flambée de poliomyélite due à un virus dérivé de la souche vaccinale. La Barbade appuie pleinement le projet de résolution tel qu'il a été amendé par la Nouvelle-Zélande.

Le Dr AZIZ (Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT au nom du Rotary International, rend hommage à l'engagement des hauts responsables de la santé pour l'avènement d'un monde sans poliomyélite. Rotary International soutient les actions visant à protéger tous les enfants contre ce fléau et a déjà affecté près de US \$600 millions à cette fin, en octroyant des subventions pour que les fonds soient immédiatement disponibles dès que survient une flambée épidémique. Les autres donateurs devraient agir de même. Les membres du Rotary International ont consacré beaucoup de temps à vacciner des enfants dans de nombreux pays et vont poursuivre leur action. Les gouvernements ont coopéré en synchronisant leurs campagnes de vaccination en vue d'éviter la propagation transfrontières du virus. Il ne reste que quatre pays où la poliomyélite est encore endémique, et Rotary International en appelle aux Gouvernements de l'Afghanistan, de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan pour qu'ils s'engagent pleinement dans l'éradication du virus. Tant que la transmission perdurera dans ces pays, la menace d'une propagation à tous les pays exempts de poliomyélite subsistera.

Le Dr HEYMANN (représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) estime que les observations des Membres et le soutien ferme et constant des pays du G8, de l'Organisation de la Conférence islamique, de l'Union africaine et des pays où la poliomyélite est encore présente confirment la volonté collective de garder le cap jusqu'à ce que l'objectif de l'éradication soit atteint. Tant que la maladie subsistera dans un seul pays, tous les pays courront un risque ; le Directeur général, dans sa circulaire du 27 avril 2006, a avisé tous les pays de la persistance de ce risque et de la nécessité de maintenir une couverture vaccinale élevée. Les amendements proposés ont renforcé le projet de résolution.

Les vaccins antipoliomyélitiques monovalents oraux, qui sont utilisés depuis un an, ont fait la preuve de leur efficacité ; un récent essai comparatif a montré qu'il est possible de doubler le nombre

des enfants protégés après une première dose. Des vaccins monovalents sont actuellement employés dans tous les pays où sévit la poliomyélite, et des stocks sont en cours de constitution afin de soutenir les pays en cas de flambée. Le Secrétariat poursuit sa collaboration avec les Etats Membres en vue de rechercher de nouveaux moyens d'utiliser des vaccins antipoliomyelitiques inactivés, y compris à usage intradermique, pour réduire les doses nécessaires et donc les coûts. De nouvelles directives sur l'utilisation du vaccin antipoliomyelitique inactivé ont récemment été publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, et une stratégie d'arrêt de la vaccination orale est à l'étude afin d'assurer le maintien d'un monde sans poliomyélite.

Le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite, lors de sa réunion d'octobre 2006, fera des recommandations au Directeur général concernant les cibles d'éradication. L'engagement des gouvernements des quatre pays où la poliomyélite est encore endémique demeure élevé, et des progrès sont à noter. Les 24 pays dans lesquels le poliovirus a été réintroduit depuis 2003 ont eux aussi fait preuve d'une grande détermination et démontré que l'on peut éliminer rapidement le poliovirus importé et en contenir les flambées. Neuf de ces pays poursuivent la lutte contre la maladie.

L'OMS et ses partenaires, Rotary International, l'UNICEF et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique, continueront de prêter assistance aux pays, à quelque titre que ce soit. Ils comptent collaborer au plus vite avec le Nigéria dans le cadre de sa nouvelle stratégie Immunization Plus, qui comporte entre autres des vaccinations porte à porte. Ils poursuivront en outre leur coopération avec les pays dans le cadre de la stratégie « atteindre chaque district » pour assurer que les ressources investies dans l'éradication de la poliomyélite aillent à des activités de vaccination systématique, et soutiendront les pays qui continuent d'élargir leurs réseaux de surveillance de la poliomyélite à d'autres maladies infectieuses comme la rougeole, la fièvre jaune ou la grippe aviaire.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Au cinquième alinéa du préambule, la Thaïlande a proposé d'ajouter « en 2005 » après « cas nouveaux », et d'ajouter un nouveau sixième alinéa au préambule, se lisant comme suit : « Notant avec préoccupation qu'il reste US \$485 millions à financer pour les activités prévues pendant la phase de ratissage et de certification entre 2006 et 2008 ». La Grèce a proposé l'adjonction au préambule d'un nouvel alinéa en avant-dernière position, se lisant : « Notant enfin l'importance de systèmes de surveillance de qualité dans les pays où la poliomyélite a été éradiquée ». Au paragraphe 1 de la version anglaise, la Nouvelle-Zélande a proposé de remplacer « foster » par « act on » (sans objet en français). Au paragraphe 2.1), le Brésil a proposé d'insérer « en cas de besoin » avant « en demandant une évaluation ». Au paragraphe 2.2), le Japon a proposé d'ajouter « ou une autre composition vaccinale s'il y a lieu » après « le type de poliovirus détecté ». Les Etats-Unis d'Amérique ont suggéré qu'au début du paragraphe 2.3) les mots « tous les enfants » soient remplacés par « deux à cinq millions d'enfants ». Les Philippines ont proposé un nouveau paragraphe 2.5) se lisant comme suit : « en relevant le niveau de surveillance de la paralysie flasque aiguë à plus de deux cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, pendant la durée de la flambée et au moins les douze mois suivants ». La Thaïlande a suggéré un nouveau paragraphe 2.6) se lisant comme suit : « en maintenant une couverture d'au moins 80 % par l'administration systématique du vaccin antipoliomyelitique oral et une surveillance très sensible de la maladie ». Singapour a suggéré d'ajouter après le paragraphe 3.3) le nouveau paragraphe suivant : « de continuer à anticiper d'autres risques susceptibles de faire obstacle à l'éradication de la poliomyélite et à l'avènement d'un monde sans poliomyélite à court et à plus long terme, et de proposer un mécanisme de gestion de ces risques au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session ».

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 premier rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.1.

Droits de propriété intellectuelle : Point 11.11 de l'ordre du jour

- **Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique** (documents A59/16, A59/16 Add.1, A59/16 Add.1 Corr.1 et A59/16 Add.2)
- **[Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R13 et annexe 4, et A59/17)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), soutenu par M. DE CASTRO SALDANHA (Brésil), suggère, puisque deux projets de résolutions ont été soumis à l'examen de la Commission, de constituer un groupe de rédaction afin d'étudier la possibilité de les fondre en un seul. Compte tenu des limites de temps imposées à la Commission, ce groupe devrait entamer ses travaux sans délai.

A la suite d'un débat de procédure concernant le mandat et la composition d'un groupe de rédaction, ainsi que la question de savoir si les projets de résolutions devaient être d'abord examinés par la Commission, auquel prennent part le Dr NYIKAL (Kenya), le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud), le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), le Dr AHMED (Pakistan), M. SHARMA (Inde), le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), le Dr LEVENTHAL (Israël) et M. AITKEN (Conseiller du Directeur général), le PRESIDENT, sur une suggestion du Dr NYIKAL (Kenya), propose que la Commission examine le point en question à sa cinquième séance, après quoi un groupe de rédaction se réunira afin de poursuivre les travaux sur les projets de résolutions à la lumière des débats de la Commission.

Il en est ainsi convenu.

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

Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005) : Point 11.1 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R7 et annexe 4, A59/4 et A59/5) (suite de la deuxième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la version révisée du projet de résolution, qui se lit comme suit :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;
Rappelant les résolutions WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international et WHA58.5 sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action ;

Réaffirmant le risque grave pour la santé humaine, notamment celui de l'émergence possible d'un virus pandémique, que présentent les flambées actuelles chez les volailles de grippe aviaire causée par la souche H5N1 hautement pathogène du virus grippal A dans certaines parties d'Asie et ailleurs ;

Notant avec préoccupation la persistance de flambées chez les volailles, celle de cas sporadiques de pathologies humaines graves qui leur sont associées, le caractère endémique du virus dans plusieurs pays, sa propagation à la faveur des migrations des oiseaux d'eau sauvages vers de nouvelles régions, et la propagation ultérieure que l'on prévoit ;

Consciente que ces facteurs, entre autres, ont accru la probabilité d'une pandémie ;

Soulignant l'importance que revêtent le plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe ainsi que les mesures de lutte qu'il recommande ;¹

Sachant que la détection rapide des cas humains, reposant sur des capacités nationales adéquates, et la notification rapide et transparente des résultats sous-tendent la capacité de l'OMS à procéder à une évaluation fiable des risques et à déclarer une phase appropriée d'alerte à la pandémie, et qu'elles sont en outre nécessaires pour garantir que les premiers signes épidémiologiques d'une transmissibilité interhumaine accrue du virus sont bien reconnus ;

Consciente que plusieurs dispositions du Règlement sanitaire international (2005) seraient utiles en vue d'une action renforcée et coordonnée de la communauté internationale, tant dans la situation actuelle qu'en cas de pandémie ;

Consciente en outre que la capacité renforcée de réagir à des cas humains de grippe aviaire et à la menace de pandémie qui en découle permettra de mieux faire face à de nombreuses autres maladies infectieuses émergentes et potentiellement épidémiques et d'accroître ainsi la sécurité sanitaire mondiale face à la menace de maladies infectieuses ;

Notant que le Règlement sanitaire international (2005) n'entrera en vigueur que le 15 juin 2007 ;

Rappelant les principales conclusions et recommandations adoptées à une réunion commune organisée par l'OMS, la FAO, l'OIE et la Banque mondiale sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005) ;

Donnant suite à la demande spécifique, formulée au cours de cette réunion, de soumettre des propositions à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, en vue d'une application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) ;

1. INVITE les Etats Membres à appliquer immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) considérées comme pertinentes au regard du risque présenté par la grippe aviaire et la grippe pandémique ;

2. DECIDE que les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) seront notamment les suivantes :

1) l'annexe 2, dans la mesure où elle prévoit la notification rapide à l'OMS des cas de grippe humaine causés par un nouveau sous-type de virus ;

2) l'article 4, concernant la désignation ou la mise en place d'un point focal national RSI dans les pays et la désignation de points de contact RSI à l'OMS, ainsi que la définition de leurs fonctions et responsabilités ;

3) les articles du titre II se rapportant [à la surveillance, (Royaume-Uni)] à la communication d'informations, à la consultation, à la vérification et à l'action de santé publique ;

4) les articles 23 et 30 à 32 du titre V concernant les dispositions générales relatives aux mesures de santé publique applicables aux voyageurs à l'arrivée ou au départ et les dispositions spéciales applicables aux voyageurs ;

5) les articles 45 et 46 du titre VIII concernant le traitement des données à caractère personnel et le transport et la manipulation de substances biologiques, réactifs et matériels utilisés à des fins diagnostiques ;

3. NOTE que cette application volontaire ne saurait préjuger de la position d'aucun Etat Membre concernant le Règlement sanitaire international (2005) [~~après son entrée en vigueur~~ (Etats-Unis d'Amérique)] ;

4. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à désigner ou à mettre en place immédiatement un point focal national RSI, comme le prévoit l'article 4 du Règlement, et à en informer l'OMS dans les 90 jours, ledit point

¹ Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5.

- focal étant habilité à communiquer des informations officielles et appelé à [soutenir participer à (Royaume-Uni)] l'évaluation collective des risques avec l'OMS ;
- 2) à suivre, en ce qui concerne les questions liées aux cas humains de grippe aviaire, les dispositifs et les procédures énoncés dans le Règlement pour une maladie pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ;
 - 3) à notifier de manière transparente et urgente tous les cas probables ou confirmés de grippe aviaire, y compris les cas exportés ou importés, et à poursuivre ensuite les communications à l'OMS les concernant ;
 - 4) à diffuser aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes [, à des fins non commerciales seulement, (Thaïlande)] en temps utile et régulièrement ;
 - 5) à renforcer la collaboration sur les gripes humaine et zoonotique entre les organismes nationaux responsables de la santé humaine et animale afin de renforcer la surveillance et de prendre des mesures immédiates pour endiguer les poussées de grippe aviaire chez l'homme et l'animal ;
 - 6) à respecter les délais prévus par le Règlement pour entreprendre et mener à bien des activités et des communications urgentes, particulièrement en ce qui concerne la déclaration de cas humains de grippe aviaire, la vérification des faits et les mesures prises pour répondre aux demandes d'informations complémentaires reçues de l'OMS ;
 - 7) à collaborer, notamment par la mobilisation d'un appui financier, à la mise en place, au renforcement et au maintien de la capacité de surveillance et d'action concernant la grippe dans les pays touchés par la grippe aviaire [ou la grippe pandémique (Thaïlande)] ;
 - 8) à suivre les recommandations du Directeur général, de même que les conseils techniques de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe, qui sont jugées nécessaires dans le cadre de l'action internationale face à la grippe aviaire ou à la grippe pandémique ;
 - 9) à informer le Directeur général des mesures prises dans le cadre de l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005) ;
 - [10) à établir un processus pour recenser et surmonter les obstacles – administratifs et techniques – à la mise en oeuvre du Règlement en temps opportun de manière à promouvoir la participation intersectorielle ; (Inde)]
5. PRIE le Directeur général :
- 1) de désigner immédiatement des points de contact RSI à l'OMS, comme le prévoit l'article 4 du Règlement ;
 - 2) d'appliquer, dans la mesure du possible et aux fins de la présente résolution, les mesures prévues aux titres II et III du Règlement qui incombent à l'OMS ;
 - 3) d'accélérer encore les mesures prises pour établir une liste d'experts et solliciter des propositions concernant les membres à faire figurer sur la liste, conformément à l'article 47 ;
 - 4) d'utiliser [jusqu'à l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) (Thaïlande)] l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe comme dispositif temporaire appelé à conseiller l'Organisation sur la riposte à la grippe aviaire, la phase appropriée d'alerte à la pandémie et les mesures correspondantes qui sont recommandées, la déclaration d'une pandémie de grippe et l'action internationale face à une pandémie ;
 - 5) de collaborer avec les Etats Membres à la mise en oeuvre de la présente résolution, et à l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005), le cas échéant, notamment :
 - a) en mettant en place ou en facilitant une coopération technique et un appui logistique ;

- b) en mobilisant l'aide internationale, y compris l'appui financier, en consultation avec les Etats Membres, surtout pour les pays touchés [par la grippe aviaire ou la grippe pandémique (Thaïlande)] ne disposant pas d'une capacité opérationnelle suffisante ;
 - c) en établissant des lignes directrices pour aider les Etats Membres à renforcer leurs capacités d'action de santé publique face au risque de grippe aviaire et de grippe pandémique ;
 - ~~[d) en instituant un cadre pour suivre l'application volontaire par les Etats Membres du Règlement sanitaire international (2005) (Thaïlande)]~~;
 - [e) en constituant des stocks raisonnables des médicaments nécessaires ; (Inde)]
 - [f) en facilitant, en collaboration avec les partenaires internationaux, la mise au point et la production commerciale de vaccins contre la grippe aviaire et la grippe pandémique ; (Inde)]
- 6) de collaborer avec les Etats Membres dans la mesure du possible pour aider les pays en développement à mettre en place et à renforcer les capacités nécessaires en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 7) de mobiliser et d'affecter spécifiquement les ressources techniques de l'OMS là où cela est possible, en utilisant les capacités disponibles dans les bureaux régionaux et les centres collaborateurs, pour développer et accélérer les activités de formation qui touchent à la surveillance, à l'alerte et aux interventions en cas d'épidémie, aux services de laboratoire, [y compris le maillage régional des laboratoires, (Inde)] à la biosécurité et au contrôle de qualité, afin d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) ;
- 8) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session, sur l'application de la présente résolution et de faire ensuite rapport chaque année sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres pour l'application et la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005).

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande), à la suite de consultations informelles, propose d'ajouter deux nouveaux paragraphes. Le premier, suivant le paragraphe 4.4), se lirait ainsi : « à augmenter la capacité nationale de production de vaccins antigrippaux ou à collaborer avec les Etats voisins pour créer une capacité régionale de production de vaccins en vue d'assurer un approvisionnement suffisant en vaccins au cas où un nouveau virus grippal causerait une urgence de santé publique de portée internationale ». Le second, venant après le paragraphe 5.6), se lirait comme suit : « de chercher immédiatement des solutions pour réduire l'actuelle pénurie de vaccins antigrippaux dans le monde, rendre leur accès plus équitable et faire en sorte qu'ils soient plus abordables financièrement pendant les épidémies comme en cas de pandémie mondiale ». Si ces amendements sont acceptés, la Thaïlande retirera l'amendement au paragraphe 4.4) qu'elle a proposé à la deuxième séance, à savoir l'insertion après « pathogènes » des mots « , à des fins non commerciales seulement ». Il s'agit là pour la Thaïlande d'un compromis difficile, car il consiste à remplacer une situation où tout le monde est gagnant par une situation où il y a à la fois des gagnants et des perdants. Les gagnants seront les pays développés qui produisent des vaccins, alors que les pays plus pauvres qui ne peuvent avoir accès aux vaccins seront les perdants. Mais il va de soi que personne ne souhaite voir s'instaurer une situation dans laquelle de nouveaux vaccins ne seraient plus disponibles.

Le Dr TANGI (Tonga) rappelle que les Tonga ont activement contribué à l'insertion du paragraphe 4.4) au cours de l'examen du projet de résolution à la cent dix-septième session du Conseil exécutif. L'insertion proposée par la Thaïlande à la deuxième séance n'est peut-être pas idéalement située, et le Dr Tangi préfère la solution qui vient d'être proposée.

Le Professeur HORVATH (Australie) se dit favorable sur le fond à l'amendement proposé au paragraphe 4.1), mais estime que celui-ci serait plus clair en modifiant encore sa formulation dans la version anglaise (sans objet en français), pour y lire après « communiquer des informations officielles » « et appelé à apporter son appui à la participation nationale à l'évaluation collective des risques avec l'OMS ».

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) donne lecture des amendements proposés par les délégués de l'Australie et de la Thaïlande, et note que la Thaïlande se dit prête à retirer son amendement proposé à la deuxième séance concernant le paragraphe 4.4) en échange de l'addition des deux nouveaux paragraphes.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) indique qu'il ne peut accepter l'amendement proposé au paragraphe 4.1). Il ne suffit pas selon lui de ne mentionner que la fourniture d'un appui qui ne préserverait pas l'intégrité scientifique du point focal. Pour promouvoir le renforcement des capacités nationales, le point focal devrait être en mesure de participer à l'évaluation collective des risques autant que de lui apporter un appui logistique. Il propose donc une nouvelle modification à l'amendement proposé par l'Australie, pour qu'il se lise : « et appelé à soutenir l'évaluation collective des risques avec l'OMS et à y participer ».

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) explique que son amendement initial avait pour but d'introduire une certaine souplesse dans le mode de fonctionnement des points focaux nationaux. L'intention n'est pas d'exclure leur participation si c'est là le souhait d'un Etat Membre ; elle est plutôt d'indiquer que le point focal devrait fournir son appui à tout autre participant. M. Kingham appuie l'amendement proposé par l'Australie.

Le Dr LI Jianguo (Chine) est favorable aux amendements proposés. L'OMS devrait stimuler le lancement de nouvelles recherches et fournir des avis sur les conditions dans lesquelles pourrait survenir une transmission interhumaine du virus H5N1. Le Secrétariat devrait en outre formuler des lignes directrices pour permettre aux Etats Membres de se préparer de façon adéquate avant l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (2005) et de l'appliquer ensuite.

Répondant à une question du Dr TANGI (Tonga), M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme que l'amendement au paragraphe 4.4) proposé par la Thaïlande à la deuxième séance a été retiré. Il propose, pour répondre à la préoccupation exprimée par la Thaïlande concernant l'amendement au paragraphe 4.1) proposé par l'Australie, tout en maintenant la souplesse souhaitée par le Royaume-Uni, de reformuler l'amendement comme suit : « et appelé à soutenir l'évaluation collective des risques avec l'OMS et, si l'Etat Membre en décide ainsi, à y participer ».

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) confirme que cette formulation lui convient, sous réserve de changements éditoriaux mineurs.

Cette précision ayant été apportée, 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 premier rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.2.

VIH/SIDA : Point 11.3 de l'ordre du jour

- **VIH/SIDA : contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins** (document A59/39)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) rappelle que le Conseil exécutif à sa cent dix-septième session a décidé que la question de la contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA serait examinée par la présente Assemblée de la Santé. Le rapport expose le programme de travail de l'OMS, les enseignements tirés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et les défis majeurs qui font obstacle à l'accès universel. Il décrit également la progression enregistrée à ce jour, et en particulier les engagements pris par le Sommet mondial 2005 et par les dirigeants du G8 en juillet 2005, ainsi que les cinq orientations stratégiques sur lesquelles sera fondée la contribution de l'OMS au progrès vers l'accès universel. Il est proposé que le Secrétariat fasse rapport chaque année sur les progrès réalisés par les pays en vue de l'accès universel au traitement et aux soins.

M. URFJELL (Norvège) dit que la Norvège est très favorable à une approche à base factuelle de l'épidémie de VIH et reconnaît le besoin croissant d'un accès universel à la prévention, au traitement, au soutien et aux soins. Dans le combat visant à assurer un accès universel, il ne faudra pas oublier les groupes vulnérables et marginaux, comme les utilisateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. La lutte contre le VIH/SIDA devrait être reliée au projet de stratégie mondiale pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015, et à l'actuelle stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA. M. Urfjell soutient le projet de résolution sur la nutrition et le VIH/SIDA contenu dans la résolution EB117.R2 et souligne la nécessité de renforcer la recherche dans ce domaine. Il appuie également le projet de résolution concernant la mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, contenu dans la résolution EB117.R8. Les travaux de cette cellule devraient être liés à la réforme des Nations Unies et à l'action visant à améliorer l'efficacité de l'aide. M. Urfjell propose que la Commission ne se contente pas de prendre note du rapport, mais qu'elle reprenne à son compte l'objectif d'un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA, ce qui enverrait un signal fort à la prochaine réunion de haut niveau sur le SIDA 2006 (New York, 31 mai-2 juin 2006).

Le PRESIDENT prend note de cette proposition.

Le Professeur HORVATH (Australie) est très favorable à la stratégie présentée par le rapport. Pour agir sur l'épidémie de VIH/SIDA, il est nécessaire de mettre en place un ensemble intégré de mesures à base factuelle comprenant la prévention, le traitement et les soins, chaque élément recevant une attention appropriée et égale : il est particulièrement important de ne pas relâcher les efforts de prévention à mesure que l'accès au traitement s'élargit. L'Australie est attachée à l'objectif du Sommet mondial des Nations Unies consistant à élaborer et à mettre en oeuvre un ensemble de mesures pour la prévention, le traitement et les soins concernant le VIH dans le but de se rapprocher autant que possible de l'accès universel d'ici 2010.

Le Dr KLEIN (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, indique que les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats à l'adhésion – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie – et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro – se joignent à sa déclaration ; il rappelle qu'à la cent dix-septième session du Conseil exécutif, l'Union européenne a défini sa position à l'égard du VIH/SIDA et des principaux éléments pour faire face à cet

enjeu de la santé mondiale.¹ Toute riposte doit s'inscrire dans le cadre fondamental d'une approche fondée sur les droits de l'homme, car la stigmatisation et la discrimination font obstacle à l'accès universel au traitement. La priorité doit aller à la promotion et à la protection des droits de l'homme tant pour des raisons éthiques que par souci d'efficacité en matière de santé publique. L'égalité des sexes est à promouvoir, puisque leur inégalité compromet la réalisation de l'accès universel : les pratiques traditionnelles néfastes et les violences sexuelles s'opposent à l'autonomisation des femmes, qui ont besoin de nouveaux instruments de prévention. Il est tout aussi important de convaincre les hommes et les jeunes garçons d'adopter des comportements responsables et respectueux. La plupart des infections à VIH sont transmises par voie sexuelle et toute approche globale de la prévention doit viser un accès universel à l'information, aux services et aux produits en matière de santé sexuelle et génésique, y compris les préservatifs. Des liens doivent être établis entre les services anti-VIH et le système de santé général, qui est lui aussi à renforcer dans d'autres domaines tels que la tuberculose, le paludisme, et la santé de la mère et de l'enfant. Pour être efficace, la riposte doit associer plus étroitement les personnes affectées par le VIH/SIDA, en facilitant et en appuyant la participation de la société civile et des organisations communautaires locales. La riposte doit être globale et plurisectorielle et non pas limitée au seul secteur de la santé, et s'intégrer aux plans généraux de développement, notamment aux stratégies de réduction de la pauvreté.

La réalisation de l'accès universel dépendra de l'extension des activités actuelles de prévention, accompagnées d'un appui aux plus exposés, et particulièrement aux enfants. Les stratégies actuelles étant insuffisantes, le renforcement de la recherche devrait permettre la mise au point de nouvelles techniques, y compris des vaccins et microbicides. Les méthodes de prévention doivent être évaluées, afin d'assurer que les publics cibles soient touchés. Les politiques de prévention devraient viser les situations particulières dans chaque pays et les problèmes de tous les groupes vulnérables. Les principes de l'aide et du parrainage devraient être révisés en vue d'améliorer la participation des pays à faible prévalence du VIH et l'assistance qui leur est fournie, afin de favoriser le développement de meilleures pratiques de prévention et de traitement et le lancement de nouvelles initiatives régionales ou sous-régionales. L'Union européenne est attachée à une programmation de la prévention globale, fondée sur les droits de l'homme et éclairée par les faits.

Au cours des deux dernières années, l'accès au traitement antirétroviral s'est nettement amélioré dans de nombreux pays, mais la plupart des personnes ayant besoin d'un traitement, notamment les enfants, ne disposent toujours pas de cet accès. La situation est mauvaise dans les pays dont les besoins sont les plus grands, et la durabilité de l'accès au traitement reste à assurer. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a mobilisé les énergies mais elle a manqué sa cible et échoué à endiguer ou à inverser la pandémie. Le traitement antirétroviral doit être financièrement abordable et disponible dans tous les pays touchés. L'Union européenne recommande de recourir le plus possible aux flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, en association avec des mesures évitant la taxation des traitements antirétroviraux.

La crise des ressources humaines pour la santé constitue un important obstacle au progrès. L'Union européenne est fermement déterminée à renforcer les capacités locales, qui sont primordiales pour la lutte contre le VIH/SIDA et la prestation de services de santé essentiels. L'OMS devrait contribuer de façon importante à créer, aux niveaux national, régional et mondial, des conditions favorables aux professionnels de la santé et à soutenir les systèmes de santé.

L'Union européenne prend note de l'intention de l'OMS de fonder son action sur cinq orientations stratégiques et un plan de travail quinquennal, et espère recevoir chaque année des rapports de situation traitant des questions de fond. Elle se félicite des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale, et en particulier de l'assistance technique apportée par l'ONUSIDA au niveau local ainsi que de l'amélioration de la coordination et de l'harmonisation. La répartition des tâches entre le Siècle et le terrain, qui est l'une des principales

¹ Document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la quatrième séance.

recommandations de la cellule, devrait clarifier les rôles et la collaboration au sein du système des Nations Unies au niveau des pays. L'Union européenne accueille favorablement l'engagement de l'OMS, qui favorisera une plus grande cohérence aux niveaux des Nations Unies et des pays. Elle appelle à renforcer le soutien aux organisations du système des Nations Unies et aux autres partenaires de la lutte contre le VIH/SIDA. Le Dr Klein approuve la résolution EB117.R8 sur les recommandations de la cellule mondiale de réflexion.

Des ressources importantes seront à mobiliser aux niveaux national et international pour mettre en place une riposte mondiale durable et globale à la pandémie. L'Union européenne reconnaît le rôle central que joue le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et reste déterminée à renforcer son potentiel. Elle appelle instamment les autres donateurs à faire de même. Elle prend note avec intérêt de la création de la Facilité internationale d'achat de médicaments, qui repose sur des mécanismes de financement innovants tels que la « contribution de solidarité » sur les billets d'avion, afin d'améliorer l'accès aux médicaments à des prix abordables.

Il est urgent d'agir. Les objectifs fixés supposent une action conjointe et des démarches stratégiques acceptées. Une approche multisectorielle permettra l'expression de nouvelles idées et le développement de réseaux et de partenariats. La prochaine réunion de haut niveau, qui se tiendra pour donner suite à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA, réaffirmera l'engagement politique dans la lutte contre le VIH/SIDA si elle trouve un accord sur les mesures à prendre.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) attire l'attention sur le déficit estimé des ressources financières attribuées aux pays en développement pour la lutte contre le VIH/SIDA de 2005 à 2007. L'accès universel est devenu une nécessité pour une riposte globale à l'épidémie de VIH/SIDA, notamment l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien. Depuis la conception en 1986 du programme de soins concernant le VIH/SIDA, Cuba prend en compte tous ces aspects et s'efforce tout particulièrement d'optimiser les synergies entre prévention, soins et traitement, grâce à une volonté et à des décisions politiques, au leadership, et à l'existence d'un programme couvrant la formation du personnel, le renforcement des capacités et l'infrastructure sanitaire qui étaient le système universel de soins du pays.

Cuba garantit des soins intégrés à toute personne infectée ou affectée par le VIH. La production dans le pays de six agents antirétroviraux permet à cinq programmes de traitement de couvrir 95 % des cas, les autres étant traités à l'aide de médicaments importés. Le pays dispose de 14 centres de traitement spécialisés dans les soins intégrés concernant le VIH/SIDA, d'un centre national de référence pour les soins médicaux, et de centres de prévention dans les provinces et les communes qui dispensent des soins ambulatoires, un conseil et une formation aux personnes infectées par le VIH et à leur famille, ainsi que des soins primaires ambulatoires à toutes les personnes infectées ou affectées. Il reste beaucoup à faire, et l'un des principaux problèmes est celui du besoin en ressources humaines et financières pour toutes les personnes affectées par le VIH/SIDA.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) se félicite du rapport et exprime son soutien sans réserve à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. La prévention demeure la stratégie principale de son pays, mais un programme de traitement antirétroviral a également été lancé et progresse de façon satisfaisante, avec quelque 31 000 personnes qui suivent un traitement (dont 57 % de femmes et 9 % d'enfants). Le Dr Parirenyatwa accueille favorablement la « feuille de route » fournie par l'OMS.

Le Dr NOTTAGE (Bahamas) dit que son pays, de même que nombre de ses voisins des Caraïbes, continue de lutter pour assurer un accès universel aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien à toutes les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Cette action entraîne un engagement financier important. Les gouvernements de la région, avec l'aide de donateurs, ont fourni un ensemble intégré de services aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris un traitement antirétroviral gratuit pour les personnes qui en ont besoin, parfois au détriment d'autres programmes

nationaux. Les Bahamas ont atteint l'accès universel, la Barbade un accès à 85 %, et d'autres pays de la région enregistrent des progrès sensibles.

Il fait l'éloge de la cellule mondiale de réflexion pour avoir rationalisé, simplifié et harmonisé les procédures et pratiques afin de rendre plus efficaces les ripostes nationales au VIH/SIDA. Les ripostes communes des gouvernements, de la société civile et d'autres parties intéressées ont constitué un pilier des programmes régionaux. Les pays des Caraïbes reconnaissent également la nécessité et les avantages d'une harmonisation des activités des institutions multilatérales et des partenaires internationaux avec les stratégies, politiques, systèmes et cycles des pays et les plans des autorités nationales chargées des opérations de lutte contre le SIDA. Dans bien des pays des Caraïbes, la pénurie de ressources humaines et financières est aggravée par les exigences des organismes de financement extérieurs, qui ne sont pas alignées sur les systèmes et les priorités de ces pays.

Des ripostes multilatérales plus efficaces, une plus grande transparence, un meilleur contrôle et un renforcement des mécanismes d'évaluation sont autant d'aspects essentiels. Le Dr Nottage appuie les recommandations de la cellule mondiale de réflexion et exprime son engagement à poursuivre la mise en oeuvre des trois principes.

Dans les familles, le conseil en matière de nutrition, les soins et le soutien constituent des éléments importants des soins intégrés concernant le VIH. Dans la région, des recherches ont montré que les enfants VIH-positifs qui suivent un traitement antirétroviral présentent des caractéristiques de croissance normales lorsqu'un appui nutritionnel est intégré aux programmes nationaux concernant le VIH/SIDA. Avec l'assistance du Caribbean Food and Nutrition Institute, les politiques nationales d'alimentation et de nutrition ont placé le VIH/SIDA parmi les domaines prioritaires. Le Dr Nottage appelle les pays donateurs à appuyer les soins nutritionnels; il est nécessaire d'intégrer les programmes concernant le VIH aux systèmes de santé. Il faut en outre combattre la stigmatisation de la maladie pour permettre à ceux qui en ont besoin d'obtenir les ressources disponibles.

La Communauté des Caraïbes appuie le projet de résolution figurant dans la résolution EB117.R2 et demande au Directeur général par intérim de fournir un appui technique efficace aux gouvernements nationaux, en mettant un accent particulier sur le renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud), se félicitant de l'engagement du système des Nations Unies en faveur de la participation des partenaires sur la voie d'un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA, salue la participation de l'OMS et son plan pour contribuer aux progrès. Les enseignements tirés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » devraient inciter tous les pays à lever les obstacles et unifieraient en outre la communauté mondiale, dans l'esprit des trois principes. Le Dr Tshabalala-Msimang constate avec satisfaction que le système des Nations Unies a compris les limites d'une approche consistant à fixer des objectifs au niveau mondial et a placé la prévention au centre de sa riposte au VIH/SIDA. La qualité du système de santé est essentielle à une mise en oeuvre efficace. Il est cependant décevant que, même après la réunion mondiale sur les orientations stratégiques futures des soins de santé primaires (Madrid, 27-29 octobre 2003), qui a confirmé la validité de l'approche par les soins de santé primaires, l'OMS continue de se focaliser sur une riposte spécifique au VIH/SIDA, menée uniquement par le secteur de la santé. Cette riposte est insuffisante pour inverser la tendance des maladies transmissibles, dont le VIH/SIDA. Le Dr Tshabalala-Msimang se joint à l'appel lancé le jour précédent par le Président de l'Assemblée mondiale de la Santé, visant à faire de l'approche par les soins de santé primaires une plate-forme pour l'accès universel à la prévention, aux soins et au soutien sous la forme de services équitables, disponibles, accessibles, abordables et acceptables.

Le document d'orientation politique de l'ONUSIDA sur l'« Intensification de la prévention du VIH » souligne que la vulnérabilité et la stigmatisation sont à prendre en compte dans toute riposte au VIH/SIDA, et en particulier dans la prévention. Dans son rapport de la veille, le Président de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé définissait la pauvreté comme la « véritable maladie » sous-jacente aux autres maladies, l'accès à une eau propre, l'assainissement, l'alimentation et les soins de santé primaires étant essentiels pour éliminer les maladies transmissibles. Le

sous-développement, l'inégalité entre les sexes et l'illettrisme constituent également des facteurs essentiels, comme le reconnaît le Président de la présente Assemblée de la Santé lorsqu'il déclare que les « déterminants sociaux doivent être pris en compte dans l'orientation de la santé ». La riposte du secteur de la santé proposée par l'OMS, avec ses cinq orientations stratégiques, devrait être élargie et inclure des questions de développement qui font partie intégrante de l'ensemble des soins de santé primaires.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) dit que, dans son pays, le programme national de lutte contre le SIDA, lancé en 1992, a évolué pour devenir une riposte globale et dynamique au VIH/SIDA, et vise à atteindre l'objectif d'un accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. Ce programme, qui a bénéficié de l'appui technique de l'OMS, comprend des services de soins et de soutien et fournit gratuitement depuis 2004 un traitement antirétroviral à tous les patients qui en ont besoin. Le traitement antirétroviral est administré aux personnes dont la numération des lymphocytes CD4⁺ est inférieure à 200 cellules/mm³ dans les groupes prioritaires suivants : mères VIH-positives qui participent au programme pour prévenir la transmission verticale du VIH ; enfants VIH-positifs de moins de 15 ans ; et patients atteints du SIDA qui sollicitent un traitement dans les hôpitaux publics. A ce jour, plus de 38 000 personnes ont reçu un traitement antirétroviral gratuit dans 52 centres des secteurs public et non gouvernemental, 25 000 autres étant traitées dans le secteur privé. Ces services fourniront un traitement antirétroviral gratuit à 100 000 patients atteints du SIDA avant la fin de 2007 et à 188 000 patients avant la fin de 2010.

L'OMS et les partenaires internationaux pourraient fournir une assistance dans les domaines suivants : gestion des stocks et fourniture de médicaments et produits diagnostiques ; surveillance de la pharmacorésistance aux médicaments, en tant que composante de recherche opérationnelle dans les nouvelles stratégies et les nouveaux programmes ; mise au point de traitements pédiatriques appropriés ; et recherches portant, entre autres, sur de nouveaux médicaments, des schémas thérapeutiques alternatifs présentant un meilleur rapport coût/efficacité, des formulations simplifiées et des diagnostics améliorés.

Les systèmes indiens de santé publique, renforcés et fonctionnant dans le cadre du programme national de santé rurale, doivent collaborer à l'extension des services de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH. Le pays est déterminé à assurer aux personnes marginalisées, vulnérables ou vivant au-dessous du seuil de pauvreté un accès équitable au traitement, à la prévention, aux soins et au soutien. Le Dr Srivastava salue la contribution de l'OMS à l'action en faveur de l'accès universel.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) indique que l'utilisation de drogues injectables constitue un problème majeur de santé publique dans son pays. A la fin de 2005, les données de surveillance montraient que l'épidémie de VIH en Iran se concentrait parmi les utilisateurs de drogues injectables (61 % des cas rapportés) et les détenus dans certaines provinces ; 95 % des infections touchaient des hommes. Reconnaisant l'ampleur du problème, le Gouvernement a organisé des ripostes globales en matière de prévention et de soins, visant les utilisateurs de drogues injectables tant dans les communautés que dans les centres de détention. Un Comité national du SIDA a été constitué en 2001, avec pour objectifs la réduction des risques et celle de la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables. Un plan quinquennal a été préparé pour la période 2002-2007, prévoyant des mesures de réduction des risques liés à l'abus de substances psychoactives. Plus récemment, des protocoles et lignes directrices ont été établis en vue de la création de consultations publiques et privées de traitement à la méthadone, ainsi que de la mise en place et du fonctionnement de programmes de proximité, centres d'accueil et refuges destinés aux utilisateurs de drogues. Un Centre national d'Etude des Dépendances a été créé en 2003, qui procède entre autres à des recherches sur l'efficacité des mesures de réduction des risques. Certaines provinces ont constitué des comités plurisectoriels de haut niveau sur le SIDA afin de coordonner les activités liées au VIH/SIDA.

Les réalisations en matière de lutte contre le VIH ont notamment été les suivantes : une riposte coordonnée faisant intervenir divers organismes gouvernementaux et d'autres parties intéressées ; des changements depuis 2002 dans les politiques concernant les drogues, mettant en avant la réduction de

la demande et des risques ; une sensibilisation des magistrats, qui a permis d'obtenir leur soutien ; un exercice de l'autorité ferme et déterminé ; l'établissement de nombreuses « cliniques triangulaires », qui offrent de solides infrastructures de soins et de soutien à toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA ; la reconnaissance du traitement à la méthadone en tant qu'élément important du traitement de la dépendance et de la prévention du VIH chez les utilisateurs de produits opiacés ; et des plans pour améliorer les prestations dans les lieux fermés tels que les centres de détention ; la mise en place de « cliniques triangulaires » dans le système pénitentiaire ; et une information sur le VIH, une éducation sexuelle et sanitaire et des services de réduction des risques en faveur de tous les détenus du pays. L'expérience de l'Iran pourrait être reproduite dans d'autres pays en développement.

M. MARTIN (Suisse) soutient l'adoption d'une approche large de la lutte contre le VIH/SIDA telle que celle adoptée en juin 2001 lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Il salue l'accent mis dans le rapport sur la nécessité de poursuivre la lutte au-delà des « 3 millions d'ici 2005 ». Les investissements ont augmenté à la suite de la session extraordinaire de l'Assemblée générale et de la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; il convient maintenant de les affecter aux différents acteurs concernés, dont les rôles doivent être bien définis. M. Martin accueille favorablement les cinq orientations stratégiques proposées et appuie l'incorporation du dépistage du VIH dans un cadre plus large offrant d'autres dépistages, ce qui nécessitera la formation de personnels de même que l'intégration la plus large possible de services de conseil et de soins de santé sexuelle et génésique.

Les services doivent promouvoir la non-discrimination et le respect des droits humains. Il accueille favorablement la deuxième orientation stratégique et l'adaptation des programmes de prévention et de soins aux différents modes de transmission. L'expérience de la Suisse est que la prévention est d'autant plus efficace qu'elle est ciblée et prend en compte les réalités et les besoins spécifiques. L'OMS doit se faire l'avocate auprès de ses partenaires de cette non-discrimination, y compris dans le domaine de la nutrition, car on observe souvent que l'aide alimentaire ne va pas à ceux qui en ont besoin. Au-delà de sa collaboration avec l'UNICEF et le PAM, autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA, l'OMS devrait aussi collaborer dans le domaine de la nutrition et du VIH/SIDA avec d'autres organisations telles que l'UNESCO, le PNUD, le FNUAP et le Fonds mondial afin d'optimiser les synergies. Dans le cadre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, l'OMS devrait jouer au côté des différents acteurs concernés le rôle qu'on attend d'elle, en faisant porter l'essentiel de l'effort sur le niveau local et en déployant pour cela les meilleurs équipiers possibles. La Suisse a récemment cosigné au Mozambique un Code de conduite pour les partenaires du Forum VIH/SIDA. M. Martin est favorable au projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R8.

M. KAZENENE (Zambie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, et évoquant particulièrement l'Appel d'Abuja en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de lutte contre le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme en Afrique (4 mai 2006), exprime sa reconnaissance pour l'appui fourni avant son décès par le Directeur général et pour le rôle central joué par l'OMS dans l'accélération de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH. Les pays d'Afrique subsaharienne ne représentent que 10 % de la population mondiale, mais 60 % du nombre estimé de personnes infectées par le VIH et 90 % des orphelins du SIDA. Ayant à l'esprit le récent Sommet extraordinaire de l'Union africaine sur le VIH et le SIDA, la tuberculose et le paludisme (Abuja, 2-4 mai 2006), l'Engagement de Brazzaville pour l'intensification à une plus grande échelle des interventions visant à réaliser l'accès universel en Afrique (Brazzaville, 8 mars 2006), la Déclaration de Maputo sur le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes (Maputo, 12 juillet 2003), les Etats Membres de la Région africaine demeurent mobilisés en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA. Ils recherchent donc un partenariat plus solide pour assurer à long terme un financement prévisible qui soit d'un montant en rapport avec la charge du VIH/SIDA, fournir

un appui financier et technique, promouvoir les trois principes dans le cadre des priorités définies par les pays, de l'harmonisation entre les donateurs multilatéraux et bilatéraux et de leur alignement inconditionnel sur les priorités nationales, et pour aider au renforcement des systèmes de santé, notamment en matière de ressources humaines et d'accès aux médicaments essentiels, obstacles majeurs à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA. Ces Etats Membres demandent en outre à l'OMS de fournir une assistance technique aux pays pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des feuilles de route, des étapes intermédiaires des pays et des objectifs en vue de l'accès universel, ainsi que pour l'intégration du VIH/SIDA dans tous les plans nationaux de réduction de la pauvreté, et dans les programmes et les plans de développement. Il faut promouvoir les droits humains, en particulier en faveur des femmes, des jeunes, des enfants et des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

Le Dr TIBAN (Kiribati) appuie la recommandation contenue dans le rapport et salue l'action globale de l'OMS visant à faire changer de niveau la riposte mondiale à l'épidémie de VIH. Le rapport aurait pu comporter des informations sur la consommation d'alcool en tant que cofacteur des infections sexuellement transmissibles, y compris du VIH. L'abus d'alcool et ses effets sur les comportements sont bien connus, et les informations pertinentes en termes de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH devraient figurer dans le cadre stratégique, par ailleurs complet, que présente le rapport. Celui-ci aurait en outre pu mentionner que la prise en charge et la prévention de la tuberculose devraient faire partie de tout cadre de prévention et de traitement du VIH ; en dépit des liens formellement établis sur le plan médical, la coordination entre les programmes sanitaires concernés reste faible.

Mme JABLONICKÁ (Slovaquie) dit que son pays met actuellement en oeuvre son programme national de prévention du VIH/SIDA sur la base de la stratégie et des lignes directrices de l'OMS. Depuis le début de la surveillance épidémiologique et de laboratoire, en 1985, 158 personnes ont fait l'objet d'un diagnostic VIH-positif. L'un des axes importants du programme national concerne la transmission mère-enfant, dont rien n'indique qu'elle soit présente en Slovaquie. La situation est également stable pour les groupes ayant des comportements à risque. Ces résultats proviennent de campagnes nationales à long terme d'information et d'éducation, ainsi que de la facilité d'accès au dépistage du VIH pour tous les habitants du pays. Cette faible incidence ne saurait justifier une baisse de vigilance. Mme Jablonická soutient fermement l'action de l'OMS et son assistance technique dans la lutte contre l'épidémie mondiale de SIDA. Les stratégies et lignes directrices de l'Organisation apportent une aide précieuse pour la mise à jour régulière des documents et programmes nationaux.

Le Dr ISHIDA (Japon) se félicite de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Il salue le plan quinquennal de l'OMS pour la période 2006-2010 visant à renforcer les efforts en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA. L'OMS devrait définir des méthodes et indicateurs concrets pour la mise en oeuvre et la mobilisation des ressources. Il conviendrait en outre de procéder à un examen complet des réalisations de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et des enseignements qu'elle a apportés. Le Dr Ishida apprécie particulièrement que le renforcement du secteur de la santé ait été inclus dans chacune des cinq orientations stratégiques, contribuant ainsi aux capacités nationales. Le plan de travail quinquennal devrait refléter une analyse de l'extension des traitements antirétroviraux dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

En Asie, la Thaïlande a atteint sa cible « 3 millions d'ici 2005 » au niveau national grâce à son engagement, à un système de traitement antirétroviral de haute qualité et à un réseau communautaire efficace de prévention, d'assistance sociale et d'aide. L'expérience de la Thaïlande est riche d'enseignements. Chaque année, en collaboration avec l'OMS, le Japon a organisé un séminaire de l'ANASE sur le SIDA afin de promouvoir et de soutenir l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » dans les pays de l'ANASE. En 2006, le séminaire aura lieu dans le nord de la Thaïlande, où le Japon a fourni une assistance technique de 1997 à 2003. Le séminaire offrira aux responsables des projets nationaux VIH/SIDA de chaque pays de l'ANASE l'occasion d'étudier les réalisations et les difficultés de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et de discuter des défis que pose l'accès universel.

Sans un appui social et économique, les patients atteints du VIH/SIDA dont la santé se sera rétablie grâce au traitement antirétroviral pourraient cesser d'en bénéficier régulièrement, avec le risque concomitant de voir apparaître des souches virales résistantes aux médicaments. Le Dr Ishida appuie fortement le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R2, qui préconise l'intégration de la nutrition dans les ripostes globales au VIH/SIDA.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande), constatant que la riposte de son pays à l'épidémie de VIH est considérée comme un « grand succès », rappelle que cette épidémie a débuté au milieu des années 80 et a connu un pic entre 1990 et 1993, avec plus de 100 000 infections à VIH par an. La riposte de la Thaïlande est venue rapidement, avec la mise en place au début des années 90 d'un programme multisectoriel global comprenant la prévention du VIH, les soins et le traitement antirétroviral. Le « programme 100 % préservatif » lancé en 1991 dans les établissements de commerce sexuel a permis de faire passer l'utilisation du préservatif de moins de 20 % en 1989 à plus de 90 % en 1992. Le programme a conduit à une baisse importante des infections sexuellement transmissibles et de la prévalence du VIH dans les années qui ont suivi. Le nombre annuel des nouvelles infections a chuté, les estimations passant de 100 000 en 1990 à 17 000 en 2005. La Thaïlande a atteint sa cible « 3 millions d'ici 2005 », soit 50 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficiant d'un traitement antirétroviral, mais les incidences financières du traitement à l'aide de médicaments de deuxième intention posent un problème majeur d'orientation des politiques. Le Dr Somsak Akksilp approuve le rapport et appuie la proposition formulée par le délégué de la Norvège visant à demander aux Etats Membres d'approuver le rapport plutôt que d'en prendre seulement note.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) dit que la mobilisation et l'engagement de la communauté internationale sont indispensables pour endiguer les ravages causés par la pandémie de VIH/SIDA. L'Afrique est le continent le plus durement touché, puisqu'elle compte 25 des 35 millions de personnes infectées à ce jour. Le SIDA n'est plus uniquement un problème de santé publique, mais une véritable menace pour le développement : non seulement il se propage en raison de la pauvreté, mais il l'exacerbe encore plus. Le seul espoir qui reste aux personnes vivant avec le VIH/SIDA d'améliorer leur qualité de vie est celui du traitement antirétroviral. L'Afrique a le plus grand besoin de ces médicaments, car c'est là que se concentrent 4,7 des 6,5 millions de personnes qui en ont besoin dans le monde. Les faits montrent que les Africains observent leurs schémas thérapeutiques antirétroviraux. Avec l'appui de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS et du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et les engagements des pays donateurs, l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral a enregistré des progrès importants.

L'ONUSIDA estime que les besoins financiers non satisfaits pour assurer normalement des programmes de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/SIDA entre 2005 et 2007 dans toute l'Afrique subsaharienne se situent entre US \$5,2 et US \$11,3 milliards. Ces chiffres n'incluent pas le soutien aux orphelins et aux enfants. Le Dr Botros Shokai approuve les cinq orientations stratégiques, mais se dit préoccupée à l'idée que la riposte ne corresponde pas aux défis toujours plus grands. En Afrique, seules 500 000 personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral y ont effectivement accès, pour des questions de prix et de disponibilité. Ce déficit est aggravé par le manque d'infrastructures et de personnels soignants qualifiés. Les donateurs devraient fournir l'appui financier nécessaire à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » pour que les personnes qui n'ont pas accès au traitement puissent en bénéficier. L'OMS, conjointement avec d'autres organisations telles que l'ONUSIDA, devrait élaborer des systèmes par lesquels des organismes internationaux, des entreprises et des Etats seraient habilités à s'occuper du VIH/SIDA. L'OMS favoriserait ainsi l'intégration de bonnes pratiques, et notamment d'interventions rationalisées et intégrées, aux systèmes nationaux de santé et de développement.

M. DE CASTRO SALDANHA (Brésil), s'exprimant également au nom du Chili, de la France et de la Norvège, dit que six millions de personnes infectées par le VIH dans les pays en développement ont un besoin urgent de traitements antirétroviraux. Pour maintenir une action globale

et à long terme face à l'épidémie de SIDA, il faudra que d'importantes ressources soient mobilisées aux niveaux national et international. Les pays en développement ont besoin de ressources supplémentaires mais surtout d'améliorations de la qualité. Des mécanismes financiers novateurs devraient permettre de fournir des financements supplémentaires stables et prévisibles pour des programmes à long terme. Les sommes nécessaires dépassent les aides au développement conventionnelles. La contribution internationale de solidarité sur les billets d'avion servira en premier lieu et à long terme à alimenter la Facilité internationale d'achat de médicaments. Ce mécanisme devrait orienter le marché afin de mieux répondre aux besoins spécifiques des pays en développement en termes de volume de production, de niveau de prix et d'adaptation des produits. Il devrait aussi rassurer les autorités nationales sur la capacité de la communauté internationale à financer durablement l'accès aux soins, et les encourager à lancer des programmes à grande échelle, afin de se rapprocher de l'accès universel en 2010, comme le demandait le Sommet des Nations Unies de septembre 2005.

La Facilité internationale d'achat de médicaments se concentrera sur les formulations pédiatriques et les traitements antirétroviraux de deuxième intention à un prix abordable, ainsi que sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH qui reste un problème majeur, et opérera en collaboration étroite et en partenariat avec les organismes existants pour promouvoir l'accès aux médicaments dans les pays en développement. Une prochaine réunion de la Facilité se tiendra la semaine prochaine en marge de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. M. De Castro Saldanha donne lecture d'un extrait de l'allocution que le Directeur général, avant son décès, avait prévu de prononcer devant la présente Assemblée de la Santé et dans laquelle il saluait chaleureusement l'initiative prise par plusieurs pays de proposer cette Facilité et faisait part de l'engagement de l'OMS à soutenir ce dispositif.

S'exprimant au nom du Brésil, il appuie le rapport et approuve sans réserve l'utile proposition formulée par la Norvège.

Le Dr EL SAYED (Egypte), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, estime comme le rapport que, si la cible de « 3 millions d'ici 2005 » n'a pas été atteinte, l'élan ainsi créé a été très marqué en ce qui concerne la prévention et les soins, et il salue la contribution de l'OMS. Certains pays, auparavant dans l'incapacité d'assurer à leurs habitants des traitements antirétroviraux, sont aujourd'hui en mesure de le faire, en termes de personnels et d'infrastructures. La fourniture à petite échelle de traitements peut être progressivement étendue. La plupart des pays qui remplissent les conditions requises pour bénéficier des subventions du Fonds mondial ont déposé des demandes et la plupart d'entre eux ont vu approuver leurs projets. Le Fonds demeure l'une des principales sources de financement pour le processus d'extension.

L'OMS devrait maintenir son assistance technique à la riposte au VIH/SIDA, en ce qui concerne notamment les activités de renforcement des capacités, les conseils sur les meilleurs prix des médicaments antirétroviraux présélectionnés et la mobilisation des ressources. Le Dr El Sayed invite instamment l'Organisation à soutenir les programmes nationaux.

Le Dr ALOUWED (République arabe syrienne) est favorable aux mesures présentées dans le rapport. Son pays n'a enregistré que peu de cas de VIH/SIDA et sa stratégie repose sur la prévention. Toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficient de soins médicaux et leur droit à mener une vie digne est garanti par la loi. Les femmes et les enfants vivant avec le SIDA bénéficient en outre d'une protection psychologique et physique. Des programmes sont en place pour assurer l'application de toutes ces mesures.

Les réfugiés et les immigrants courent un risque accru d'être infectés par le VIH et bénéficient donc d'une protection renforcée. La communauté internationale doit prendre ses responsabilités vis-à-vis des migrants. Dans le pays, le traitement du VIH/SIDA relève de la responsabilité de chaque citoyen et des préceptes de l'Islam. Le Gouvernement agit en pleine coordination avec les Nations Unies pour prévenir la propagation du VIH et a sollicité l'assistance du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le Dr FEDOROV (Fédération de Russie) rappelle que les objectifs du Millénaire pour le développement comprennent la réduction de l'incidence du VIH/SIDA et d'autres maladies. Donner accès à des médicaments bon marché demeure un problème aigu. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ne touche qu'une personne infectée sur 20, alors que le nombre de personnes infectées dans le monde ne cesse de croître. Il conviendrait d'insister davantage sur les actions de prévention, notamment l'éducation sanitaire des jeunes et des personnes très exposées, en associant des organismes variés, par exemple des organisations religieuses et des oeuvres de charité. La maîtrise de la pandémie de VIH/SIDA figurait à l'ordre du jour de la réunion des ministres de la santé, préparatoire au Sommet du G8, tenue à Moscou le 29 avril. Il faut renforcer la mobilisation des ressources et, grâce à une coordination internationale, il sera possible d'endiguer la propagation de la maladie. Le budget du programme fédéral russe a été multiplié par 20 cette année ; il a pour objectif de découvrir des moyens pratiques de traitement et de prévention.

L'OMS a besoin d'une action collective accrue contre le VIH/SIDA. La Fédération de Russie appuie les orientations stratégiques définies pour parvenir en 2010 à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins. Elle accueille en outre favorablement l'action de l'OMS visant à mettre en oeuvre les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr AMMAR (Liban) accueille favorablement le rapport exhaustif. Au Liban, le programme national de lutte contre le SIDA s'est concentré au début des années 90 sur l'éducation sanitaire et les activités de sensibilisation. Cette action s'est rapidement transformée en un vaste réseau associant tous les ministères et toutes les organisations non gouvernementales concernés, ainsi qu'un système de notification et de surveillance. En 1997, le Ministère de la Santé a commencé à fournir gratuitement des traitements antirétroviraux, et des négociations menées avec le soutien de l'OMS auprès des laboratoires pharmaceutiques ont conduit à une baisse importante des coûts. La stratégie nationale a été réévaluée en 2003. Le programme national de lutte contre le SIDA applique les trois principes. La mobilité de la population cible reste un enjeu majeur, le Liban étant un pays touristique connaissant une forte émigration de sa population jeune. Il est regrettable que le pays ne remplisse pas les critères pour présenter des propositions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; une plus grande souplesse serait souhaitable à cet égard.

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela) dit qu'en 2005 et 2006 son pays a attribué US \$70 millions à des programmes sur le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, qui ont permis d'atteindre l'objectif de l'accès universel à un traitement gratuit pour tous les patients atteints du VIH/SIDA et de mettre en place des projets de promotion de la santé et de prévention des infections sexuellement transmissibles.

Une alliance stratégique entre les ministères de la santé, d'une part, et de la communication et de l'information, d'autre part, avec l'appui de l'ONUSIDA et de l'UNICEF, a permis de mener une campagne de prévention associant les médias et une large diffusion de matériels d'information. Dans le même temps, le pays sensibilisait davantage la population en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Depuis 2003, il finance également des projets locaux de prévention de l'infection à VIH et de promotion des droits de l'homme en faveur des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le pays assure des soins gratuits, y compris les médicaments, consultations et examens, à 16 000 patients VIH-positifs. Il a sensiblement réduit le coût des médicaments par le recours aux génériques. Il assure également gratuitement des soins à l'accouchement et un traitement antirétroviral de grande efficacité.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 2, p. 77.)

La séance est levée à 18 heures.

CINQUIEME SEANCE

Jeudi 25 mai 2006, 9 h 15

Président : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

puis : Dr A. RAMADOSS (Inde)

1. PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A59/47)

Le Dr CISSÉ (Guinée), Rapporteur, donne lecture du premier rapport de la Commission A.

Le Dr CHANTANA PADUNGTOD (Thaïlande), mentionnant le projet de résolution sur l'éradication de la poliomyélite, demande sur quelle base scientifique s'appuie la proposition du paragraphe 2.2) d'utiliser une autre composition vaccinale. Au paragraphe 2.3), il faudrait remplacer « de deux à cinq millions d'enfants » par « tous les enfants », étant donné les différentes tailles des populations touchées. Au paragraphe 2.5), de quelles données scientifiques dispose-t-on pour justifier « le niveau de la surveillance de la paralysie flasque aiguë à plus de deux cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans » ?

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que, même si le rapport est encore sous forme provisoire, le débat sur le fond ne peut être rouvert. De plus, le personnel technique correspondant du Secrétariat n'est pas présent pour répondre aux questions posées. Toutefois, si elle estime que le rapport ne reflète pas l'accord obtenu sur le projet de résolution, la Commission peut, si elle le souhaite, solliciter la présence d'experts de l'OMS sur la poliomyélite qui fourniront des éclaircissements supplémentaires.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) demande si, en adoptant le projet de rapport, la Commission approuvera également le projet de résolution. La Commission ne peut laisser de côté les questions scientifiques soulevées.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme que, en adoptant le projet de rapport, la Commission approuvera également le projet de résolution. Toutefois, le débat sur cette résolution pourra être rouvert lorsque le rapport sera soumis en séance plénière.

Mme McKEOUGH (Bureau du Conseiller juridique) dit que, conformément à l'article 53 du Règlement intérieur, la tâche actuelle de la Commission consiste à vérifier si le rapport reflète l'accord auquel elle est parvenue. Le débat sur le fond ne peut être rouvert. Une fois que la Commission a adopté le projet de rapport, ce dernier est transmis en séance plénière où les délégués auront une occasion supplémentaire de faire part de leur point de vue sur le fond.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) dit à nouveau que les objectifs fixés aux paragraphes 2.3) et 2.5) ne peuvent être atteints par les pays qui ont de petites cohortes de naissance et des populations cibles peu importantes dans les zones touchées, ou qui sont peu peuplés. Le chiffre de « deux à cinq millions » constitue une erreur de fait et ne peut être maintenu dans la résolution. De plus, il n'existe à sa connaissance aucune données scientifiques à l'appui de l'objectif fixé au paragraphe 2.5).

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que, avant de remanier la résolution la veille, il avait consulté l'équipe chargée de la poliomyélite afin de déterminer si les amendements proposés étaient acceptables sur le plan technique. L'équipe avait répondu qu'ils l'étaient. Il propose que le délégué de la Thaïlande consulte les experts du Secrétariat sur la poliomyélite pour résoudre cette question.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) demande si cela signifie que la Commission repoussera l'adoption du rapport jusqu'à ce que ces experts aient été consultés. Dans le cas où ils décideraient que les dispositions des paragraphes 2.3) et 2.5) ne sont pas scientifiquement acceptables, y aura-t-il une possibilité de modifier le projet de résolution ?

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit qu'il consultera à nouveau les experts. S'ils estiment que les dispositions en question sont scientifiquement inacceptables, il en informera la Commission, mais la question devra être résolue en séance plénière.

Le PRESIDENT dit que, s'il n'y a pas d'objections, elle considérera que la Commission décide d'adopter le projet de premier rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Droits de propriété intellectuelle : Point 11.11 de l'ordre du jour (suite de la quatrième séance)

- **Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique** (documents A59/16, A59/16 Add.1, A59/16 Add.1 Corr.1 et A59/16 Add.2)
- **[Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R13 et annexe 4, et A59/17)

Le PRESIDENT félicite la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique d'avoir achevé sa tâche avec succès. Son rapport constituera une ressource exhaustive pour les responsables de la santé publique.

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif), présentant le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, dit que, comme ce dernier n'était pas disponible à temps pour la cent dix-septième session du Conseil exécutif, le Conseil a créé un comité composé de 12 de ses membres en le chargeant d'examiner le rapport lorsqu'il paraîtrait en avril 2006. A sa cent dix-septième session, le Conseil a également examiné un projet de résolution proposé par les membres désignés par le Brésil et le Kenya, qui a été soumis à l'Assemblée de la Santé dans la résolution EB117.R13. Une partie du texte du projet de résolution sur les activités de recherche-développement essentielles en santé est encore entre crochets.

Le rapport de ladite Commission a été soumis au Directeur général le 3 avril 2006 et le comité du Conseil exécutif s'est réuni le 28 avril 2006 pour l'examiner, sous la présidence du membre désigné par la Thaïlande, la vice-présidence étant assurée par le membre désigné par l'Australie. La

¹ Voir p. 284.

Présidente de la Commission a présenté le rapport.¹ Les débats du comité sont résumés dans le document A59/16 Add.1, qui contient également le texte d'un projet de résolution établi par le Secrétariat. Le comité a ensuite examiné le projet de résolution, en mettant entre crochets les parties du texte pour lesquelles il n'y avait pas eu d'accord.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, salue la qualité du rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique. La Commission a collaboré avec plusieurs autres parties prenantes à l'élaboration de recommandations à l'intention de l'Assemblée de la Santé. L'intervenante note la divergence de vues entre les membres de la Commission sur toute une série de questions. L'un des mandats de la Commission consistait à formuler des propositions concrètes de mesures à prendre par les parties prenantes nationales et internationales. Les recommandations de la Commission, tout en constituant une bonne base de départ pour les travaux futurs, ne vont pas assez loin et ne sont pas orientées vers l'action.

L'intervenante rappelle les raisons qui ont poussé à s'intéresser à l'impact des droits de propriété intellectuelle et des brevets sur la santé publique. Les droits de propriété intellectuelle ont pour objet de protéger et d'encourager la recherche et l'innovation, et les brevets sont des instruments conçus dans ce but, qui donnent aux chercheurs la possibilité d'avoir un monopole sur le marché pendant une période de temps définie afin de récupérer les coûts de la recherche. En d'autres termes, le prix d'un produit breveté devrait être la somme des coûts de production et de recherche, plus un juste profit. Malheureusement, le prix d'un certain nombre de produits va bien au-delà de ces coûts, ce qui constitue effectivement un abus du système de propriété intellectuelle. La Commission a indiqué que, dans la plupart des pays en développement confrontés à des problèmes d'accès aux médicaments, il n'existe pas d'enregistrement de brevets. Elle a donc fait valoir que, dans ce cas, la propriété intellectuelle ne pouvait être considérée comme un obstacle à cet accès, mais le rapport ne dit pas clairement quel est l'obstacle dans ces circonstances. Les pays africains ont avancé que, dans ce type de situation, les pays en développement n'ont pas accès à des médicaments qui sauveraient des vies parce que l'industrie qui les fabrique a choisi d'ignorer leurs marchés, pour la simple raison que les citoyens de ces pays ne peuvent payer les prix demandés par les fabricants. Or, si les entreprises en question baissaient leurs prix, le volume des ventes augmenterait, et les profits qui en résulteraient seraient semblables à ceux des marchés des pays développés. Le rapport montre que les entreprises ne souhaitent pas investir pour trouver des remèdes à des maladies prédominantes dans les pays en développement et recommande des moyens de stimuler la recherche-développement concernant les médicaments pour ces maladies négligées. Il souligne la nécessité de mieux sensibiliser les pays en développement et de promouvoir le recours aux flexibilités contenues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Plus précisément, il appelle à incorporer ces flexibilités dans les systèmes nationaux et remet en cause la justification, du point de vue de la santé publique, des règles « ADPIC-plus », en particulier des dispositions sur l'exclusivité des données. Il propose que l'OMS crée une base de données d'information sur les brevets de façon à supprimer les obstacles potentiels à la disponibilité des produits et à l'accès à ces produits. Quelle contribution le Secrétariat peut-il apporter à ces questions ?

Malgré le travail considérable du comité du Conseil exécutif, l'essentiel du texte du projet de résolution demeure entre crochets et doit être examiné plus avant. Le projet de résolution ne donne pas d'orientations suffisantes et l'Assemblée de la Santé devrait prendre l'initiative dans ce processus. La Commission avait pour mandat de contribuer, en particulier, à trouver des fonds et des mécanismes d'incitation appropriés pour la mise au point de nouveaux médicaments destinés à des maladies qui ont un impact disproportionné sur les pays en développement. Les pays africains continuent de s'en remettre à l'OMS pour s'occuper de cette question. Un plan d'action ciblé est nécessaire. Les pays

¹ Document CIPIH/2006/1.

africains ont déjà fait part de leur préoccupation devant les tentatives de l'industrie pharmaceutique d'agir sur l'indépendance de la Commission. Ils se demandent actuellement comment le projet de résolution, tel qu'il est rédigé, facilitera la transparence, la participation des gouvernements et le financement durable. Ils exhortent les Etats Membres à promouvoir la recherche et le développement d'interventions qui permettraient de lutter contre des maladies qui touchent les pays les plus pauvres du monde.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant également la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine mais se référant au cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en santé, dit que le projet de résolution qui figure dans la résolution EB117.R13 et celui du document A59/16 Add.1 sont suffisamment différents pour être examinés séparément. L'accès aux produits de la recherche et de l'innovation, notamment aux vaccins, aux diagnostics et aux traitements, est essentiel pour améliorer la santé des populations d'Afrique et d'autres pays en développement. Le *Rapport sur le développement humain 2005* du PNUD soulignait le déséquilibre entre les intérêts des détenteurs de l'innovation et l'intérêt public plus large.¹ Les efforts visant à aider les pays en développement ne donneront pas de résultats positifs sans un nouveau cadre d'accès à l'innovation. Nombreux sont ceux qui n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels et à d'autres technologies de la santé, soit parce que ces produits ne sont pas disponibles, soit parce qu'ils sont trop chers. Un cadre mondial s'impose d'urgence. Les pays africains sont vivement intéressés par les initiatives liées à l'innovation et à la recherche en santé publique. Le groupe spécial OMS pour la recherche sur les systèmes de santé et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé ont appelé l'attention sur le manque de recherches sur la santé intéressant les pays en développement. L'équipe du projet objectifs du Millénaire sur l'accès aux médicaments a également signalé que les structures actuelles ne suffisent pas à promouvoir la recherche-développement concernant les médicaments et les vaccins. Les médicaments destinés aux maladies qui représentent un problème de santé publique dans les pays en développement, comme la trypanosomiase et la leishmaniose, entrent dans la catégorie des médicaments pour maladies négligées. Les traitements de deuxième intention du paludisme, de la tuberculose et du VIH/SIDA pourraient entrer dans cette même catégorie faute d'incitation financière à l'innovation et à la production, les personnes atteintes ne pouvant payer les médicaments. Les pays africains ont reconnu avec l'équipe du projet objectifs du Millénaire sur l'accès aux médicaments essentiels que l'OMS devait jouer un rôle important pour aider les pays à atteindre les objectifs pertinents du Millénaire pour le développement.

Le Dr Nyikal appuie vigoureusement le projet de résolution qui figure dans la résolution EB117.R13, en dépit des nombreux crochets présents dans le texte. Un cadre d'innovation médicale viable doit prévoir un vaste éventail de mécanismes d'innovation à l'intérieur d'environnements institutionnels, culturels et sociaux différents. Il doit également être mondial de façon à offrir un processus multilatéral qui reconnaisse les droits de l'homme et les priorités de santé publique. Le projet de résolution tente de parvenir à un équilibre entre d'une part reconnaître l'importance des droits de propriété intellectuelle et des systèmes de brevets et d'autre part donner accès aux produits de santé à ceux qui n'ont pas les moyens de les payer. Le cadre mondial proposé encouragera les activités essentielles de recherche-développement dans le domaine médical grâce à un partage équitable des coûts. L'Assemblée de la Santé doit y apporter son soutien au nom de ceux qui, dans le monde, ont besoin de soins de santé mais sont trop pauvres pour les payer. L'intervenant souligne que le cadre proposé ne sera pas juridiquement contraignant, mais tiendra davantage compte des principes de responsabilité et de solidarité sociales. Il fonctionnera plutôt comme l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » qui, sans être juridiquement contraignante, a permis à de nombreuses personnes au Kenya d'avoir accès aux médicaments antirétroviraux.

¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, *Rapport mondial sur le développement humain 2005. La coopération internationale à la croisée des chemins : l'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités*. New York, 2005.

Le Dr VILLAVERDE (Philippines) est d'accord en général avec le projet de résolution sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle. Toutefois, les deux versions du paragraphe 2.1) sont complémentaires et peuvent donc être refondues comme suit : « à examiner les recommandations contenues dans le rapport et à contribuer activement à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux, compte tenu du contexte et des priorités nationales ». Les soins de santé publique, en particulier l'accès à des médicaments abordables, sont l'un des besoins fondamentaux de toute population. Une stratégie et un plan d'action mondiaux en matière de santé publique répondent aux besoins nationaux et aux priorités nationales.

L'intervenant accepte le libellé proposé pour les paragraphes 2.2) et 2.3) du projet de résolution et pour le paragraphe 3.1), sous réserve que l'expression « à composition non limitée » soit clarifiée ; il est possible qu'elle soit incompatible avec le paragraphe 3.2) qui donne au groupe de travail intergouvernemental des délais précis pour finir ses travaux. D'après ce paragraphe, le texte final de la stratégie et du plan d'action devra être prêt pour être soumis à l'examen de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. L'intervenant ne met pas en doute l'urgence des tâches, mais l'analyse des incidences de la stratégie mondiale peut nécessiter davantage de temps.

Il recommande d'ajouter un nouveau paragraphe 3.4) libellé comme suit : « de faciliter la mise en place d'un système d'échange d'informations pour suivre les brevets et l'élaboration d'un système de surveillance et de base de données qui vérifiera la durée du brevet des médicaments originaux ». Ce système d'information aiderait les organismes de réglementation et les bureaux de la propriété intellectuelle des Etats Membres, en particulier dans les pays en développement, à assurer un meilleur accès aux médicaments essentiels. Le paragraphe 3.4) deviendrait alors le paragraphe 3.5) et serait modifié comme suit : « de surveiller, du point de vue de la santé publique, en collaboration étroite avec les experts de la propriété intellectuelle, l'incidence des droits de propriété intellectuelle, et d'autres questions traitées dans le rapport, sur la mise au point de produits liés à la santé, l'accès à ces produits et leur coût abordable ». Pour des raisons de clarté, on pourrait ajouter un nouveau paragraphe 3.6) libellé comme suit : « de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les conclusions et les résultats de cette surveillance, avec les recommandations appropriées ».

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche) dit que le point de l'ordre du jour à l'examen est essentiellement de la compétence de la Communauté européenne. Elle demande donc que le représentant de la Commission européenne soit autorisé à formuler des observations à ce sujet.

Mme McKEOUGH (Bureau du Conseiller juridique) dit que, d'après le Règlement intérieur, les représentants d'organisations intergouvernementales comme la Commission européenne sont autorisés à prendre la parole à l'invitation du Président. A l'Assemblée de la Santé, ils interviennent normalement après les Etats Membres, mais la Commission peut les autoriser à prendre la parole plus tôt sur l'invitation du Président.

Il en est ainsi convenu.

Le Dr RAJALA (Commission européenne), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres et précisant que les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats à l'adhésion – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie – et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'entrée dans l'Europe – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro – s'associent à sa déclaration, félicite la Commission pour son rapport et pour les projets de résolutions qu'il contient sur les droits de propriété intellectuelle. Ces droits sont à la fois un stimulant important pour la mise au point de nouveaux produits liés à la santé et une occasion de poursuivre le dialogue. La Communauté européenne et ses Etats Membres réclament depuis longtemps l'adoption de mesures dans ce domaine, comme la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ; un certain nombre de mécanismes encouragent la mise au point des médicaments nécessaires et veillent à ce qu'ils soient accessibles. Le Dr Rajala demande

instamment à tous les pays d'utiliser ces dispositions. Il convient d'aider les pays en développement à bénéficier des flexibilités ménagées par l'Accord sur les ADPIC, et il faut se féliciter du rôle joué par l'OMS à cet égard. L'efficacité des dispositions en question devrait faire l'objet d'un suivi.

Le projet de résolution sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique devrait mettre l'accent sur les prix et la disponibilité des médicaments et des autres produits liés à la santé, en tenant dûment compte des droits de propriété intellectuelle et des brevets. Il importe que les Etats Membres et les organisations d'intégration économique régionale appliquent les recommandations du rapport. Le plan d'action mondial recommandé par la Commission sera le bienvenu. Un groupe de travail intergouvernemental devrait être mis en place pour examiner les recommandations de la Commission. Il se félicite du travail systématique réalisé par l'OMS pour recenser les besoins pharmaceutiques dans une perspective de santé publique.

Le projet de résolution portant sur l'établissement d'un cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en santé, contenu dans la résolution EB117.R13, reprend en grande partie les aspects soulevés dans le rapport de la Commission, et ces deux résolutions pourraient être examinées ensemble. Il existe des mécanismes qui permettent de donner leur juste poids aux considérations concernant la propriété intellectuelle et les besoins en matière de santé, et il convient de les utiliser. La Commission a formulé de nombreuses recommandations utiles pour le plan d'action mondial, qui devraient être suivies, en particulier par les pays développés.

Le Professeur TOUMI (Tunisie) souligne l'importance de l'Accord sur les ADPIC pour les politiques de santé et, en particulier, pour les médicaments. Il est fondamental d'encourager et de rémunérer convenablement les activités de recherche-développement sans pour autant limiter l'accès aux médicaments. Le soutien à l'Accord sur les ADPIC doit s'accompagner d'une certaine transparence des aspects financiers liés au prix des médicaments et une partie des revenus des brevets devrait servir à financer la recherche sur les maladies négligées. La communauté internationale devrait éviter de mettre en place, dans le cadre des accords de l'OMC, des mécanismes supplémentaires visant à protéger la propriété intellectuelle en matière de médicaments, car cela aurait pour effet de limiter plus encore l'accès à ces derniers. Les prochaines Assemblées de la Santé devraient examiner la politique et l'action de l'OMS dans le domaine des médicaments.

M. SHARMA (Inde), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, salue le travail accompli par la Commission. Les deux projets de résolutions à l'examen ont des objectifs très similaires et pourraient être examinés conjointement par un groupe de rédaction afin de parvenir à un consensus sur un texte qui tienne aussi compte des préoccupations soulevées par les Etats Membres de la Région africaine.

M. IWABUCHI (Japon) préconise un examen plus poussé des opinions divergentes émises par les membres de la Commission, qui sont reproduites dans l'annexe du rapport. Il importe que les droits de propriété intellectuelle soient dûment protégés pour faciliter l'innovation dans le domaine des produits pharmaceutiques et des autres produits liés à la santé. Le système des brevets est une incitation efficace à l'élaboration de nouveaux médicaments. Il est certes nécessaire d'élaborer de nouveaux médicaments pour traiter les maladies qui affectent plus particulièrement les pays en développement et améliorer l'accès à ces médicaments. Cependant, du point de vue des investissements dans la recherche et le développement, il n'est pas financièrement avantageux de traiter les besoins des pays en développement de manière uniforme, du fait que leurs priorités de santé publique ne sont pas toujours les mêmes.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) dit que le rapport de la Commission est, d'une manière générale, bien documenté, qu'il contient des recommandations pratiques et reflète les relations complexes entre la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Il reconnaît que l'élaboration de nouveaux médicaments est un processus risqué et coûteux qui doit reposer sur des

incitations. Les droits de propriété intellectuelle bénéficient aux patients de tous les pays. Le rapport reconnaît à juste titre que le système de la propriété intellectuelle n'est pas un obstacle à l'élaboration de nouveaux médicaments pour les maladies particulièrement répandues dans les pays en développement. Cela dit, dans certains cas, la Commission n'a pas respecté le cadre de son mandat, allant au-delà des faits ou citant d'autres documents sans rapport avec la question, notamment à propos du respect des droits de l'homme. En outre, sa recommandation relative à l'utilisation de licences obligatoires pour promouvoir la recherche sur les problèmes de santé des populations des pays en développement n'offre aucune garantie de résultats concrets.

M. Abdoou approuve la recommandation 3.6 de travailler davantage l'idée d'un traité sur la recherche-développement, de sorte que les gouvernements et les décideurs puissent agir en connaissance de cause. Il a présenté des observations écrites concernant le rapport, qui reposent sur une analyse faite par des experts des National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique. Son pays participera pleinement au groupe de rédaction sur les résolutions.

M. BENTO ALCÁZAR (Brésil) dit que son pays a déjà donné son avis sur le rapport en avril. Les deux projets de résolutions sont similaires et devraient être étudiés conjointement par un groupe de travail. Le 23 mai, les ministres de la santé de 10 pays d'Amérique du Sud ont signé une déclaration commune sur la propriété intellectuelle, l'accès aux médicaments et la santé publique. Le Secrétariat dispose d'un exemplaire de ce document.

M. McNEE (Nouvelle-Zélande) dit que son pays soutient les efforts déployés pour faciliter l'accès aux médicaments et à d'autres technologies en vue d'améliorer la santé. Il salue le rapport de la Commission et exhorte tous les Etats Membres à s'inspirer activement de ses conclusions et à rechercher un consensus sur les résolutions pertinentes.

Le Dr LARSEN (Norvège) se félicite du rapport de la Commission. L'accès à des médicaments abordables est un élément essentiel dans la réalisation du droit à la santé. La Commission a mis l'accent sur l'accessibilité des produits médicaux qui sont particulièrement importants pour les pays en développement. Il préconise lui aussi un examen plus poussé du rapport et du projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R13 par un groupe intergouvernemental. Les organisations non gouvernementales pourraient apporter une précieuse contribution à cet égard et devraient être invitées à participer aux débats d'un groupe de travail sur la question, aux côtés de représentants de la société civile.

Le Dr Larsen reconnaît que des moyens financiers supplémentaires devraient être alloués à la recherche sur les maladies qui frappent en particulier les pays pauvres et approuve le projet de plan d'action mondial. Le système d'incitation actuel devrait être modifié pour tenir compte du pouvoir d'achat limité des pays pauvres. Les droits de propriété intellectuelle représentent une incitation importante pour l'élaboration de produits médicaux à l'intention des pays économiquement avancés, mais il est clair qu'ils ne peuvent traiter les enjeux auxquels se trouvent confrontés les pays plus pauvres. Le Dr Larsen approuve les recommandations de la Commission se rapportant à l'Accord sur les ADPIC et aux dérogations qu'il prévoit en ce qui concerne la santé publique dans les pays en développement. La Norvège, qui a vigoureusement milité en faveur de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, est d'avis que les pays devraient incorporer dans leur législation nationale les accords internationaux permettant de recourir aux dérogations prévues dans l'Accord sur les ADPIC en cas de nécessité. Elle veille à ce que les traités bilatéraux auxquels elle est Partie respectent pleinement les flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC en matière de santé publique et demande instamment à tous les pays développés de faire de même. Le Dr Larsen relève avec satisfaction que la Commission a mis l'accent sur le fait que les droits de l'homme sont une dimension importante de l'accès aux médicaments, et se félicite de l'observation générale du Comité des Droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU sur le droit à la santé.

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela), saluant le travail accompli par la Commission et le Secrétariat, dit qu'elle conteste non pas les droits de propriété intellectuelle de l'inventeur, qui sont matérialisés par un brevet, mais les abus auxquels ils donnent lieu, et notamment les tentatives de breveter des produits ou des procédures qui ne sont pas des inventions ou les efforts déployés pour empêcher la commercialisation des médicaments génériques. Au mépris de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, les grandes sociétés pharmaceutiques exploitent bien souvent les droits de propriété intellectuelle au détriment des pays pauvres. Il faut que s'instaurent des pratiques commerciales équitables fondées sur la complémentarité, la coopération, la solidarité et le respect de la souveraineté des peuples. Ces principes sont consacrés dans la Constitution du Venezuela, qui définit en outre la santé comme un droit social et place les droits de l'homme au-dessus des intérêts commerciaux. L'accent doit être mis sur les droits des patients et des détenteurs de brevets. Les droits de propriété intellectuelle ne doivent pas entraver les progrès scientifiques et technologiques, mais ils ne doivent pas non plus être utilisés pour limiter l'accès aux médicaments ou la fabrication de médicaments génériques qui présentent les mêmes garanties d'efficacité thérapeutique. La propriété intellectuelle doit promouvoir l'innovation technologique et le transfert de technologie plutôt que de favoriser les monopoles et la concurrence déloyale. Elle est favorable à l'idée de regrouper les deux projets de résolutions en un seul et même texte.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) fait l'éloge du rapport de la Commission qui met l'accent sur le fait que toutes les parties prenantes doivent s'engager moralement à prendre des mesures énergiques pour protéger et faire progresser la santé publique. L'accès aux produits issus de la recherche et de l'innovation tels que les vaccins, les outils diagnostiques et les traitements est une condition nécessaire pour améliorer la santé dans les pays en développement. La Commission a souligné à juste titre l'importance des produits pharmaceutiques et biotechnologiques dans ces pays, la nécessité d'abaisser les prix des médicaments essentiels tels que les médicaments de deuxième intention contre le SIDA et le danger des alliances commerciales qui entravent l'accès aux médicaments indispensables. Les versions génériques plus abordables des nouveaux médicaments contre le SIDA sont essentielles pour freiner la propagation du VIH. Mme Le Thi Thu Ha approuve la recommandation selon laquelle l'OMS devrait surveiller continuellement les effets de l'Accord sur les ADPIC. L'OMS devrait aussi évaluer les incidences négatives des dispositions de l'Accord ADPIC-plus adoptées dans le cadre des accords de libre-échange, et notamment de l'exclusivité des données, de l'extension de la durée d'un brevet et de l'établissement d'un lien entre les brevets et l'homologation des médicaments. L'OMS devrait commencer à élaborer un plan d'action mondial afin de financer la mise au point et permettre une meilleure accessibilité des médicaments susceptibles de traiter les maladies qui affectent plus particulièrement les pays en développement.

Mme WISEMAN (Canada) reconnaît l'urgence et la complexité du mandat de la Commission et accueille avec satisfaction son rapport. Les recommandations qui y figurent appellent un suivi. Les deux projets de résolutions dont est saisie la Commission A favoriseraient l'innovation dans l'élaboration de médicaments contre les maladies qui affectent principalement les pays en développement et également l'accès à ces médicaments. Elle est favorable à la création d'un groupe de rédaction intergouvernemental, pour une durée déterminée, afin de faciliter l'approbation des projets de résolutions.

Le Professeur AYDIN (Turquie) considère qu'un rapport exhaustif et utile associe la découverte et la mise au point de produits à une distribution équitable dans un cadre conceptuel, en décrivant la complexité des interfaces entre ces deux étapes. Il convient de tirer parti des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les ADPIC et confirmées par la Déclaration de Doha afin de protéger la santé publique. Il importe d'élaborer d'urgence des produits nouveaux et d'un coût abordable. Les activités de recherche-développement devraient être axées en priorité sur les besoins des patients dans les pays d'endémie et ne pas chercher à entraver l'accès des plus démunis aux médicaments indispensables. Le

Professeur Aydin approuve la recommandation de la Commission relative à un plan d'action mondial visant à fournir des orientations aux pays en développement.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, félicite la Commission pour son rapport. Les droits de propriété intellectuelle encouragent l'innovation, et favorisent notamment la production de médicaments contre les maladies qui affectent plus particulièrement les pays en développement. Toutefois, dans certaines régions, et en particulier celles qui sont en développement, une solide protection de la propriété intellectuelle n'a guère favorisé l'innovation. D'autres mécanismes d'incitation utiles examinés dans le rapport pourraient donc être envisagés. A cet égard, il faudrait suivre une politique cohérente à l'égard des pays en développement, encourager la coopération interinstitutionnelle et dans le secteur de la recherche entre pays développés et pays en développement, et prendre en considération les flexibilités prévues par l'Accord sur les ADPIC et reconnues dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. Les pays développés devraient avoir plus de souplesse sur les questions de santé publique dans leurs accords commerciaux bilatéraux avec les pays en développement plutôt que d'essayer d'imposer à ces derniers des engagements ADPIC-plus. L'OMS devrait intensifier sa coopération avec d'autres organisations intergouvernementales compétentes comme l'OMPI, de manière à assurer une mise en oeuvre efficace des recommandations. Les propositions de la Commission méritent d'être examinées plus avant. L'élaboration d'un plan d'action mondial et la création d'un groupe de travail de durée limitée répondraient aux attentes des Etats Membres. Le Dr Sadrizadeh appuie le projet de résolution.

Il convient de mettre rapidement en place un nouveau mécanisme international pour les activités de recherche-développement axées sur les besoins, de manière à faciliter l'accès aux médicaments et à veiller à ce qu'ils soient vendus à un prix abordable. Il importe en outre de disposer de ressources suffisantes de façon durable. A cet égard, des incitations peuvent s'avérer très utiles, y compris les droits de propriété intellectuelle, pour autant toutefois que l'on tienne dûment compte des besoins des pays en développement.

Le rapport de la Commission décrit les préoccupations des Etats Membres relatives au financement des activités de recherche-développement ; il importe aussi que les coûts soient répartis de façon équitable entre les bénéficiaires. Dans les accords commerciaux bilatéraux avec les pays en développement, il est préférable de renoncer aux dispositions des ADPIC-plus, car ces pays n'ont pas, en matière de propriété intellectuelle, l'infrastructure nécessaire et ils ont besoin de médicaments d'un coût abordable.

Le Dr Sadrizadeh préconise la constitution d'un groupe de travail pour examiner les propositions relatives à la mise en place d'un cadre mondial pour soutenir les efforts de recherche-développement. Il considère en outre qu'il faudrait suivre les recommandations de la Commission et présenter aux Etats Membres des rapports d'activité annuels lors des prochaines Assemblées de la Santé.

Le Dr GAD (Egypte) approuve la conclusion de la Commission selon laquelle l'innovation devrait porter non pas seulement sur les activités de recherche-développement, mais sur la mise au point de traitements spécifiques des maladies qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement. Le fait que l'innovation fonctionne en circuit fermé dans les pays développés crée un certain déséquilibre entre ces pays et les pays en développement. La mise en place de mécanismes propres à encourager l'innovation tels que des jumelages, des couplages ou d'autres formes de coopération permettrait de stimuler l'innovation dans les pays dotés de l'infrastructure nécessaire. Les accords de libre-échange qui contiennent des dispositions relatives à la protection de la propriété intellectuelle allant plus loin que celles de l'Accord sur les ADPIC auraient des répercussions négatives sur la santé publique et sur l'accès aux médicaments et sont par conséquent contraires aux objectifs de l'OMS. Le Dr Gad soutient les deux projets de résolutions.

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba) remercie la Commission pour son rapport, qui contient de nombreuses recommandations précieuses. La plus grande partie de la population mondiale n'a pas bénéficié des progrès médicaux sans précédent réalisés au cours du XX^e siècle. La charge de mortalité reste très importante dans tous les pays en développement. Le coût élevé des médicaments essentiels est imputable à l'Accord sur les ADPIC qui impose l'obligation de protéger les médicaments et leurs procédés de fabrication par des brevets. Cet Accord devrait être appliqué dans une optique favorable à la santé, en encourageant à la fois l'accès aux médicaments existants et la poursuite des activités de recherche-développement. Les normes de protection de la propriété intellectuelle devraient être conformes aux dispositions de la Convention sur la diversité biologique. Les aspects de la propriété intellectuelle liés au commerce et à la santé publique pourraient permettre de résoudre certains problèmes, notamment dans le contexte du VIH/SIDA, de la tuberculose, du paludisme et d'autres épidémies. A cet égard, les dispositions ADPIC-plus sont entièrement négatives. Les initiatives proposées doivent répondre aux besoins des pays qui sont confrontés aux problèmes de santé les plus graves. Le groupe de travail intergouvernemental envisagé permettrait à tous les pays intéressés d'examiner ces questions.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) fait l'éloge du rapport de la Commission. L'invention de nouveaux produits à usage médical et l'élargissement de l'accès des pays en développement aux médicaments dépendront de la mesure dans laquelle les Etats Membres et les autres parties intéressées seront disposés à mettre en oeuvre ces recommandations. Le rapport n'a pas étudié les moyens de réduire le coût de la recherche clinique et de la procédure de réglementation pas plus que les moyens d'accroître la contribution du secteur privé aux activités de recherche-développement, et il n'a pas proposé de solutions concrètes pour le transfert des techniques de production dans les pays en développement. Il a examiné la nécessité de rendre les médicaments accessibles et abordables pour toutes les catégories de maladies, sans insister sur l'importance de traiter les maladies négligées qui affectent principalement ou exclusivement les populations pauvres des pays en développement. Le Dr Botros Shokai appuie l'intervention du délégué de la République islamique d'Iran.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) suggère que l'on confie à la Suisse la présidence du groupe de rédaction proposé pour examiner les deux projets de résolutions.

Le Dr NOEHRENBERG (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite que la Commission reconnaisse les importantes contributions de l'industrie pharmaceutique à la mise au point de médicaments visant à répondre aux besoins des pays en développement en matière de santé. Il fait observer que les 90 % des nouveaux médicaments figurant sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels ont été élaborés par l'industrie, à qui l'on doit en outre les meilleurs traitements actuels, fournis à prix coûtant, voire gratuitement, des maladies négligées telles que la trypanosomiase humaine africaine, l'onchocercose et la leishmaniose. L'industrie élabore et commercialise en outre de nombreux produits contre le VIH/SIDA, les infections respiratoires, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, la dépression et d'autres affections responsables d'une grande partie de la charge de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale. Le système actuel est par conséquent à même de répondre aux besoins de santé mondiaux, y compris de faire face aux maladies qui affectent principalement les pays en développement. La Fédération internationale de l'Industrie pharmaceutique se félicite que le rapport ait réaffirmé le rôle essentiel des droits de propriété intellectuelle dans la promotion de l'innovation, qui permet de sauver des vies et d'améliorer la santé à l'échelle mondiale.

Il faut davantage d'incitations pour renforcer la recherche sur les maladies qui affectent en particulier les pays en développement, comme les contrats d'achats anticipés et les partenariats entre le secteur public et le secteur privé. Il faut aussi agir au niveau national pour mettre en oeuvre des incitations fondées sur les lois du marché. L'industrie pharmaceutique espère pouvoir continuer à collaborer avec l'OMS, le secteur public et la société civile pour faire progresser les activités de

recherche-développement, afin d'améliorer la santé dans le monde, y compris dans les pays en développement.

Mme DANIELS (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, fait l'éloge du rapport de la Commission. Elle est favorable à une approche intergouvernementale en vue de convenir d'un plan d'action pour la mise en oeuvre de ces recommandations et approuve la proposition de constituer un groupe de travail intergouvernemental pour créer un cadre mondial qui soutiendrait les activités essentielles de recherche-développement en matière de santé. Les innovations doivent répondre à des besoins réels et être accessibles. Le groupe de travail proposé servirait de cadre pour décider comment fixer les priorités pour les activités essentielles de recherche-développement en matière de santé et comment répartir les coûts. Le projet de résolution se réfère aussi bien aux activités de recherche-développement des secteurs public et privé qu'à l'équilibre entre la protection de la propriété intellectuelle, l'intérêt public et l'innovation permanente. Il relève en outre la nécessité d'entreprendre des activités de recherche dans des domaines prioritaires tout en laissant aux gouvernements le soin de veiller à ce que les produits liés à la santé soient accessibles et d'un coût abordable.

La riposte à la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère a démontré que la volonté politique pouvait assurer une coopération internationale rapide et efficace. Cela dit, aucun système ne propose une réponse durable aux maladies qui frappent en particulier les populations pauvres des pays en développement. Un nouveau cadre mondial fournirait des moyens d'examiner comment partager le coût de la recherche-développement pour toutes les maladies, celles des riches autant que celles des pauvres.

Mme Daniels demande instamment aux Etats Membres d'approuver le projet de résolution.

Le Dr KAMAL SMITH (Oxfam), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, souligne le rôle de la concurrence induite par les médicaments génériques pour faire baisser le prix des médicaments, comme c'est le cas par exemple des agents antirétroviraux. Les modalités des ADPIC-plus introduites dans les accords bilatéraux et régionaux de libre-échange ont de graves répercussions pour les pays qui ont besoin de médicaments abordables. OXFAM relève avec satisfaction que le rapport insiste sur la nécessité de reconnaître explicitement, avant qu'ils ne soient signés, les conséquences néfastes pour la santé d'accords aussi contraignants. Les flexibilités ménagées par l'Accord sur les ADPIC n'aident pas les pays qui souhaitent avoir accès aux médicaments protégés par un brevet. Ce rapport apporte une preuve supplémentaire de l'incapacité du système des droits de propriété intellectuelle à encourager les activités de recherche-développement axées sur les médicaments pour les pauvres. De nouveaux mécanismes sont nécessaires pour promouvoir la recherche-développement relative aux maladies transmissibles et non transmissibles. Le cadre proposé dans le projet de résolution permettrait aux pays d'adapter leurs politiques de recherche-développement à leurs besoins de santé publique.

Le Dr Kamal Smith prie instamment l'Assemblée de la Santé d'adopter les recommandations du rapport. Les deux projets de résolutions reconnaissent qu'il est urgent de garantir l'accès aux médicaments et préconisent la production durable de biens de santé publique à faible coût grâce à la concurrence et à de nouvelles modalités de financement des activités de recherche-développement.

Mme DE HOZ (Argentine) approuve la déclaration du délégué du Brésil et se félicite du rapport de la Commission. Il convient de renforcer les alliances stratégiques pour le transfert de technologie. Elle est préoccupée par la charge croissante de morbidité qui pèse de manière disproportionnée sur certains pays de la Région des Amériques, et en particulier sur les femmes et les enfants, ainsi que par les problèmes de santé émergents liés aux maladies négligées et transmissibles. Il faut que l'incidence de la protection par les brevets sur l'accès aux médicaments continue de faire l'objet d'un dialogue international.

Le Dr NOTTAGE (Bahamas) dit que les pays Membres de la Communauté des Caraïbes apprécient le travail de la Commission. La Communauté a institué un comité consultatif technique sur les ADPIC afin d'évaluer la capacité de ses Membres à tirer parti des flexibilités ménagées par l'Accord sur les ADPIC de façon à avoir accès à des produits pharmaceutiques d'un coût abordable. Toutefois, la fabrication de produits pharmaceutiques n'est pas réalisable pour des raisons économiques dans les petits pays en développement de la Région des Caraïbes et les avantages de l'Accord sur les ADPIC en termes de santé publique ne peuvent être obtenus dès lors qu'un niveau de pauvreté relativement élevé entrave l'accès aux médicaments. L'équilibre entre les droits des brevets et ceux des patients n'est guère facile à maintenir. Les compagnies pharmaceutiques doivent réaliser des profits mais elles ont aussi une responsabilité humanitaire. Les prix actuels des médicaments ne permettent pas aux pays de la région d'assurer à tous les patients qui en ont besoin un accès permanent aux produits pharmaceutiques, d'autant plus que la charge de morbidité dans ces pays est principalement liée au VIH/SIDA et aux maladies chroniques.

Les pays de la Communauté des Caraïbes approuvent le projet de résolution dans ses grandes lignes et demandent l'assistance de l'OMS et de l'OPS en vue de renforcer les systèmes de réglementation régionale, de manière à garantir la qualité des produits importés.

Le Dr TÜRMEN (représentant du Directeur général) remercie les délégués pour leurs observations et les Gouvernements du Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord et de la Suisse ainsi que la Fondation Ford pour l'assistance qu'ils ont fournie à la Commission dans ses travaux et pour l'établissement de son rapport.

Mme DREIFUSS (Présidente de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique) remercie les gouvernements de leur généreux soutien et salue la contribution des organisations non gouvernementales et des différentes parties prenantes de l'industrie pharmaceutique. Le rapport de la Commission reconnaît le rôle des droits de propriété intellectuelle dans l'innovation médicale, mais il en montre aussi les limites. Il présente la question dans un cadre général, examinant en amont le financement et la créativité de la recherche fondamentale et, en aval, les questions de l'accès aux médicaments et de l'organisation des systèmes de santé ou d'assurance-maladie. La question est donc abordée à la fois sous l'angle d'une application raisonnable des droits de propriété intellectuelle, compte tenu de toutes les discussions qui ont eu lieu depuis les négociations de Doha et de la mise en oeuvre juste de l'Accord sur les ADPIC, et sous l'angle d'autres mécanismes d'incitation pouvant se révéler nécessaires lorsque toutes les conditions ne sont pas réunies. Bon nombre des recommandations du rapport s'adressent aux gouvernements, auxquels incombe la responsabilité de créer des conditions favorables à l'innovation et à la santé publique, mais beaucoup d'autres s'adressent aussi, par l'intermédiaire des Etats Membres, au Secrétariat, qui a un rôle essentiel à jouer pour créer des synergies et renforcer la dynamique actuelle.

La Commission sait gré aux Etats Membres de leur volonté de mettre en place un cadre mondial sous forme d'un plan d'action mondial pour maintenir cette dynamique et de répondre aux espoirs qui ont été placés dans la science pour le bien commun de toute l'humanité.

Le Dr ANANT MASHELKAR (Vice-Président de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique) dit que le rapport reflète le mandat de la Commission, à savoir comment rendre les médicaments disponibles, accessibles et abordables, en mettant l'accent sur l'innovation, aussi bien sur les plans technique que politique. Des possibilités importantes s'offrent aujourd'hui grâce à l'influence conjuguée de quatre facteurs : une sensibilisation accrue du public ; de formidables progrès scientifiques, avec notamment l'émergence de nouveaux producteurs de connaissances et, partant, l'occasion de constituer de nouveaux partenariats de connaissances ; la création de nouveaux forums institutionnels sous forme de partenariats public-privé et de nouvelles possibilités de financement. Les recommandations du rapport et les débats qu'il a suscités devraient déboucher sur l'instauration d'une nouvelle entente mondiale grâce à laquelle les nantis et les démunis seraient disposés à collaborer et les intérêts de l'innovation et ceux de la société seraient protégés.

Le **PRESIDENT** propose que les projets de résolutions et les propositions d'amendements soient confiés à un groupe de travail à composition non limitée, présidé par la Suisse, qui se réunirait immédiatement.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la onzième séance, section 2, p. 183.)

Le Dr Ramadoss assume la présidence.

VIH/SIDA : Point 11.3 de l'ordre du jour (suite)

- **VIH/SIDA : contribution de l'OMS à l'accès universel, à la prévention, au traitement et aux soins** (document A59/39) (suite de la quatrième séance)

Mme DE HOZ (Argentine) dit que la documentation sur le VIH/SIDA dont est saisie la Commission est conforme au plan stratégique national de l'Argentine pour 2004-2007. S'agissant du rapport sur la nutrition et le VIH/SIDA (document A59/7), elle prend note de l'importance de l'appui fourni par le Secrétariat aux Etats Membres pour l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre de leurs plans de nutrition intersectoriels et de l'utilité du manuel publié conjointement par l'OMS et la FAO sur l'assistance nutritionnelle aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Elle soutient la recommandation de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, visant à créer des équipes communes de surveillance et d'évaluation dans les pays. Notant les progrès réalisés dans la Région des Amériques, elle préconise une approche globale de la prévention, du traitement, des soins et du soutien. A l'Assemblée générale des Nations Unies en mai-juin 2006, l'Argentine fera le point des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA.

Le Dr KAGGWA (Ouganda) approuve les cinq orientations stratégiques de l'OMS, en précisant toutefois qu'il importe de garantir, d'ici les cinq prochaines années, à tous ceux qui en ont besoin l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à un soutien. Il faut pour cela affecter des ressources supplémentaires aux niveaux national et international, renforcer les capacités des pays et leur fournir un appui technique afin de garantir une utilisation efficace des ressources financières, améliorer la coordination entre les donateurs et les gouvernements sur la base des trois principes et renforcer les systèmes de santé. L'Ouganda réaffirme sa volonté de développer l'accès aux services en rapport avec le VIH/SIDA, y compris au traitement antirétroviral. Il a déjà dépassé la cible des « 3 millions d'ici 2005 » qui consistait à fournir à 60 000 personnes un traitement antirétroviral.

M. HICKEY (Etats-Unis d'Amérique) appuie les projets de résolutions contenus dans les résolutions EB117.R2 et EB117.R8. Il souligne l'importance de la nutrition, en particulier pour les personnes infectées par le VIH/SIDA, car elle permet d'abaisser la morbidité et la mortalité et de renforcer les programmes de soins et de traitement. Dans le cadre des efforts déployés par son pays pour atteindre l'objectif de l'accès universel, il convient de mentionner le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le SIDA, qui a permis d'accroître le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral dans les pays aux ressources limitées : une assistance est actuellement fournie à 400 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA dans 15 pays et à 470 000 personnes à l'échelle mondiale, pour être soignées. M. Hickey approuve aussi l'idée de promouvoir davantage une nutrition appropriée pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'accès aux soins et au traitement s'étant élargi à l'échelle mondiale, il convient d'intensifier la coopération

entre les programmes d'assistance nutritionnelle et les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Cette coopération s'impose pour que le traitement antirétroviral et les programmes de nutrition agissent en synergie et ne soient pas antagoniques. Les services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels du VIH devraient être développés de façon que les personnes vivant avec le VIH/SIDA puissent connaître leur statut sérologique, prendre des décisions en connaissance de cause et bénéficier d'un appui nutritionnel et d'un traitement. La cellule mondiale de réflexion a mis l'accent sur les trois principes, ce que son Gouvernement approuve entièrement. M. Hickey appuie la résolution sur la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion.

Certes, l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins concernant le VIH/SIDA est un objectif admirable et le Gouvernement des Etats-Unis est déterminé à contribuer à sa réalisation, mais l'Assemblée de la Santé devrait insister sur le fait qu'il est ambitieux. En ce qui concerne la proposition de la Norvège tendant à ce que l'Assemblée de la Santé reprenne à son compte l'objectif d'un accès universel, il propose que cet objectif soit formulé en ces termes : « approcher le plus près possible de l'accès universel ».

Le Dr CONWAY (Tuvalu), exprimant son appui aux projets de résolutions, dit que, bien qu'aucun cas d'infection à VIH ou de SIDA n'ait été signalé dans son pays depuis 2002, il est difficile d'apprécier précisément le niveau d'infection en raison du manque d'empressement de la population à se soumettre au dépistage volontaire et de la difficulté de se procurer le matériel nécessaire. Suite à l'annonce du premier cas de VIH en 1995, un comité national du SIDA a été mis sur pied et une politique en matière de traitement, de soins et de nutrition a été approuvée en 2005. Aucun patient ne suit actuellement un traitement, mais un groupe de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA a été constitué. Tuvalu exprime sa reconnaissance à l'OMS et à ses partenaires pour leur assistance. Un soutien est encore nécessaire pour le renforcement des capacités, les activités de sensibilisation, de prévention et de lutte, les fournitures médicales, les activités du groupe d'appui et celles d'un laboratoire de référence spécialisé dans la Région du Pacifique, qui vient en aide aux pays qui ne disposent pas de services de laboratoire.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie) rend hommage à l'OMS pour les efforts incessants qu'elle déploie en vue de garantir l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins dans le domaine du VIH/SIDA. S'il n'a pas été possible d'atteindre la cible des « 3 millions d'ici 2005 », la mobilisation en vue de cet objectif a galvanisé les efforts visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment dans les domaines de la prévention, du traitement et de soins à l'intention de tous ceux qui en ont besoin. En Tanzanie, de nouveaux sites de traitement ont été ouverts, et la couverture est désormais nationale ; il est également prévu d'accroître le nombre de conseillers ayant reçu une formation. La cible fixée consiste à rendre le traitement antirétroviral accessible à 100 000 malades du SIDA d'ici la fin 2006 et à 400 000 d'ici 2008. La question du VIH/SIDA figure dans tous les programmes de développement et de réduction de la pauvreté, l'accent étant mis sur la prévention. Le Professeur Mwakyusa se félicite des quatre premières orientations stratégiques pour assurer un accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH/SIDA, décrites dans le rapport.

Les principales difficultés résident dans les services de diagnostic et de santé, la fourniture de médicaments et le financement durable. Le Professeur Mwakyusa appuie les projets de résolutions.

Le Dr BUTLER-JONES (Canada) dit que le Canada a participé aux travaux du Comité d'orientation mondial sur le renforcement de l'action en vue de l'accès universel et qu'il continuera de soutenir les efforts déployés par l'OMS pour offrir une assistance aux pays qui en ont besoin. Le fait que l'objectif de l'accès universel ait remplacé la cible des « 3 millions d'ici 2005 » témoigne d'une approche de la santé publique judicieuse, équitable et fondée sur les droits. Le Canada approuve les cinq orientations stratégiques proposées mais il établira des priorités d'action dans le cadre de ces orientations stratégiques, en coopération avec d'autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA. En progressant sur la voie de l'accès universel, l'OMS devra veiller au renforcement des systèmes de

santé et au respect de l'égalité entre les sexes. Ces activités devraient être effectivement liées aux services de santé sexuelle et génésique, aux soins de santé primaires et aux activités de prévention et de lutte.

Le Dr CHAOUKI (Maroc), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite de l'accent mis sur la nutrition dans la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH/SIDA. En raison des situations d'urgence et des crises humanitaires de plus en plus complexes et de plus en plus fréquentes dans les pays de la Région, on assiste à une augmentation du risque d'infection à VIH/SIDA. Dans ce contexte, la transmission mère-enfant du VIH soulève la question du choix entre les risques liés à l'allaitement et ceux liés à l'introduction des substituts du lait maternel. Il est réjouissant de constater que les Etats Membres ont adopté des politiques et des pratiques visant à promouvoir l'intégration de la nutrition dans une riposte globale au VIH/SIDA, et notamment en ce qui concerne les besoins en macronutriments et en micronutriments des personnes infectées par le VIH. Le Dr Chaouki soutient vigoureusement le projet de résolution présenté dans la résolution EB117.R2 et demande que la nutrition soit intégrée dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. Le Secrétariat devrait continuer à mettre à la disposition des Etats Membres des outils spécifiques permettant de sensibiliser les décideurs dans le cadre de la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il devrait élaborer des recommandations, des lignes directrices et des outils en matière de soins et de soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il est important de disposer de données factuelles et d'informations sur la question de l'incidence de la nutrition sur l'infection à VIH. Plusieurs Etats Membres ont besoin de toute urgence d'une assistance technique et financière afin de donner davantage de moyens aux personnels de santé de premier niveau ou de niveau intermédiaire qui s'occupent des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tant pour la prise en charge générale que pour la prise en charge communautaire des enfants séropositifs malnutris.

La politique adoptée par le Maroc pour mettre fin à l'épidémie consiste notamment à offrir un traitement gratuit : sur les 1990 cas de SIDA recensés en mars 2006, 1300 malades bénéficient d'un traitement antirétroviral très puissant. Les aspects fondamentaux de la planification stratégique au Maroc sont l'engagement politique, la participation de la société civile, la coordination intersectorielle, la coopération avec des partenaires et un financement assuré par le Gouvernement et des sources extérieures. La prévention repose sur le conseil et le dépistage volontaires, qui sont assurés dans 26 centres, ainsi que sur un système de surveillance ciblé, la communication de masse et une thérapie antirétrovirale gratuite. Certains problèmes restent à résoudre : assurer la durée des actions, et notamment de celles visant à élargir l'accès au traitement, développer les centres de conseil et de dépistage volontaires, fournir des services de prévention aux jeunes, aux femmes, aux utilisateurs de drogues et aux immigrés provenant de pays de l'Afrique subsaharienne, et promouvoir des méthodes de prévention comme l'usage des préservatifs. Le Maroc soutient le projet de résolution sur la nutrition et le VIH/SIDA.

Le Dr KEDIR (Ethiopie) dit que son pays met en oeuvre une politique relative à la fourniture et à l'utilisation d'antirétroviraux dans le cadre de la stratégie actuelle de prévention et de lutte dans le domaine du VIH/SIDA. Il a approuvé en 2005 un plan stratégique multisectoriel quinquennal sur le VIH/SIDA qu'il a incorporé dans ses plans de développement. Des activités de sensibilisation ont favorisé la participation d'autres institutions du système des Nations Unies, d'organisations bilatérales, d'organismes communautaires, d'organisations non gouvernementales et de l'ensemble de la communauté aux activités de prévention et de lutte. Les principaux obstacles à une prévention, un traitement et des soins efficaces sont la faiblesse du système de santé, les approches disparates des différents partenaires et l'insuffisance des ressources au niveau opérationnel. Il est nécessaire d'augmenter la capacité du système de santé, de doter la communauté de moyens accrus et de mettre en oeuvre des stratégies d'information, d'éducation et de communication plus efficaces ainsi que des programmes visant à faire évoluer les comportements. Les partenaires du développement devraient

aussi aligner leurs stratégies sur celles du Gouvernement et harmoniser leurs approches en vue de respecter les trois principes.

Le Dr SANGALA (Malawi), rappelant que le VIH/SIDA continue d'affecter tous les aspects de la société en Afrique subsaharienne, dit que l'introduction des antirétroviraux autorise un certain optimisme. Plus de 40 000 personnes bénéficient actuellement d'un traitement au Malawi sur les 180 000 qui remplissent les conditions pour en suivre. A mesure que le nombre de patients traités augmentera, il faudra renforcer les services de santé et en particulier les ressources humaines. Le Malawi réunit les conditions nécessaires pour bénéficier d'un financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme en vue d'améliorer son système de santé. Une attention croissante est en outre portée à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et au traitement des enfants. Le Dr Sangala approuve le rapport et la déclaration du délégué de la Norvège.

Mme THIAM (Côte d'Ivoire) dit que son pays compte parmi les pays de la région subsaharienne les plus touchés par le VIH/SIDA, avec un taux de prévalence de 7 % ; sur les 570 000 personnes qui vivent actuellement avec le VIH/SIDA, on dénombre 40 000 enfants. La stratégie de lutte du Gouvernement comporte une approche multisectorielle décentralisée, avec un dépistage volontaire gratuit et un traitement antirétroviral subventionné. Des faiblesses ont été recensées, notamment au niveau de la prise en charge et de la fourniture d'un traitement antirétroviral, des infrastructures de laboratoire et des ressources humaines. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a amélioré l'accès à la thérapie antirétrovirale. Il importe de mieux prévenir la transmission mère-enfant du VIH, d'augmenter les effectifs du personnel de santé et de mobiliser des ressources afin de pouvoir continuer à mener à bien les activités de prévention et de lutte. Un fonds national a été créé pour combattre le VIH, et l'adoption d'un plan stratégique national devrait faire baisser la prévalence. Mme Thiam se félicite de l'initiative adoptée par l'OMS et l'ONUSIDA et fait l'éloge du rapport.

M. RUÍZ MATUS (Mexique) dit que son Gouvernement a déployé des efforts accrus pour maintenir l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins pour toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le budget affecté à ces activités a augmenté de 25 % entre 2000 et 2006, en vue d'assurer un traitement et des soins intégrés de qualité depuis 2003 et un accès universel aux antirétroviraux, tout cela dans un esprit de respect et d'équité et avec la participation notamment de personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'établissements d'enseignement universitaire. L'OMS devrait veiller à ce que soit maintenue la production de nouveaux médicaments et des médicaments génériques à des prix qui permettent aux pays en développement d'atteindre les cibles qu'ils se sont fixées en matière de traitement. M. Ruíz Matus appuie la proposition du délégué de la Norvège.

M. GREEN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) souligne l'importance de la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, ainsi que le demande le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R8. Il apprécie la contribution de l'OMS à l'appui stratégique en vue d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins liés au VIH/SIDA. Il approuve aussi les déclarations des délégués du Canada et de la République-Unie de Tanzanie ainsi que la proposition du délégué de la Norvège en faveur de l'accès universel.

Le Dr HERNAWATI (Indonésie), se référant au projet de résolution sur la nutrition et le VIH/SIDA contenu dans la résolution EB117.R2, dit qu'en 1993, le Gouvernement indonésien a élaboré des lignes directrices sur les soins, notamment nutritionnels, le soutien et le traitement destinés aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il existe actuellement 75 hôpitaux dont le personnel a été spécialement formé pour prodiguer ces soins, ce soutien et ces traitements, et 60 d'entre eux assurent déjà des services, notamment nutritionnels, aux personnes qui suivent un traitement antirétroviral. Ces

progrès se heurtent à un obstacle majeur, à savoir la stigmatisation dont font l'objet ces patients. Le Dr Hernawati appuie le projet de résolution.

Le Professeur TLOU (Botswana), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, approuve vivement les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA. Elle appuie à son tour le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R8. L'adoption des trois principes permettra aux pays de prendre l'initiative de la riposte et une coordination efficace entre les partenaires favorisera sa mise en oeuvre. L'utilisation optimale de l'appui des donateurs et des ressources nationales est indispensable pour lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA. Il sera difficile d'atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, aux soins, au traitement et au soutien. La quasi-totalité des Etats de la Région reconnaissent les trois principes, ce qui encourage l'appui des organisations multilatérales et internationales. Toutefois, la diversité des stratégies, des comités, des systèmes de rapport et de surveillance utilisés par les donateurs et les partenaires entraîne une surcharge des systèmes de santé et un chevauchement d'activités, compromettant l'efficacité de l'utilisation des maigres ressources. Le Professeur Tlou reconnaît les efforts déployés par les groupes thématiques, les comités conjoints et les organismes partenaires au niveau national, mais l'ensemble des acteurs devrait redoubler d'efforts pour appliquer la stratégie des trois principes. L'OMS doit définir son rôle à cet égard et veiller à ce que toutes les activités de partenariat dirigées contre le VIH/SIDA soient alignées sur les cadres stratégiques nationaux. Les donateurs et les partenaires du développement devraient soutenir ce principe en vue d'améliorer l'efficacité des partenariats nationaux et internationaux dans la riposte au VIH/SIDA. Le Professeur Tlou fait l'éloge du rapport et exprime l'adhésion de la Région qu'elle représente au projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R8.

M. KASE (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que, dans son pays, la réduction de la prévalence du VIH/SIDA est l'une des orientations stratégiques du plan du secteur de la santé pour 2006-2008, et que l'objectif visé est d'élargir l'accès au traitement antirétroviral, de prévenir la transmission mère-enfant du VIH et de développer le dépistage et le conseil volontaires. L'augmentation de la prévalence du VIH/SIDA a favorisé une réémergence de la tuberculose en tant que problème de santé publique majeur. La lutte contre la tuberculose devrait être intégrée aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA. M. Kase reconnaît l'appui fourni par l'OMS et le Gouvernement australien. Il soutient les projets de résolutions contenus dans les résolutions EB117.R2 et EB117.R8.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) approuve pleinement les cinq orientations stratégiques proposées. En 2004, le Gouvernement a approuvé une stratégie nationale de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA sur le modèle des cibles de l'accès universel. Elle fait observer que le prix élevé des antirétroviraux est l'un des obstacles à la réalisation de cet objectif dans les pays pauvres. S'agissant de la fabrication de médicaments génériques, le processus de présélection prend beaucoup de temps et coûte cher aux petits fabricants, ce qui fait que le traitement tarde à s'étendre dans les pays aux ressources limitées. Elle exprime sa reconnaissance à l'OMS, l'ONUSIDA et à d'autres partenaires pour leur appui.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) appuie le projet de résolution sur la nutrition et le VIH/SIDA contenu dans la résolution EB117.R2. A Cuba, le soutien nutritionnel est assuré dans des centres spécialisés dans les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et depuis 1993 des compléments nutritionnels sont fournis quotidiennement.

Mme DLAMINI (Swaziland) se félicite de l'appui fourni à son pays par l'OMS et d'autres partenaires. Au Swaziland, des progrès ont été accomplis sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA. Les trois principes ont été

adoptés, et les stratégies de prévention améliorées. L'accès à la thérapie antirétrovirale s'est élargi et des médicaments sont désormais distribués gratuitement aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Swaziland est confronté à de nombreux obstacles, y compris des contraintes humaines et financières, un mauvais état nutritionnel chez les personnes traitées par des antirétroviraux, la tuberculose et la nécessité de modifier les comportements. Elle approuve le projet de résolution à l'examen.

Le Dr SAÍDE (Mozambique) convient que l'Assemblée de la Santé doit approuver l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH/SIDA. Dans son pays, une initiative nationale a été lancée en vue de mieux sensibiliser la population aux mesures permettant de prévenir l'infection à VIH et il félicite l'OMS pour les efforts qu'elle déploie pour atteindre l'objectif de l'accès universel. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr RUEDA (Colombie) dit que son pays vient d'introduire de nouvelles mesures de lutte contre le VIH/SIDA, y compris des prestations de sécurité sociale, un traitement antirétroviral de deuxième intention, le génotypage du VIH et la distribution de préparations en poudre pour nourrissons aux mères séropositives. Ces interventions sont rentables dans la mesure où le fait de prévenir la transmission du VIH et d'améliorer la qualité de la vie des patients permet d'économiser des ressources du système de santé. Il faudrait s'attacher à éviter la transmission mère-enfant du VIH et se concentrer sur les activités de recherche. Le succès des stratégies dépendra de la mesure dans laquelle on sera parvenu à réduire le coût des médicaments. En Colombie, où plus de 80 % de la population est couverte par une assurance-maladie, tout le monde, y compris les classes les plus défavorisées, a accès à un traitement gratuit et intégré pour le VIH/SIDA, et un plan de traitement vient d'être élaboré. Seule une stratégie intégrée permettra d'obtenir des résultats satisfaisants. Le Dr Rueda appuie le projet de résolution.

M. JALLOW (Gambie) dit que la principale difficulté pour son pays est de gérer le problème de l'ostracisme associé au VIH/SIDA, bien que la législation interdise la discrimination dans ce domaine. Il demande des informations sur les moyens de prévenir cette discrimination. Il exprime sa reconnaissance à l'OMS, à l'UNICEF et à d'autres partenaires pour l'appui fourni et soutient le projet de résolution.

M. FAUGOO (Maurice) appuie les projets de résolutions contenus dans les résolutions EB117.R2 et EB117.R8. Devant la forte augmentation du nombre de cas de VIH/SIDA enregistrés récemment parmi les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse, son Gouvernement a introduit un programme de traitement substitutif à base de méthadone et d'échange de seringues, et compte sur l'assistance technique de l'OMS et de l'ONUSIDA à cet égard. Il approuve les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA. Faisant observer que son pays ne satisfait pas aux conditions nécessaires pour bénéficier d'une assistance du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, il demande instamment à l'OMS et aux donateurs internationaux un appui financier pour pouvoir mener à bien ce programme et s'il serait possible de modifier le règlement de façon que son pays puisse prétendre à une aide financière du Fonds.

La séance est levée à 12 h 30.

SIXIEME SEANCE

Jeudi 25 mai 2006, 15 h 5

Président : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

VIH/SIDA : Point 11.3 de l'ordre du jour (suite)

- **VIH/SIDA : contribution de l'OMS à l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins** (document A59/39) (suite)

Le Dr EMAFO (Organe international de Contrôle des Stupéfiants), évoquant les deuxième et troisième orientations stratégiques du rapport, fait part de la collaboration entre le Secrétariat et l'OICS pour garantir que les médicaments sous contrôle international soient réservés à des fins médicales et ne soient pas détournés vers des canaux illicites. Au niveau mondial, la consommation licite de stupéfiants a sensiblement augmenté au fil des années, mais les niveaux nationaux de consommation varient considérablement. La consommation dans les pays développés explique la hausse, mais les analgésiques opioïdes destinés à la prise en charge de la douleur restent rares dans nombre de pays en développement. Préoccupé à l'idée que des patients se voient refuser l'accès à ces médicaments, l'OICS se félicite de l'initiative de l'OMS visant à élaborer une stratégie d'amélioration des soins palliatifs pour le VIH/SIDA, le cancer et d'autres maladies chroniques. L'OICS se réjouit de collaborer avec l'OMS dans l'élaboration de directives sur les thérapies de substitution pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, qui pourraient constituer une composante des approches communautaires de la prévention de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables. Faisant suite à la résolution 2005/25 du Conseil économique et social de l'ONU et à la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses, l'Organe et l'OMS collaborent à une étude de faisabilité sur les mécanismes de traitement de la douleur à l'aide d'analgésiques opioïdes. Cette activité commune permettra d'identifier les facteurs qui s'opposent à l'accès légitime à des médicaments essentiels et évitent leur détournement à des fins illicites.

Mme MULLER (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, s'inquiète du fait que, dans les cas de VIH/SIDA, on n'accorde pas assez d'attention aux problèmes qui se posent aux niveaux des familles et des communautés pour surmonter la stigmatisation et se faire soigner, ni aux besoins fondamentaux comme la nutrition. Il est donc essentiel d'intervenir au-delà des aspects cliniques, ce qui suppose des volontaires formés pour mener à bien des programmes exécutés dans le respect et la dignité. La Fédération est le centre collaborateur de l'ONUSIDA pour la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et ses sociétés affiliées mènent campagne dans 128 pays. Elle a également collaboré avec l'OMS et le service sud-africain de diffusion de l'information sur le VIH et le SIDA à la préparation de modules de formation aux génériques, afin de préparer les volontaires à l'éducation et à la mobilisation communautaires, au traitement à long terme, et au soutien psychologique, social et nutritionnel. Ces matériels, avec les adaptations nationales nécessaires, peuvent constituer une ressource précieuse pour la promotion de l'accès universel. Tous les gouvernements devraient reconnaître, soutenir et promouvoir le travail bénévole et accorder aux volontaires le respect et le soutien qu'ils méritent.

Le Dr NOEHRENBERG (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'industrie pharmaceutique a contribué à satisfaire les besoins vitaux de médicaments contre le SIDA dans les pays en développement par des financements, en élargissant l'accès aux médicaments et en développant les infrastructures. Les sept entreprises qui agissent par l'intermédiaire de l'initiative Pour accélérer l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA touchaient plus de 716 000 personnes en décembre 2005 dans les pays en développement, dont 416 000 en Afrique – soit une hausse de 116 % au cours de l'année écoulée, et la tendance s'accélère. L'industrie s'intéresse aussi aux besoins des enfants vivant avec le VIH/SIDA, dont la situation est extrêmement préoccupante dans les pays les plus durement touchés par le SIDA. Il existe actuellement des formulations pédiatriques pour la quasi-totalité des antirétroviraux disponibles sur le marché qui sont indiqués pour les enfants. Elles sont souvent vendues à des prix nettement plus avantageux dans les pays en développement. L'industrie poursuit en outre ses activités de recherche et développement en matière de formulations pédiatriques et des fabricants de nouveaux médicaments contre le SIDA travaillent en collaboration avec l'UNICEF, l'ONUSIDA et les autorités compétentes des Etats-Unis d'Amérique, pour que les enfants aient un meilleur accès au traitement dans les pays en développement. L'industrie s'est engagée à améliorer l'accès aux antirétroviraux de deuxième intention dans ces pays. Cependant, le prix de ces produits est plus élevé en raison des problèmes techniques que pose leur fabrication – et ce, aussi bien pour les produits génériques que pour les nouveaux médicaments. D'après les résultats d'une étude réalisée en juin 2005 sur les prix des médicaments, après déduction du coût du transport, le prix des médicaments génériques de deuxième intention est analogue, voire légèrement supérieur, à celui des nouveaux médicaments proposés par des fabricants multinationaux.

L'industrie accueille avec satisfaction les efforts déployés pour mobiliser des ressources supplémentaires et de meilleure qualité et réaffirme sa détermination à travailler avec les Etats Membres, le Secrétariat et les organisations non gouvernementales dans la lutte commune contre la pandémie de VIH/SIDA.

Mme DANIELS (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de Health Action International, rappelle qu'à la session extraordinaire, toute proche de l'Assemblée générale des Nations Unies, qui sera consacrée au VIH/SIDA, les participants passeront en revue les progrès intervenus et découvriront les stratégies novatrices. Une attention égale doit être portée à la prévention, au traitement et aux soins. Pour faciliter la réalisation de l'objectif de l'accès universel au traitement d'ici 2010, il convient de s'attaquer aux 10 obstacles suivants : les interruptions de traitement dues à une pénurie de médicaments et de formulations pédiatriques ; la difficulté d'accès aux tests diagnostiques qui permettent aux gens de savoir s'ils sont séropositifs (les aspects les plus préoccupants étant les besoins des enfants et le manque de médicaments ; pour disposer de médicaments adaptés, il faudrait procéder à des recherches impliquant des enfants, ce qui exige la plus grande prudence) ; l'inégalité de la couverture par le traitement antirétroviral, tant entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays ; le manque de coordination des achats au niveau national ; le coût du transport et la facturation des soins aux usagers ; la surcharge de travail à laquelle est confronté le personnel de santé en raison du manque d'investissements dans les services de santé et de la progression rapide du traitement antirétroviral ; la stigmatisation et la discrimination dont font toujours l'objet les personnes vulnérables ayant besoin d'un traitement, et en particulier les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ; le non-respect du traitement et des conseils nutritionnels par les patients ayant commencé une thérapie antirétrovirale ; le manque de coordination des activités de planification et de mise en oeuvre à tous les niveaux ; et la nécessité de planifier les programmes de traitement antirétroviral dans la durée, y compris les besoins en traitements de deuxième intention qui leur succéderont.

Mme Daniels invite l'Assemblée de la Santé à fournir les orientations et l'expertise technique qui font cruellement défaut pour que l'objectif de l'accès universel au traitement d'ici 2010 puisse être atteint.

Mme BRYANT (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de la priorité stratégique accordée à l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement d'ici 2010. L'organisation qu'elle représente met l'accent sur la prévention et les soins intégrés à l'accès au traitement et collabore avec l'OMS à cette fin. Les objectifs ne seront pas atteints si les agents de santé meurent du SIDA. Il faut leur offrir un traitement si l'on veut renforcer les infrastructures et fidéliser les professionnels de la santé. Mme Bryant prend note avec satisfaction de la récente initiative adoptée par l'OMS pour traiter, former et fidéliser les professionnels de la santé. Toutefois, cela ne suffit pas, car ceux d'entre eux qui comptent des malades dans leur famille seront tentés de partager des traitements antirétroviraux ou autres thérapies, ce qui aboutira à des échecs thérapeutiques. Il est préférable de traiter la famille, ainsi que le fait actuellement au Swaziland et en Zambie l'organisation qu'elle représente. Dans le centre de santé (Wellness Centre) du Swaziland, un traitement antirétroviral est dispensé aux agents de santé positifs pour le VIH et à leur famille et des mesures préventives sont mises en place. Cet exemple mérite d'être suivi. Mme Bryant demande instamment à l'OMS, aux gouvernements et à d'autres entités de fournir aux agents de santé un ensemble de services portant sur l'accès à la prévention, aux soins et au traitement antirétroviral. Elle demande des précisions au Secrétariat au sujet de la création de nouveaux postes d'infirmières pour faciliter la lutte contre la pandémie de VIH.

La Commission prend note du rapport.

- **Nutrition et VIH/SIDA** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R2 et annexe 4, et A59/7)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) dit que les activités entreprises aux niveaux national, régional et mondial concernant la nutrition et le VIH/SIDA ont été renforcées à la suite des recommandations de la consultation technique de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique (Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005) et des délibérations du Conseil exécutif à sa cent seizième session à partir desquelles l'Organisation a défini des priorités et élaboré un plan de travail pour orienter ses activités dans ce domaine. Le Conseil exécutif a examiné le rapport à sa cent dix-septième session et a pris note de la portée des travaux et des progrès accomplis dans ce domaine. L'Assemblée mondiale de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R2.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) dit que les personnes et les enfants suivant un traitement antirétroviral ont plus besoin que les autres d'un régime alimentaire équilibré comprenant des micro et des macronutriments. Les pays les plus touchés par le VIH/SIDA sont aussi ceux qui connaissent les plus graves problèmes de nutrition. Il accueille favorablement la proposition contenue dans le projet de résolution de considérer la nutrition comme l'un des domaines prioritaires de la lutte contre le VIH/SIDA.

Depuis 1993, les personnes vivant avec le VIH/SIDA à Cuba recevaient des rations alimentaires supplémentaires et, depuis 2003, elles reçoivent en outre de l'huile végétale, des céréales, des jus de fruits et des yogourts. Des matériels d'information ont été élaborés et des ateliers organisés. Au niveau des villes et des districts de santé, des équipes intégrées de soutien nutritionnel composées d'agents de santé et de personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que de membres de leur famille ont été constituées pour promouvoir des habitudes alimentaires favorables à la santé. L'orateur appuie le projet de résolution.

Le Dr EDIRISINGHE (Sri Lanka) dit que la faible prévalence de l'infection à VIH dans son pays est due au fait qu'il s'est doté d'un système de santé publique solide, que le Gouvernement s'est résolument engagé en faveur de la prévention et que des pratiques culturelles et religieuses favorables sont en vigueur. Le premier cas d'infection à VIH a été détecté en 1987 et le nombre total de cas

enregistrés à ce jour s'élève à 743 au total sur une population de 19 millions d'habitants. Quelque 74 personnes suivent actuellement un traitement antirétroviral. Un certain nombre de facteurs peuvent favoriser une augmentation de la prévalence du VIH : un million de personnes travaillent à l'étranger dans des pays à forte prévalence, les gens ont tendance à se marier plus tard et les personnes positives pour le VIH sont en butte à la stigmatisation et à la discrimination. Le Gouvernement a entrepris des activités de sensibilisation sur la transmission du VIH et les mesures de prévention auprès de la population ainsi que des interventions spéciales auprès des groupes vulnérables ; il s'efforce par ailleurs de promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de fournir gratuitement des antirétroviraux. Les contacts sexuels sont le principal mode de transmission et c'est pourquoi le Gouvernement insiste tout particulièrement sur l'importance des rapports sexuels protégés, dans l'espoir de maintenir un faible taux de prévalence.

Le Dr GARBOUJ (Tunisie) dit que les mesures décrites dans le projet de résolution auront pour effet de donner des responsabilités accrues au secteur de la santé et à d'autres secteurs compétents. Elle est favorable à l'idée d'inclure la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. Les Etats Membres auront besoin d'une assistance technique pour la révision de leurs programmes de nutrition, et notamment le renforcement des capacités, l'amélioration des procédures, l'encouragement de la recherche scientifique et le partage d'expériences.

M. KEZAALA (Ouganda) dit que la nutrition est un élément essentiel de la réussite du traitement contre le VIH/SIDA et de son observation par le patient. L'Ouganda a intégré la nutrition dans un ensemble complet de soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Un nutritionniste est employé par le Ministère de la Santé pour le programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA. Une réunion de suivi organisée à la suite de la consultation technique de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique (Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005) a réuni des participants d'Afrique de l'Est et d'Afrique centrale. Le Gouvernement a diffusé des directives et des matériels didactiques simplifiés, ainsi que des fiches de conseils sur la nutrition et l'alimentation des enfants dans le contexte du VIH/SIDA. M. Kezaala approuve pleinement l'intégration de la nutrition dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA, notamment en Afrique subsaharienne. Les demandes de subvention présentées par son pays au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour ses programmes de lutte contre le VIH/SIDA en rapport avec l'alimentation ont été rejetées et il espère que ces demandes seront davantage prises en compte à l'avenir.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande) dit que la nutrition peut améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et en particulier des femmes enceintes et des mères allaitantes. Il suggère d'apporter les amendements ci-après au projet de résolution. Ajouter le mot « financier » au paragraphe 1.1) e) qui serait ainsi libellé : « ... les secteurs financier, socio-économique, de l'éducation et de la nutrition ». Au paragraphe 1.3) b), il conviendrait d'ajouter le membre de phrase « des mères et des autres personnes qui s'en occupent » après les mots « des agents de santé communautaires, ».

M. BALL (Canada) appuie le projet de résolution. La fourniture de soins et d'un soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA lui paraît un aspect essentiel d'une riposte globale. Il demande instamment à l'OMS et à ses principaux partenaires d'améliorer la nutrition dans le contexte du VIH/SIDA, en tenant compte de la vulnérabilité des femmes. Le Secrétariat devrait aborder systématiquement dans ses programmes et ses politiques la question de la stigmatisation et de la discrimination qui nuisent à l'efficacité de la prévention et des soins et soutenir les plans multisectoriels sur l'alimentation et la nutrition intégrés dans les plans nationaux concernant le VIH/SIDA. L'absence d'une composante nutrition peut limiter considérablement les effets d'autres interventions visant à prévenir et traiter le VIH/SIDA.

Mme NGHATANGA (Namibie) dit que la nutrition est une composante essentielle du programme mis en place par son pays pour lutter contre le VIH/SIDA. Son Gouvernement a rédigé des lignes directrices sur la nutrition et le VIH/SIDA à l'intention des agents de la santé qui participent à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle appuie le projet de résolution qui met l'accent sur la coordination multisectorielle entre les secteurs de la santé, de l'agriculture et d'autres secteurs. En Namibie, la nutrition est étroitement associée à la sécurité sanitaire des aliments et à la sécurité alimentaire, en particulier dans certaines régions rurales qui sont sujettes à des épisodes de sécheresse. Avec l'appui des partenaires pour le développement, le Gouvernement distribue des vivres aux enfants vulnérables, et en particulier aux orphelins du SIDA.

Le Dr ZOMBRE (Burkina Faso), qui s'exprime aussi au nom de la République centrafricaine et du groupe africain sur la nutrition et le VIH/SIDA, dit que le continent africain connaît une dénutrition chronique, une malnutrition aiguë et chronique et des taux élevés de carences en fer, en iode et en vitamine A. Dans la plupart des pays africains, la malnutrition aiguë touche plus de 15 % des enfants de moins de cinq ans, la forme chronique plus de 35 % de cette même tranche d'âge, et environ une femme en âge de procréer sur cinq est dans un état de déficit énergétique chronique. L'infection à VIH/SIDA a non seulement des répercussions en termes de morbidité et de mortalité, mais elle affecte aussi la sécurité alimentaire et nutritionnelle des personnes infectées ou affectées. Ces répercussions se manifestent au niveau des individus, de la famille, de la communauté et du pays tout entier. La baisse de productivité et la perte de main-d'œuvre sont une source d'insécurité alimentaire et de malnutrition. L'infection à VIH a pour effet d'accroître les besoins en énergie et en micronutriments de l'individu. La supplémentation en micronutriments permet d'améliorer le poids et réduit les risques de décès, l'incidence des infections opportunistes et la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Les politiques nutritionnelles commencent à être intégrées dans les programmes de lutte contre le VIH. Le groupe africain prend note du rapport et encourage l'OMS à maintenir l'assistance technique aux pays et le renforcement de leurs capacités afin de favoriser l'intégration des politiques nutritionnelles dans la prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, et en particulier des femmes enceintes et des nourrissons. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) dit que, pour son pays et les autres Membres de la Région africaine, la nutrition doit faire partie intégrante de la prise en charge et du traitement du VIH/SIDA. Elle appuie le projet de résolution auquel elle propose d'apporter les amendements suivants. Le paragraphe 1.1) c) devrait se référer aux « programmes de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH » étant donné qu'une bonne nutrition améliore la qualité des soins des personnes malades du SIDA et de celles qui sont positives pour le VIH et aide à retarder le développement complet de la maladie. En Afrique du Sud, on utilise habituellement l'expression « VIH et SIDA » de préférence à « VIH/SIDA », du fait que les termes VIH et SIDA désignent un ensemble d'affections dont l'expression clinique et la progression naturelle sont influencées par un certain nombre de facteurs prédisposants. Le paragraphe 1.2) devrait être ainsi libellé : « ... aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA à différents stades de la maladie et pour des modes d'application du traitement antirétroviral en fonction du sexe et de l'âge ». Le paragraphe 2.1) devrait être modifié comme suit : « ... d'intégrer des considérations nutritionnelles dans les politiques et programmes concernant le VIH et le SIDA ». Le paragraphe 2.8) devrait mentionner expressément les propositions de financement présentées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le fait que les demandes de financement soumises au Fonds mondial pourront désormais porter sur la nutrition est un motif de satisfaction.

Le Dr LALA (République centrafricaine) précise que la prévalence de l'infection à VIH dans son pays est de 15 %, soit le taux le plus élevé de toute l'Afrique centrale. Le taux de croissance du produit intérieur brut est resté inférieur à 2,5 % par an et la prévalence de la malnutrition et du déficit en micronutriments est particulièrement élevée chez les personnes infectées ou affectées par le VIH, et notamment les nourrissons et les femmes enceintes. Une politique d'aide alimentaire et nutritionnelle

aux personnes vivant avec le VIH n'a pas encore été pleinement intégrée au programme de lutte contre le VIH/SIDA du pays. Le Dr Lala appuie le projet de résolution.

Le Dr MAJARA (Lesotho) appelle l'attention sur la forte prévalence de l'infection à VIH dans son pays (23 %), au sein d'une population déjà affaiblie sur le plan nutritionnel. Des efforts concertés sont nécessaires pour améliorer la situation. Un certain nombre d'initiatives ont été lancées, comme la publication de directives nutritionnelles sur l'alimentation des adultes et des nourrissons dans le contexte de la nutrition et du VIH/SIDA insistant sur l'utilisation d'aliments issus de la production locale, que les communautés marginalisées peuvent se procurer aisément. L'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie (le taux actuel est de 36 %) a été encouragé et le code national de commercialisation des substituts du lait maternel a été récemment mis à jour. L'insécurité alimentaire a été exacerbée par la sécheresse, et la pénurie de ressources humaines a affecté la fourniture des services de santé. Le Dr Majara appuie le projet de résolution.

Le Dr MADZIMA (Zimbabwe) appuie le projet de résolution et remercie l'OMS, l'UNICEF, le PAM et les organisations non gouvernementales pour leur assistance en matière de nutrition et de traitement du VIH/SIDA, y compris pour l'aide alimentaire en faveur des personnes qui suivent un traitement antirétroviral. Il relève le recul de la prévalence de l'infection à VIH, qui est passée de 33 à 20 % entre 2000 et 2005. Des remèdes traditionnels, notamment des plantes, sont utilisés à l'échelon de la communauté pour renforcer le système immunitaire et soulager certains symptômes dus au VIH/SIDA. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a mis en place un département de recherches spécialisées dans la médecine traditionnelle, auquel l'OMS devrait apporter son soutien. Le Zimbabwe a aussi entrepris de renforcer ses capacités dans le domaine de la nutrition associée au VIH/SIDA (notamment pour l'allaitement et l'alimentation des nourrissons), élaboré des directives nutritionnelles à l'intention des secteurs de la santé et de la population, qui mettent l'accent sur l'utilisation des aliments locaux traditionnels, et relancé l'initiative OMS/UNICEF pour des hôpitaux « amis des bébés ». Ces mesures se heurtent à un manque de coordination entre les partenaires et au manque d'intérêt que la population porte à la nutrition, ce à quoi s'ajoutent les pénuries alimentaires dues à la sécheresse et la présence sur le marché d'aliments dont les prétendues vertus ne sont pas avérées.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) appuie le projet de résolution. La malnutrition augmente la vulnérabilité à l'infection et elle est fréquente parmi les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les Philippines ont élaboré une feuille de route pour la réalisation de l'accès universel aux services spécialisés dans la prévention, le traitement et les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA ou très exposées à l'infection, et la nutrition est un aspect déterminant. Elles ont mis en place une politique d'allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de six mois et d'autres options pour nourrir les nourrissons dont les mères sont VIH-positives, par exemple le recours à des nourrices ou à des banques de lait maternel. D'autres solutions sont envisagées pour la nutrition des nourrissons dont les mères sont infectées et de ceux qui suivent une thérapie antirétrovirale. Un appui extérieur est nécessaire pour l'élaboration de directives spéciales sur la nutrition et le VIH/SIDA.

Mme THIAM (Côte d'Ivoire) soutient le projet de résolution. Un comité technique consultatif pour l'intégration de la nutrition dans les programmes concernant le VIH/SIDA a vu le jour en Côte d'Ivoire en 2004, qui encourage le renforcement des capacités et l'introduction de divers outils. Mme Thiam remercie l'OMS, la FAO, l'UNICEF et le PAM pour leur appui à la mise en oeuvre du plan national sur la nutrition.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) demande à quelle date les résultats des études sur l'alimentation des nourrissons de mères VIH-positives et la transmission du VIH, dont il est question au paragraphe 18 du rapport, seront disponibles. Elle soutient le projet de résolution.

M. SHARMA (Inde) appuie le projet de résolution, mais propose d'indiquer, au paragraphe 1.2), que les populations vulnérables et marginalisées ont des besoins nutritionnels particuliers et qu'elles doivent pouvoir bénéficier de conseils en la matière.

M. CHO Do-yeon (République de Corée) dit que la fourniture d'un traitement et de soins particuliers aux personnes vivant avec le VIH/SIDA est essentielle pour le respect des droits de l'homme et pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA. Sachant qu'une bonne nutrition peut renforcer les résultats du traitement et améliorer la qualité de la vie de ces personnes, il est indispensable de leur fournir un appui nutritionnel. Il importe aussi d'intensifier le soutien aux pays en développement, étant donné que la pauvreté favorise la propagation du VIH. Parmi les mesures destinées à prévenir la transmission mère-enfant du VIH, on peut citer les activités de conseil et d'éducation et la fourniture d'une alimentation de substitution. La Corée continuera à assurer un traitement et des soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et collaborera aux efforts internationaux déployés dans ce domaine.

M. GAUDENCIO (Brésil) souligne l'importance d'une surveillance systématique de l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Brésil a élaboré des matériels d'éducation et d'information sur l'alimentation et la nutrition à l'intention de divers groupes d'âge. Des orientations sur la nutrition et le traitement des enfants de moins de six mois dont les mères sont infectées par le VIH ont été intégrées aux soins de santé généraux afin d'améliorer l'état nutritionnel des personnes vivant avec le VIH et de réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Le Dr PRESERN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) dit que son pays soutient le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif. Elle demande que l'on redonne lecture des amendements proposés par l'Afrique du Sud et qu'ils soient distribués par écrit. D'après les directives établies par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour la sixième série de subventions, le financement des interventions axées sur la nutrition n'est pas actuellement à l'ordre du jour ; cette question devrait être examinée par le Conseil du Fonds mondial et non par la Commission A.

Le Dr ISHIDA (Japon) fait observer que l'intégration de la nutrition dans une riposte globale au VIH/SIDA nécessite une étroite collaboration multisectorielle et un engagement politique de très haut niveau. Le Secrétariat devrait fournir un appui aux Etats Membres pour mobiliser cet engagement. Bon nombre de pays sont encore dépendants d'une assistance pour faire face à leurs besoins essentiels en matière de nutrition, et il importe dans ce contexte de veiller à éviter toute iniquité lors de l'établissement de programmes nutritionnels ciblés sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Il serait bon d'approfondir le débat sur les questions d'éthique y relatives.

M. A. B. SINGH (Népal) appuie le projet de résolution. Bien que la prévalence du VIH soit faible au Népal, un plan multisectoriel est en cours d'élaboration, qui englobe tous les secteurs clés et les programmes pertinents.

M. MSELEKU (Afrique du Sud) retire l'amendement au paragraphe 2.8) que son pays a proposé par erreur en se fondant sur une version antérieure du projet de résolution. Il reconnaît avec le Royaume-Uni que ces questions devraient plutôt être examinées par le Conseil du Fonds mondial.

Mme WANGMO (Bhoutan) se déclare en faveur du projet de résolution.

M. NIKIEMA (Consumers International), prenant la parole sur l'invitation du PRESIDENT et s'exprimant aussi au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, rappelle que l'annonce de la transmission possible du VIH par le lait maternel a menacé de balayer

tous les progrès accomplis dans la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement, dans les années 80 et au début des années 90 : cette annonce a étouffé l'enthousiasme suscité par l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », entraînant une diminution des crédits destinés à financer cette initiative et un affaiblissement de la volonté politique de la mettre en oeuvre ; des politiques recommandant une alimentation artificielle ont été adoptées à la hâte dans de nombreuses régions du monde et l'utilité du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été remise en question, ce Code étant indûment considéré comme visant essentiellement à protéger les bébés nourris au sein et leurs mères contre les pressions commerciales.

Les partisans de l'allaitement exclusif au sein ont été les premiers à tenter de résoudre le conflit opposant les tenants de l'allaitement naturel aux défenseurs de l'alimentation artificielle pour les nourrissons de mères VIH-positives. La publication, en 1999, des résultats de recherches menées en Afrique du Sud sur l'allaitement exclusif a provoqué un regain d'optimisme et, depuis lors, le recul de cette pratique a cédé le pas. L'application de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et du Code international figure actuellement sur la liste des cinq objectifs prioritaires pour garantir une alimentation sans danger des nourrissons dont la mère est VIH-positive et pour favoriser la réalisation du quatrième objectif du Millénaire pour le développement, tels que définis par l'OMS dans son cadre pour actions prioritaires.¹ On célèbre cette année le vingt-cinquième anniversaire du Code international. Beaucoup d'Etats Membres l'appliquent déjà, mais des efforts accrus sont nécessaires en matière de surveillance et d'application. Les pays qui ne l'appliquent pas encore sont instamment priés de le faire sans tarder.

Mme ARENDT LEHNERS (Association internationale des Consultants en Lactation), prenant la parole sur l'invitation du PRESIDENT, fait l'éloge du rapport, en particulier des paragraphes 10 à 16 et du paragraphe 1, qui mettent l'accent sur les besoins en macro et micronutriments des personnes infectées par le VIH et notamment des femmes enceintes et des mères allaitantes. L'organisation qu'elle représente approuve les recommandations adoptées par l'Organisation des Nations Unies en la matière. Dans son document directif sur le VIH et l'alimentation du nourrisson (2002), elle a souligné que le lait maternel convenablement traité ne transmet pas le VIH et reste supérieur sur les plans nutritionnel et immunologique aux préparations pour enfant. Il convient d'insister sur l'importance de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », qui mettent l'accent sur le VIH dans la formation des agents de santé. Les derniers résultats du projet Zvitambo au Zimbabwe ont confirmé l'effet protecteur de l'allaitement exclusif au sein sur la transmission postnatale du VIH. Dans son cadre pour actions prioritaires,¹ l'OMS définit la mise en oeuvre du Code international comme l'une des cinq priorités gouvernementales essentielles en ce qui concerne le VIH et l'alimentation du nourrisson. L'organisation qu'elle représente souhaite vivement que l'on saisisse l'occasion de la célébration du vingt-cinquième anniversaire du Code pour concrétiser cet engagement. Elle appuie le projet de résolution.

M. KONANDREAS (FAO) dit que l'épidémie de VIH/SIDA représente une menace sans précédent pour la santé et les progrès socio-économiques et qu'il est impératif que le VIH/SIDA ne soit plus considéré uniquement comme un problème relevant du secteur de la santé. Dans les pays les plus touchés, pas moins de 80 % de la population tirent leurs revenus de l'agriculture, de la pêche et de l'exploitation forestière. Ces activités représentent en outre les piliers de l'économie et constituent un filet de sécurité indispensable pour les communautés rurales. Les conséquences dramatiques de l'épidémie sur ces activités ont gravement compromis le développement et la sécurité alimentaires. La FAO a contribué à faire mieux connaître la maladie et l'importance de protéger et de promouvoir une bonne nutrition. Malheureusement, un grand nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA sont

¹ Organisation mondiale de la Santé. *VIH et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires*. Genève, 2004.

incapables de satisfaire leurs besoins alimentaires et nutritionnels. Le VIH/SIDA entraîne une perte de revenu, de temps et d'énergie pour les familles et les communautés concernées, qui se retrouvent parfois dans la misère en raison du coût du traitement. Pour les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA, la sécurité alimentaire et la nutrition des personnes affectées et des membres de leur famille sont essentielles. Toutes les parties doivent se préoccuper en priorité de satisfaire les besoins nutritionnels des orphelins du SIDA. Il ne sera pas facile de rompre le cercle vicieux malnutrition-infection-pauvreté. La victoire contre le VIH/SIDA ne pourra pas être remportée par un seul secteur. La FAO collaborera avec l'OMS pour améliorer les soins et le soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le manuel¹ et le cours de formation des agents de santé qui l'accompagne sont des outils précieux qui devraient faire l'objet d'une large diffusion. Il faudrait trouver des ressources suffisantes pour répondre à la demande de formation. La FAO continuera à collaborer avec l'OMS et d'autres partenaires dans la lutte contre l'épidémie.

M. HICKEY (Etats-Unis d'Amérique) suggère d'ajouter les mots « des membres de la famille et des autres personnes qui s'en occupent » à l'amendement proposé par la Thaïlande au paragraphe 1.3) b) du projet de résolution ; le début du texte serait ainsi libellé : « en renforçant la capacité du personnel hospitalier et des agents de santé communautaires, des mères, des membres de la famille et des autres personnes qui s'en occupent. ... ».

Le PRESIDENT demande au Secrétaire de donner lecture de tous les amendements proposés.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) dit que la Thaïlande a proposé l'amendement suivant au paragraphe 1.1) e) : « d'assurer une collaboration et une coordination plurisectorielles étroites entre les secteurs financier, socio-économique, de l'agriculture, de la santé, de l'éducation et de la nutrition ». L'Afrique du Sud a proposé de modifier le paragraphe 1.2) en ces termes : « à renforcer ou réviser les lignes directrices et les outils d'évaluation, ou à en établir de nouveaux, pour les soins et le soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA à différents stades de la maladie et pour des modes d'application du traitement antirétroviral en fonction du sexe et de l'âge ». L'Inde a proposé d'ajouter le membre de phrase suivant : « , prévoyant, entre autres, un conseil nutritionnel et la prise en compte des besoins nutritionnels particuliers des populations vulnérables et marginalisées ». Selon l'amendement proposé par la Thaïlande, lui-même amendé par les Etats-Unis d'Amérique, le nouveau paragraphe 1.3) b) se lirait comme suit : « en renforçant la capacité du personnel hospitalier et des agents de santé communautaires, des mères, des membres de la famille et des autres personnes qui s'en occupent afin d'améliorer les soins apportés aux enfants gravement malnutris exposés au VIH/SIDA ou infectés par le virus ». L'Afrique du Sud a proposé un amendement au paragraphe 2.1) en ces termes : « de renforcer les avis techniques aux Etats Membres en vue d'intégrer des considérations nutritionnelles dans les politiques et programmes concernant le VIH et le SIDA ».

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.²

¹ *Vivre au mieux avec le VIH/SIDA. Un manuel sur les soins et le soutien nutritionnels à l'usage des personnes vivant avec le VIH/SIDA.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, et Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2003.

² 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 WHA59.11.

- **Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R8 et annexe 4, et A59/8)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) dit qu'après avoir examiné le rapport sur l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement en matière de VIH/SIDA à sa cent dix-septième session, le Conseil a adopté la résolution EB117.R8 qui contient un projet de résolution recommandant à l'Assemblée de la Santé de souscrire aux recommandations de la cellule mondiale de réflexion, d'inviter instamment les Etats Membres à accélérer l'application des trois principes en fonction des réalités nationales et de prier le Directeur général de mettre en oeuvre les recommandations de la cellule mondiale de réflexion, de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre de ces recommandations, et de fournir un soutien technique efficace conformément à la division du travail convenue avec l'ONUSIDA. Le rapport faisant l'objet du document A59/8 fournit des précisions au sujet de la création et des activités de la cellule mondiale de réflexion et rend compte de l'expérience acquise par l'OMS dans la mise en oeuvre des recommandations de la cellule.

Le Dr XUNDU (Afrique du Sud) se félicite des recommandations de la cellule mondiale de réflexion et salue l'esprit d'initiative manifesté par feu le Directeur général dans ce domaine. Le rapport et le projet de résolution doivent être examinés conjointement. Les quatre domaines sur lesquels portent les recommandations de la cellule mondiale de réflexion sont pertinents, et en particulier le troisième qui concerne la division du travail au sein du système des Nations Unies, en vue d'une riposte multilatérale plus efficace. Le Dr Xundu se félicite que l'OMS et l'ONUSIDA aient affecté des responsabilités spécifiques à des organisations chefs de file et souscrit au paragraphe 3.3) du projet de résolution y relatif. Toutefois, les activités prévues au titre des plans d'activités annuels ou biennaux relatifs au SIDA, qui sont évoquées dans la première série de recommandations, devraient demeurer des mécanismes internes de gestion de programme au niveau des pays plutôt que d'être des processus de surveillance mondiale, et les échéances fixées pour la présentation de rapports (2008 et 2010) devraient être considérées comme des objectifs pour les activités de surveillance à l'échelle mondiale. Elle observe que l'Organisation des Nations Unies pourra fournir aux pays qui en feront la demande un appui pour l'établissement de leurs plans annuels et biennaux.

Elle est préoccupée par la réponse de l'OMS à la recommandation de la cellule mondiale de réflexion tendant à accroître le financement de l'aide technique (paragraphe 13 du rapport). Il ne s'agit apparemment que de l'aide fournie aux pays pour qu'ils puissent mieux utiliser les subventions importantes provenant du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Etant donné qu'en Afrique du Sud seuls 30 % du financement supplémentaire proviennent de ce Fonds, la plus grande partie de l'aide ne bénéficierait pas de ces excellentes recommandations. L'Afrique du Sud approuve le paragraphe 1 du projet de résolution, mais elle souhaiterait que la recommandation pertinente se rapporte à toutes les formes d'aide, et en particulier l'aide fournie au titre de grands programmes de donateurs comme le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le SIDA. S'agissant du paragraphe 2, l'Afrique du Sud considère que les trois principes devraient être maintenus, mais adaptés à chaque situation et appliqués à tous les pays.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) met l'accent sur l'importance d'harmoniser les pratiques de toutes les parties prenantes afin de créer une synergie et de simplifier le financement de l'assistance aux Etats Membres. En 2001, un plan stratégique national a été élaboré avec une approche multisectorielle associant toutes les organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales ayant contribué au plan national par le biais de projets spécifiques. Le Dr González Fernández souscrit au projet de résolution.

La séance est levée à 16 h 50.

SEPTIEME SEANCE

Jeudi 25 mai 2006, 18 heures

Président : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

VIH/SIDA : Point 11.3 de l'ordre du jour (suite)

- **Mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R8 et annexe 4, et A59/8) (suite)

Le Dr CABOTAJE (Philippines) appuie les recommandations formulées par la cellule mondiale de réflexion, que son pays a reprises dans son quatrième plan à moyen terme contre le SIDA. Le Gouvernement philippin applique les trois principes grâce à un cadre d'action VIH/SIDA institué d'un commun accord par un texte de loi approprié ; une autorité unique de coordination nationale sur le SIDA, à savoir le Conseil national philippin sur le SIDA qui relève du Ministère de la Santé ; un dispositif de suivi et d'évaluation à l'échelle de tout le pays, auquel participe le Réseau d'information sur l'action sanitaire. La coordination et l'harmonisation des activités de tous les partenaires et donateurs se sont améliorées, ce qui est une source de satisfaction.

Mme ANDERSON (Australie) appuie sans réserve les recommandations de la cellule mondiale de réflexion. Son pays a participé à la rédaction de son rapport et en a défendu les recommandations au sein des organes directeurs de différentes institutions coparrainant l'ONUSIDA. L'OMS devrait entériner ces recommandations et leur donner effet sur le terrain. L'Australie approuve le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R8, estimant que toutes les parties prenantes internationales, y compris les bailleurs de fonds, doivent renforcer la riposte mondiale au VIH/SIDA en coordonnant, unifiant et harmonisant leur action de manière plus efficace.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande) approuve le projet de résolution, soulignant que pour faire face efficacement à la pandémie de VIH il faut rationaliser et harmoniser l'action de tous les partenaires au niveau des pays, qu'il s'agisse des directeurs nationaux des programmes, des conseils nationaux sur le SIDA, de la société civile, des donateurs bilatéraux et des organisations multilatérales, en vue de mettre en oeuvre les trois principes. Or les études réalisées par l'ONUSIDA en 2004 ont montré que la plupart des pays n'étaient pas en mesure de les appliquer, principalement parce qu'ils manquent des moyens institutionnels et des ressources humaines nécessaires pour négocier avec d'autres partenaires. En conséquence, les programmes tendent à être fragmentés et non coordonnés, et ne correspondent pas aux priorités nationales. En outre, les pays sont obligés de rédiger toutes sortes de rapports afin de répondre aux exigences des différents bailleurs de fonds. Si les pays ne renforcent pas leurs capacités et si les bailleurs de fonds ne respectent pas les trois principes, la riposte plurisectorielle au VIH/SIDA demeurera un objectif irréaliste.

Il serait peut-être souhaitable d'insérer les mots « à recenser les obstacles et à renforcer la capacité institutionnelle, y compris les ressources humaines, pour » avant « accélérer l'application », au paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) note que le rapport et le projet de résolution à l'examen sont axés sur l'amélioration de la réponse institutionnelle au VIH/SIDA. Il faudrait rationaliser et coordonner l'action des organisations du système des Nations Unies afin d'améliorer la riposte au VIH/SIDA menée par les pays. Le Dr Srivastava est favorable au projet de résolution et à la mise en oeuvre des trois principes. Toutefois, le projet de résolution devrait également mentionner la nécessité de mettre en place un dispositif instaurant une répartition claire des rôles et des responsabilités entre les partenaires agissant au niveau des pays, ce qui permettrait à l'ONUSIDA de mettre au point un programme unifié d'appui aux pays afin de surmonter les obstacles rencontrés par ceux-ci concernant la mise en oeuvre et d'obtenir un financement plus important de l'appui technique. Il faudrait également mettre en place un mécanisme de vérification et de supervision, prévoyant notamment un examen en bonne et due forme par les autorités nationales s'occupant du SIDA de la façon dont les bailleurs de fonds internationaux s'acquittent de leurs engagements, ainsi que la fixation de normes et critères pour l'examen et la coordination de l'assistance fournie par les donateurs.

M. KEZAALA (Ouganda) approuve les recommandations formulées par la cellule mondiale de réflexion, qu'il faudrait appliquer dès que possible. En Ouganda, les programmes d'appui au pays mis en oeuvre par l'OMS et l'ONUSIDA sont coordonnés avec ceux d'autres organismes des Nations Unies. L'OMS et l'ONUSIDA ont instauré une division fonctionnelle du travail : c'est ainsi que le FNUAP fournit des préservatifs, que l'UNICEF s'occupe de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et que l'OMS apporte son assistance technique. Mais lors de la mise en oeuvre des trois principes au niveau des pays, il faudra veiller à ce que la coordination de l'action contre le SIDA ne débouche pas sur une concurrence entre partenaires. Il faudra aussi renforcer le suivi et l'évaluation des activités relatives au VIH/SIDA du point de vue du système plurisectoriel.

Le Dr XIAO Donglou (Chine) appuie le projet de résolution et souligne l'importance de la prévention et de la lutte. Grâce à une coopération entre les différents secteurs et à la participation de la collectivité, une stratégie de prévention et de lutte a été mise en place, ainsi qu'une politique de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, grâce à laquelle : les personnes vivant avec le SIDA bénéficient d'un traitement antiviral gratuit lorsqu'il s'agit de populations vivant dans des conditions difficiles tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines ; dans les zones de forte prévalence du VIH/SIDA, le dépistage est facultatif, et les tests sont gratuits et anonymes ; l'école est gratuite pour les orphelins du SIDA ; enfin, les conseils, le dépistage et les traitements antirétroviraux pour le VIH/SIDA sont gratuits pour les femmes enceintes dans les zones pilotes de prévention et de lutte contre le SIDA.

Le budget consacré à la lutte contre le SIDA est en augmentation constante. Un système de notification et d'agrément accélérés a été institué pour les médicaments anti-SIDA et leur importation libre de droits a été autorisée. Depuis 2002, la Chine fabrique certains agents antiviraux. La société civile est mobilisée et des campagnes d'éducation pour la santé et de sensibilisation sont organisées régulièrement.

L'OMS et l'ONUSIDA jouent incontestablement un rôle important. La mise en oeuvre des trois principes nécessite l'appui des organisations et organismes bilatéraux et multilatéraux concernés. Il faut renforcer la coordination entre ces organes, veiller à harmoniser entre eux les programmes nationaux, fournir un appui technique dans les zones de forte prévalence et renforcer les moyens de prévention du SIDA.

M. HICKEY (Etats-Unis d'Amérique), se référant à l'amendement proposé par le délégué de la Thaïlande, propose que le paragraphe 2 s'énonce comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à renforcer leur capacité institutionnelle, y compris les ressources humaines, pour surmonter les obstacles et accélérer l'application des trois principes en fonction des réalités nationales ; ».

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande) estime qu'il serait plus logique que les Etats Membres commencent par recenser les obstacles pour ensuite renforcer leur capacité et notamment leurs ressources humaines. La version qu'il a proposée lui paraît préférable.

Le PRESIDENT invite les délégués à se consulter puis à rendre compte de leurs conclusions à la Commission.

Mme MANE (ONUSIDA) se réjouit de voir les trois projets de résolution sur le VIH/SIDA aussi bien accueillis. L'OMS occupe une place unique au sein de la famille de l'ONUSIDA en tant qu'organisme pilote pour le traitement et la prise en charge du SIDA, et elle joue un rôle moteur dans la progression vers l'accès universel aux niveaux mondial, régional et national. L'appui donné par l'Organisation au Comité d'orientation mondial sur l'accélération de l'action vers l'accès universel ainsi qu'aux consultations nationales et régionales est précieux. Sa contribution est mise en exergue dans le rapport d'évaluation établi par l'ONUSIDA pour la Réunion de haut niveau sur le SIDA (New York, 31 mai-2 juin 2006). Le rôle moteur joué par l'OMS en matière de traitement et de prise en charge du SIDA et d'appui au secteur de la santé est fort apprécié, de même que l'action qu'elle mène en collaboration avec l'ONUSIDA pour mettre l'accent sur la prévention du VIH dans le cadre des politiques nationales.

Un soutien plus ciblé et mieux harmonisé s'impose si l'on veut progresser vers l'accès universel. Ce souci se traduira par une volonté accrue d'atteindre les buts et objectifs énoncés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (juin 2001) et par l'adoption d'une résolution sur la question par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le Dr SOMSAK AKKSILP (Thaïlande) indique que l'accord s'est fait sur l'amendement à apporter au paragraphe 2 du projet de résolution, qui s'énoncerait comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à recenser les obstacles et à renforcer la capacité institutionnelle, y compris les ressources humaines, pour accélérer l'application des trois principes en fonction des réalités nationales ; ».

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

Drépanocytose : Point 11.4 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R3 et annexe 4, et A59/9)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) déclare qu'au cours du débat que les membres du Conseil ont consacré à la drépanocytose à la cent dix-septième session, ils ont insisté sur la nécessité d'entreprendre des actions de prévention et de prise en charge plus complètes, comprenant le diagnostic précoce, l'enregistrement et le suivi des personnes touchées et la formation du personnel dispensant les soins de santé primaires et secondaires, afin de mieux faire connaître la maladie et les soins à prodiguer. Dans tous les pays où les troubles drépanocytaires sont répandus, la planification des services de santé devrait en tenir compte. Certains Etats Membres ont indiqué qu'ils étaient disposés à coopérer en vue de préparer une stratégie mondiale de prévention et de lutte, et à dispenser une formation aux professionnels des soins de santé primaires et au personnel clinique et de laboratoire des pays en développement. Les membres du Conseil ont souligné que la prévention et la prise en charge de la drépanocytose pourraient faire partie de programmes et de services de santé généraux destinés à combattre tous les types de troubles hématologiques congénitaux. Le Conseil a

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 WHA59.12.

adopté la résolution EB117.R3, où il recommande à l'Assemblée de la Santé d'adopter le projet de résolution qui y est présenté.

Le Dr DANKOKO (Sénégal), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, déclare que la drépanocytose demeure une maladie de l'ignorance, de la pauvreté et donc de l'inégalité des chances. Quoique cette maladie génétique bien connue soit la plus répandue dans le monde, elle est encore source de difficultés sur les plans sanitaire, médical, économique, social et culturel. Le rapport à l'examen rend compte d'une situation préoccupante. Dans certaines régions africaines subsahariennes, la moitié des enfants drépanocytaires meurent avant 5 ans. Les couples ont à souffrir du priapisme dû à la maladie, qui peut aussi entraîner une insuffisance rénale ou des troubles respiratoires graves susceptibles d'abrégier la vie du malade.

Les progrès réalisés dans la prise en charge de la drépanocytose, qui permettent d'améliorer la qualité et la durée de la vie, ne profitent encore qu'aux malades des pays riches, ou aux malades riches des pays pauvres. Non seulement les taux de portage du gène sont très élevés, mais en outre les populations et les décideurs sont peu sensibilisés au problème dans certains pays ; la rareté des structures de santé spécialisées dans le traitement de la maladie, l'absence dans les pays en développement de programmes de dépistage précoce et l'insuffisance de la formation du personnel médical et paramédical dans la prise en charge de cette maladie sont également à déplorer. Les principales actions à mener sont les suivantes : élaboration d'un programme d'information et de sensibilisation de la population, comprenant également le conseil génétique ; création de centres de référence pour les soins, la formation et la recherche ; formation du personnel médical et paramédical à tous les échelons en vue d'assurer le suivi des patients ; promotion du dépistage prénuptial pour améliorer la prévention ; mise en place de programmes de dépistage néonatal et de suivi des malades ; enfin, constitution d'un réseau pluridisciplinaire de praticiens intervenant dans la prise en charge de la maladie.

Dans sa résolution WHA57.13, l'Assemblée de la Santé a instamment invité les Etats Membres à mobiliser davantage de ressources en faveur de la génomique et de la santé mondiale. En vue de sensibiliser les partenaires pour le développement, des appels ont été lancés lors de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (Gaborone, 10-14 octobre 2005) en faveur d'une plus forte mobilisation contre cette maladie ; une conférence internationale a été consacrée à ce problème (Brazzaville, 14-17 juin 2005) ; la Conférence générale de l'UNESCO a adopté sa résolution 22 sur « La drépanocytose, une priorité de santé publique » en 2005 ; enfin, le troisième congrès international de l'Organisation internationale de Lutte contre la Drépanocytose doit avoir lieu à Dakar en novembre 2006.

Les Etats Membres de la Région africaine appuient le projet de résolution à l'examen, qui ouvre une nouvelle ère dans la lutte contre la drépanocytose dans leur Région.

M. KEZAALA (Ouganda) indique que la prévalence de la drépanocytose est élevée dans son pays, où 25 000 enfants naissent chaque année avec deux exemplaires anormaux du gène. Les services spécialisés dans la drépanocytose se trouvent actuellement à l'hôpital universitaire national, et il n'existe pas encore de structures régionales. L'une des principales difficultés est la formation du personnel et l'acquisition du matériel nécessaire. Dans le cadre de l'initiative relative à la drépanocytose, une association a été créée pour dispenser une éducation sanitaire à l'échelon communautaire et conseiller les personnes se trouvant trop éloignées de l'hôpital universitaire. La drépanocytose et d'autres maladies non transmissibles sont prioritaires dans le nouveau plan stratégique pour le secteur de la santé. Il est prévu de réaliser en 2006 une enquête nationale sur les maladies non transmissibles, qui apportera des informations plus précises sur l'ampleur du problème et la capacité du secteur de la santé de le prendre en charge, et qui permettra de mettre au point un programme d'ensemble pour la prévention et la prise en charge de la drépanocytose.

M. Kezaala appuie sans réserve le projet de résolution, tout en faisant observer que sa mise en oeuvre en Ouganda sera fonction des ressources disponibles ; or celles-ci sont à l'heure actuelle insuffisantes.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) est favorable au lancement de programmes nationaux contre la drépanocytose dans les pays à forte prévalence de la maladie et du portage. Elle approuve le projet de résolution, auquel elle propose d'apporter quelques amendements. Au neuvième alinéa du préambule, elle suggère de remplacer les mots « la prise en charge » par « le dépistage prénatal ». Le premier paragraphe du dispositif devrait être modifié comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres dans lesquels la drépanocytose est un problème de santé publique ... ». Au premier alinéa du même paragraphe, il serait souhaitable d'insérer les mots «, le conseil » avant « et le dépistage », et de remplacer le membre de phrase « au contexte socio-économique et culturel » par « à la situation socio-économique, à celle des systèmes de santé et au contexte culturel ». Au troisième alinéa du même paragraphe, les mots « et des volontaires communautaires » devraient être insérés après « professionnels de la santé ». Toujours dans ce paragraphe et dans un souci de clarté, le quatrième alinéa devrait être libellé comme suit : « à mettre en place ou renforcer des services systématiques de génétique médicale et de soins complets, dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires existants, en partenariat avec les administrations nationales et locales et des organisations non gouvernementales, y compris les organisations parent/patient ». Il serait préférable de supprimer la référence à la Journée mondiale de la Santé au premier alinéa du paragraphe 2 : que la drépanocytose fasse partie d'une Journée mondiale de la Santé n'aurait pas de sens pour les pays où la maladie n'existe pas. Le Secrétariat devrait recueillir des exemples de bonnes pratiques et de succès remportés dans des pays de contextes socio-économiques divers. On pourrait donc insérer les mots «, y compris des bonnes pratiques et des modèles concrets, » après les mots « lignes directrices » au quatrième alinéa du paragraphe 2.

Le Dr WINT (Jamaïque), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, où la prévalence de la drépanocytose est de 10 %, indique que l'Université des Antilles occidentales s'enorgueillit de posséder depuis longtemps un centre de recherche d'excellence qui travaille avec le soutien du Medical Research Council du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et qui a besoin d'un appui sans faille pour poursuivre ses recherches sur de nouveaux traitements. Le centre parraine les activités suivantes : programmes de détection précoce par dépistage au sang du cordon ombilical ; suivi à long terme de personnes souffrant de drépanocytose ; formation de soignants ; programmes de dépistage chez les adultes, notamment pour réduire la mortalité maternelle. Parmi les résultats obtenus, on peut citer une survie relativement longue et une amélioration de la qualité de la vie. Une complication qui n'est pas mentionnée dans le rapport, mais qui est souvent observée dans la région des Caraïbes, est l'apparition d'ulcérations chroniques des jambes. Il est heureux que la communauté mondiale prenne davantage conscience de l'existence de cette maladie.

Il appuie le projet de résolution et suggère d'ajouter un nouvel alinéa au premier paragraphe du dispositif, qui se lirait comme suit : « à faire en sorte que des soins d'urgence adéquats, appropriés et accessibles soient proposés aux personnes vivant avec la drépanocytose ». La résolution devrait mentionner la nécessité de réduire la morbidité et la mortalité associées à la maladie.

Le Dr LUKITA (Indonésie) indique que la forme la plus courante d'anémie dans son pays est d'origine nutritionnelle. Selon l'enquête sanitaire nationale la plus récente, la prévalence de l'anémie est d'environ 48 % chez les enfants de moins de cinq ans, de 40 % chez les femmes enceintes, de 28 % chez les femmes en âge de procréer, de 50 % chez les adolescents et de 60 % chez les personnes âgées. Des enquêtes préliminaires effectuées auprès de différents groupes ethniques indonésiens ont montré que la fréquence de la thalassémie oscille entre 1 et 15 %, et l'on estime à environ 2000 par an le nombre de naissances d'enfants thalassémiques.

Le Dr Lukita appuie le projet de résolution, mais il est d'avis qu'il devrait s'adresser spécifiquement aux Etats Membres où la drépanocytose est un problème de santé publique. Les données disponibles sont insuffisantes pour conclure que c'est le cas de l'Indonésie.

Le Dr AL-JOWDER (Bahreïn), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, félicite l'OMS pour les efforts qu'elle déploie en matière de prévention et de prise en charge de la drépanocytose, qui représente, avec la thalassémie, un problème de santé majeur et un très lourd fardeau pour les services de santé. La fréquence estimée des hémopathies, qui est inégalement répartie, est de 5 % dans les Etats Membres du Conseil de Coopération du Golfe. Beaucoup de pays de la Région ne disposent pas de bonnes données épidémiologiques. La drépanocytose est une maladie évitable et la détection prénuptiale est importante, particulièrement dans les communautés où le degré de consanguinité est élevé. Le dépistage prénuptial est donc obligatoire à Bahreïn et en Arabie saoudite. Bahreïn a réduit l'incidence de la drépanocytose chez les jeunes enfants et les nouveau-nés, celle-ci étant tombée de 2 % en 1985 à 0,09 % en 2005 grâce à des campagnes nationales d'éducation et d'information et à des services de conseil. Le conseil prénuptial, institué à titre facultatif en 1992, est obligatoire depuis 2005.

Le Dr Al-Jowder accueille favorablement le projet de résolution, tout en relevant que sa mise en oeuvre sera difficile pour certains Etats Membres, car il a été rédigé en songeant aux pays développés. Les pays de la Région ont besoin de trouver des solutions au problème de la drépanocytose au niveau des soins de santé primaires et attendent une assistance de l'OMS dans les domaines suivants : élaboration de directives sur la prévention et la prise en charge des hémopathies ; conseils sur le choix de mesures d'un bon rapport coût/efficacité pour la prévention et la prise en charge de la drépanocytose ; collaboration entre les centres et institutions partenaires de l'OMS dans le domaine des hémopathies ; recensement des centres d'excellence ; renforcement des programmes de prévention et de lutte contre les hémopathies.

Le Dr AMMAR (Liban) accueille favorablement le rapport. La drépanocytose et les thalassémies sont les hémoglobinopathies héréditaires les plus fréquentes au Liban. La moitié des cas de drépanocytose diagnostiqués chez les nouveau-nés résultent de la consanguinité. Le nombre de patients augmente avec le développement du diagnostic et du traitement. Du fait que les malades vivent plus longtemps, ils représentent un fardeau social et financier de plus en plus lourd. L'éducation pour la santé, le dépistage prénuptial et le conseil génétique réduisent l'incidence de la maladie, ce qui est favorable sur les plans financier, social et sanitaire. Les traitements et le suivi réduisent sensiblement le nombre d'événements cliniques nécessitant une transfusion et une hospitalisation. Les pays méditerranéens présentant des profils épidémiologiques comparables devraient mettre en commun leur expérience pour lutter à la fois contre la thalassémie et la drépanocytose, en faisant appel à la même équipe pluridisciplinaire pour ces deux pathologies. S'attaquer à l'une et l'autre par le biais d'un seul et même programme est d'un excellent rapport coût/efficacité. Eu égard aux lourdes conséquences qu'elle a sur la santé et la situation socio-économique dans les pays en développement, notamment en Afrique, la drépanocytose devrait être formellement reconnue comme une priorité de santé publique ; c'est pourquoi le Liban appuie le projet de résolution.

Le Dr BIN AL-ZAHRANI (Arabie saoudite) appuie également le projet de résolution. La drépanocytose affecte particulièrement les parties orientale, occidentale et méridionale de l'Arabie saoudite. Le dépistage prénuptial est obligatoire depuis février 2004. Des centres d'excellence ont été créés dans le but d'assurer le suivi des cas de drépanocytose et de pathologies associées.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) se félicite de voir la drépanocytose figurer à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé, car elle constitue depuis longtemps un grave problème de santé publique dans son pays. L'accent doit être mis sur le dépistage précoce des nourrissons atteints et la mise en place de services de prise en charge intégrée. Depuis 1993, le Bénin expérimente un programme original de prise en charge médicale intégrée de la drépanocytose adapté aux contraintes socioculturelles et économiques, dont les résultats médicaux et scientifiques sont reconnus sur le plan international. Le Bénin, qui appuie le projet de résolution, pourrait jouer un rôle moteur dans la lutte contre la drépanocytose en Afrique.

M. SESS ESSIAGNE (Côte d'Ivoire) souligne que la drépanocytose constitue un véritable problème de santé publique dans son pays et dans la Région africaine en raison de sa prévalence élevée et de la mortalité et de la morbidité qui l'accompagnent. Des études menées en Côte d'Ivoire et dans des pays voisins ont permis d'améliorer la prise en charge. L'administration d'antioxydants et d'autres piègeurs radicalaires tels que vitamines E et A et polyphénols a contribué à réduire le nombre de crises vaso-occlusives et à améliorer la qualité de vie des malades. Beaucoup reste encore à faire en matière de prévention et de recherche. La Côte d'Ivoire souscrit au projet de résolution et mettra en oeuvre les recommandations qu'il contient.

Mme NOGUIERA GUEBEL (Brésil) appuie sans réserve le projet de résolution. Au Brésil, 3500 enfants drépanocytaires naissent chaque année. Cette maladie est une priorité sanitaire ; en 2004, le Ministère de la Santé a mis en place un comité technique chargé de déterminer le profil de la maladie et d'assurer la prise en charge de la population atteinte. Le programme national comprend : des activités de prévention fondées sur le dépistage néonatal, le conseil génétique, eu égard en particulier aux droits sexuels et génésiques des personnes affectées, et la prise en charge universelle. Le Brésil attache beaucoup d'importance à la coopération visant à renforcer les capacités et à améliorer le diagnostic et le traitement.

Mme BIKOUTA (Congo) souligne que la prise en charge des malades porteurs de la drépanocytose est mieux assurée dans des centres de référence. Elle suggère de modifier le troisième alinéa du paragraphe 2 du dispositif comme suit : « de promouvoir et de soutenir : a) la collaboration interpays pour développer la formation et les compétences du personnel et poursuivre le transfert de technologie et de connaissances de pointe vers les pays en développement ; b) la construction et l'équipement de centres de recours pour les soins, la formation et la recherche ; ».

Mme WANGMO (Bhoutan) appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande, particulièrement celui concernant le premier alinéa du paragraphe 2. Elle n'est pas favorable à l'inclusion de la drépanocytose dans les objectifs de la Journée mondiale de la Santé, car celle-ci n'affecte pas tous les pays.

Le Dr GARBOUJ (Tunisie) appuie le projet de résolution, estimant lui aussi qu'il faut mettre au point des programmes spéciaux pour la drépanocytose, compte tenu du fardeau extrêmement lourd que la maladie fait peser sur les individus et la collectivité. Il est possible d'améliorer la qualité de vie des malades grâce aux progrès réalisés en matière de diagnostic précoce et de traitement. En Tunisie, entre 1 et 12 % de la population est atteinte, selon les régions. Beaucoup est fait pour offrir aux patients les soins et traitements nécessaires. La prévalence de la maladie a reculé grâce au diagnostic précoce et au dépistage prénatal.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) souligne qu'une approche efficace de la prévention de la drépanocytose doit tenir compte de la situation épidémiologique spécifique de chaque pays et de la grande variabilité géographique de la prévalence de la maladie. Cette approche doit autant que possible s'intégrer aux soins de santé primaires, aussi bien pour la prise en charge que pour la prévention. A tous les stades, il convient néanmoins de tenir compte des questions éthiques, juridiques et sociales qui se posent.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) déclare qu'en attendant la distribution d'une version révisée du projet de résolution incorporant les amendements qui ont été proposés, les délégués voudront peut-être tenir des consultations officieuses en vue de parvenir à un accord au sujet des amendements concernant la Journée mondiale de la Santé et le dépistage prénatal.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) est d'avis que l'amendement présenté par le délégué de la Jamaïque tendant à insérer un nouvel alinéa qui serait le deuxième du paragraphe 1 pourrait encore être amélioré en remplaçant « à faire en sorte que » par « à veiller à ce que ».

Le PRESIDENT dit que la Commission examinera le projet de résolution révisé à une séance ultérieure.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, p. 128.)

Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique : Point 11.5 de l'ordre du jour (documents A59/10 et A59/10 Add.1)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) dit qu'à sa cent dix-septième session le Conseil a rappelé que la destruction complète de tous les stocks restants de virus variolique demeure l'objectif ultime des Etats Membres. Il faut parvenir à un consensus mondial sur la date de cette destruction. Le maintien temporaire de stocks de virus dans les deux laboratoires de haute sécurité a été autorisé à condition que toutes les recherches nécessitant l'accès au virus vivant soient orientées sur les résultats, limitées dans le temps et soumises à examen périodique. Le Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique a été chargé de suivre le programme de recherche, d'approuver les différents projets de recherche et d'évaluer les progrès des travaux jugés essentiels pour la santé publique. L'OMS inspecte régulièrement les deux laboratoires afin de garantir à la communauté internationale que toutes les mesures voulues sont prises pour que les stocks de virus soient conservés dans de bonnes conditions de sécurité. Les membres du Conseil ont convenu que les progrès de la recherche ont été considérables. De l'avis de certains, un grand nombre d'objectifs de santé publique ont désormais été atteints. D'autres ont en revanche estimé qu'il serait prématuré de fixer une date limite pour la destruction des stocks et, selon l'un d'eux, il n'existe aucune garantie que des stocks de virus vivants ne sont pas détenus dans des lieux autres que les deux laboratoires officiellement désignés. Aucun consensus clair ne s'étant dégagé sur ces différents points, le Conseil a confié à un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée le soin de rédiger un projet de résolution portant sur ces questions. Le texte en est soumis à l'Assemblée de la Santé dans le document A59/10.

Le Dr KAMWI (Namibie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, apprécie les efforts faits par le groupe de travail pour concilier les différents points de vue défendus au sujet du projet de résolution. Les Etats Membres africains ont fait des propositions pour tenir compte des inquiétudes exprimées au sujet de la sécurité des stocks de virus variolique à la cinquante-cinquième session du Comité régional OMS de l'Afrique. La proposition faite par ce dernier tendant à ce que des stocks soient conservés en toute sécurité par l'OMS n'est pas réalisable parce que l'Organisation ne dispose d'aucun laboratoire présentant le niveau voulu de sécurité. Les membres du Comité régional ont aussi exprimé leur opposition à la manipulation génétique du virus variolique en raison des risques d'accident de laboratoire, de dissémination intentionnelle du virus ou de bioterrorisme, ainsi que de l'éventualité de voir apparaître des formes virales plus dangereuses. Le Comité régional s'est également dit insatisfait de la composition du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique. Contrairement à la décision prise par l'Assemblée de la Santé tendant à ce que ce Comité se compose d'experts de chacune des Régions OMS, il ne comporte apparemment aucun spécialiste de pays en développement. Cet organe devrait se prévaloir d'une représentation équilibrée et notamment compter des spécialistes de la santé publique ainsi que divers conseillers et observateurs. En outre, dans un souci d'impartialité et de totale crédibilité, ses membres devraient être indépendants des scientifiques travaillant dans les deux conservatoires.

C'est la destruction future des stocks restants de virus variolique qui est l'objet du débat plutôt que le développement de la recherche. Il ressort du rapport à l'examen que l'essentiel des recherches

nécessitant l'utilisation de virus variolique vivant sont arrivées à leur terme. Il faut se demander si les avantages de la destruction des stocks restants ne surpassent pas largement l'intérêt qu'il y a à poursuivre ces recherches. Les Etats Membres africains considèrent qu'il est temps d'en arriver à un consensus sur la date de destruction des stocks existants de virus variolique. Le Comité a certes reconnu que les travaux supplémentaires à mener en vue de l'homologation d'agents antiviraux expérimentaux exigent peut-être l'utilisation de virus variolique vivant, mais le processus d'homologation peut être mené à bonne fin dans un délai relativement court. C'est pourquoi il a été proposé de fixer au 30 juin 2010 la date de destruction, ce qui permettrait d'achever les travaux en cours. Cette destruction devrait être précédée d'un examen approfondi visant à s'assurer que le maintien de stocks ne se justifie plus. Dans l'intérêt de la santé publique, l'Assemblée de la Santé devrait proposer une date précise pour la destruction des stocks qui subsistent.

Mme HALTON (Australie) est bien consciente des inquiétudes que suscite l'idée de conserver un virus dont on n'aurait plus besoin. L'Australie est toutefois d'avis qu'il est préférable de conserver un petit stock de virus variolique étroitement surveillé, uniquement à des fins de recherches essentielles. A l'heure actuelle, il est difficile de fixer un calendrier précis pour l'achèvement de telles recherches. Les dispositions prises en matière de sécurité devraient dissiper toutes ces craintes. Dans un monde où la menace du bioterrorisme paraît plus réelle qu'à aucun autre moment au cours des deux décennies écoulées, il serait prématuré de fixer une date pour la destruction du virus variolique vivant.

Le Dr KLEIN (Autriche), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne et précisant que la Bulgarie et la Roumanie, pays en voie d'adhésion, la Turquie, pays candidat, et la Bosnie-Herzégovine, candidat potentiel, souscrivent à sa déclaration, invoque les dispositions des résolutions WHA49.19, WHA52.10 et WHA55.15 tendant à ce que les stocks de virus variolique restants soient détruits, mais à une date qui reste à déterminer. Il convient à son avis de conserver les stocks sur les sites spécifiés par la résolution WHA55.10, afin de poursuivre des recherches approuvées, ciblées et limitées dans le temps, de façon transparente et en les soumettant à un réexamen périodique. Une date ne devrait être fixée pour leur destruction que lorsque les résultats des recherches permettront d'en arriver à un consensus sur le calendrier et la méthode de destruction.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud) rappelle que depuis l'éradication mondiale de la variole, l'Assemblée de la Santé a adopté plusieurs résolutions prévoyant la conservation du virus variolique à titre temporaire, étant entendu qu'il serait en fin de compte détruit. Les informations communiquées sur l'efficacité et l'innocuité des vaccins de deuxième et troisième génération sont encourageantes. Il est à noter que le Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique n'estime pas nécessaire d'utiliser le virus vivant pour l'évaluation des vaccins antivarioliques, le séquençage de l'ADN ou la poursuite des recherches sur les virus hybrides. La plupart des membres du Comité ont d'autre part estimé que poursuivre les recherches avec le virus vivant aux fins de la mise au point de tests diagnostiques n'était pas nécessaire. Il est regrettable que les conditions exigées pour l'homologation d'agents antiviraux aux Etats-Unis d'Amérique imposent peut-être la poursuite de travaux avec le virus variolique vivant. Il faudrait accélérer ces travaux. L'Afrique du Sud souhaite que l'on réexamine de toute urgence l'ensemble des propositions de recherche actuellement présentées. Elle approuve le projet de résolution et loue les efforts du groupe de travail intergouvernemental. Elle invite instamment tous les Etats Membres à appuyer les amendements tendant à la destruction de tous les stocks de virus variolique avant le 30 juin 2010. Il conviendrait aussi de consacrer le principe selon lequel les membres du Comité consultatif doivent être indépendants des chercheurs travaillant dans les deux laboratoires.

Le Dr CONWAY (Tuvalu) estime que bien que la variole ait été éradiquée, il n'existe pas de certitude qu'elle ne réapparaîtra pas ; il peut dès lors être souhaitable de conserver un stock de virus variolique vivant pour fabriquer des vaccins. On ne dispose pas d'éléments suffisants pour affirmer

que l'orthopoxvirus simien est aussi efficace que le virus variolique pour fabriquer des vaccins antivarioliques. Les stocks de virus doivent être utilisés dans le but exclusif de produire des vaccins de meilleure qualité.

La variole a été éradiquée grâce au suivi assuré par les services de santé publique et à la vaccination, à une époque où les antiviraux n'existaient pas. Par la suite, la recherche est allée au-delà de la production de vaccins de meilleure qualité et la question s'est posée de savoir si les chercheurs devaient utiliser le virus variolique pour produire des agents antiviraux. La manipulation génétique du virus de la variole a également été envisagée. L'Organisation doit veiller à ce que les initiatives prises en matière de recherche par les laboratoires désignés soient compatibles avec les décisions de l'Assemblée de la Santé. Toute recherche non destinée à produire un vaccin de meilleure qualité doit faire l'objet d'un suivi, conformément aux résolutions de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SLASTNYKH (Fédération de Russie) dit que l'éradication de la variole dans les années 80 a conféré à chacun une immense responsabilité, car il faut en empêcher le retour, surtout si l'on songe que la moitié de la population mondiale n'est pas immune. On ne peut exclure la possibilité que des stocks de virus variolique existent hors des deux conservatoires officiels ; le Directeur général a indiqué, lors de la cent dix-septième session du Conseil exécutif, que l'on ne peut avoir la certitude que les stocks conservés en Fédération de Russie et aux Etats-Unis d'Amérique sont les seuls qui existent. Le virus pourrait être intentionnellement propagé à des fins de bioterrorisme. Il n'existe pas de vaccin antivariolique entièrement fiable. Les vaccins existants sont trop réactogènes pour se prêter à une utilisation à grande échelle, et ils peuvent avoir des effets secondaires graves, voire mortels. En dépit des progrès récents, les recherches effectuées avec le virus vivant sont incomplètes et doivent se poursuivre. Il ne faut pas perdre de vue que les travaux scientifiques menés en Fédération de Russie et aux Etats-Unis d'Amérique à partir du virus variolique ont été approuvés et sont conduits sous la stricte supervision de l'OMS. Les inspections du laboratoire russe effectuées en 1995 et 2005 ont confirmé que celui-ci fonctionne dans le respect total des exigences internationales en matière de sécurité biologique. Décider de détruire les stocks de virus variolique ne doit se faire qu'en s'entourant de grandes précautions et seulement après avoir analysé de manière exhaustive les éventuelles conséquences négatives. En outre, une telle décision doit être prise par consensus, et la proposition tendant à fixer une date de destruction formulée par un simple groupe de travail n'a pas obtenu le consensus. La Fédération de Russie compte parmi les nombreux Etats Membres qui sont opposés à la fixation artificielle d'une date limite pour la destruction des stocks de virus variolique. Tant que des méthodes fiables et efficaces de traitement n'auront pas été mises au point, une telle décision ira à l'encontre des buts recherchés.

M. OLANGUENA AWONO (Cameroun) fait part des inquiétudes qui sont les siennes et celles d'autres pays du bassin du Congo où l'orthopoxvirus simien est prévalent et présente un risque pour l'homme ; une flambée d'orthopoxvirus simien s'est produite en 2004 dans la forêt tropicale. Des spécialistes en virologie et en santé publique de pays du bassin du Congo devraient être membres du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique. Les chercheurs travaillant dans les laboratoires de la Fédération de Russie et des Etats-Unis d'Amérique devraient faire preuve d'un plus grand souci de transparence et d'ouverture et de davantage de sens de leurs responsabilités à l'égard de tous, car l'éradication de la variole et le bioterrorisme sont des sujets de préoccupation pour le monde entier. Le Secrétariat doit chaque année informer l'Assemblée de la Santé des progrès de la recherche. Le Cameroun est favorable aux travaux en cours ainsi qu'à la date proposée pour la destruction des stocks de virus variolique, sous réserve d'un examen approfondi de la situation.

Le Dr AL KHARABSEH (Jordanie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, félicite le Comité consultatif du travail intense qu'il a fourni. Compte tenu des progrès accomplis en ce qui concerne l'analyse des séquences d'ADN du virus et l'amélioration des tests diagnostiques, il n'est plus utile de poursuivre les recherches dans ces domaines au moyen de virus variolique vivant ou de virus hybrides. Les vaccins de deuxième et troisième génération qui ont

été mis au point semblent avoir moins d'effets indésirables chez les groupes vulnérables. Dès lors, il n'est nécessaire ni du point de vue scientifique ni du point de vue réglementaire de se servir de virus variolique vivant chez des modèles animaux pour évaluer les vaccins antivarioliques. Toutefois, quoique les antiviraux dont on dispose soient prometteurs, il faudra peut-être encore poursuivre les recherches sur le virus variolique vivant chez des modèles animaux pour obtenir l'homologation d'autres composés expérimentaux. On se rappellera qu'en vertu de précédentes décisions de l'Assemblée de la Santé, un calendrier doit être fixé pour la destruction des stocks de virus qui subsistent. La nouvelle technologie mise au point pour identifier le virus variolique (amplification génique en temps réel) ainsi que les kits de mise en évidence validés doivent être mis à disposition afin d'assurer une surveillance satisfaisante et une détection précoce de la variole au cas où une flambée se produirait, et le test par ELISA IgM permettant de poser un diagnostic différentiel de l'orthopoxvirose simienne par rapport à la variole doit être mis à la disposition des Etats Membres d'Afrique subsaharienne et notamment du Soudan.

Le Dr CHANTANA PADUNGTOD (Thaïlande) remercie le Comité consultatif pour le travail approfondi qu'il a accompli. La mise au point d'un test de diagnostic très spécifique et d'un vaccin antivariolique efficace et sûr représente un important progrès de la recherche, même si la mise au point de médicaments antiviraux accuse un certain retard. Il ressort clairement du rapport du Comité qu'il n'est pas utile de se servir de virus variolique vivant pour le séquençage, les diagnostics ou la mise au point de vaccins. La Thaïlande approuve les paragraphes 3 et 4.5) du projet de résolution.

Le Dr BRUNET (France) estime prématuré de fixer une date pour la destruction des souches existantes, tout en reconnaissant qu'il faudra les éliminer dans l'avenir. Il y a lieu d'appeler l'attention sur le statut juridique des souches restantes, notamment en ce qui concerne leur propriété et leur utilisation. Le même type de question pourrait se poser dans l'avenir pour les souches de poliovirus ou de virus grippaux pandémiques. Sans remettre en question la confiance placée dans les laboratoires détenant des souches de virus, l'Assemblée de la Santé devra en arriver à préciser le statut juridique des souches détenues à la demande de l'OMS, afin que les conditions légales de détention applicables soient claires pour les Etats Membres.

M. BAYAT MOKHTARI (République islamique d'Iran), rappelant que dans sa résolution WHA52.10 l'Assemblée de la Santé a fait valoir que les recherches approuvées devaient être axées sur les résultats et limitées dans le temps, souligne que, grâce aux progrès accomplis durant les quatre dernières années dans les travaux concernant les antiviraux, les tests diagnostiques et les vaccins, il est devenu inutile de poursuivre les recherches avec le virus variolique vivant. Pour se rapprocher du but, à savoir la destruction des stocks de virus, il faut restreindre le programme de recherche et contrôler plus étroitement les stocks existants. Une réforme du Comité consultatif s'impose, car cet organe doit devenir plus équilibré du point de vue géographique et scientifique et faire preuve d'une plus grande transparence et d'une volonté plus affirmée de contrôler toute nouvelle recherche approuvée. Depuis le dernier débat que l'Assemblée de la Santé a consacré à cette question,¹ des mesures ont été prises pour mieux contrôler les recherches, mais les gouvernements doivent sans ambiguïté confier cette tâche à l'OMS. L'Assemblée de la Santé doit revenir sur l'autorisation donnée à titre temporaire de conserver des stocks de virus vivant à des fins de séquençage et de recherche et développement de tests diagnostiques et de vaccins. Les expériences menées sur des primates infectés avec de grandes quantités de virus vivant sont risquées et de valeur contestable. L'OMS ne doit en aucun cas autoriser la manipulation génétique du virus variolique ou la distribution de segments de son ADN, notamment vers des destinations inconnues. Les risques d'accident de laboratoire catastrophique, de dissémination

¹ Document WHA58/2005/REC/3, procès-verbal de la sixième séance.

du virus ou de création d'un virus encore plus pathogène surpassent de loin l'intérêt éventuel de tels travaux.

M. MOLCHAN (Biélarus) demande instamment que l'on fasse preuve d'une grande prudence et que l'on procède à une analyse approfondie des conséquences avant de décider de détruire les stocks de virus. A la suite de l'éradication de la variole et de l'arrêt consécutif de la vaccination, la moitié de la population mondiale se retrouve non immune. Le vaccin actuel a de graves effets secondaires et n'est d'aucune utilité pour les sujets immunodéprimés. En outre, il n'existe pas suffisamment d'antiviraux efficaces pour faire face aux conséquences éventuelles d'attaques bioterroristes, lesquelles représentent une réelle menace. L'Assemblée de la Santé doit se garder de fixer une date limite pour la destruction des deux stocks de virus naturel qui subsistent officiellement. Les deux Etats Membres qui hébergent les conservatoires autorisés doivent continuer à collaborer étroitement avec le Secrétariat et notamment avec le Comité consultatif pour faire en sorte de conserver les stocks de virus dans de bonnes conditions de sécurité et de travailler à la mise au point de nouveaux vaccins acceptables.

Le Dr BODZONGO (Congo) relève que le Comité consultatif a jugé nécessaire de renforcer le modèle animal, mais non sans demander qu'une stratégie de recherche précise soit proposée dans ce but. Il apparaît que beaucoup reste encore à faire et le Comité n'a pas proposé de date pour la destruction des stocks de virus. Etant donné que le Congo a connu une flambée d'orthopoxvirose simienne en 2004, il est favorable à la poursuite des recherches, mais avec la participation de spécialistes de pays en développement, dans une complète transparence et sous la supervision de l'OMS.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) approuve la conservation à titre temporaire des deux stocks de virus variolique sur les sites où ils se trouvent actuellement, sous le strict contrôle et la supervision permanente de l'OMS, en totale conformité avec les exigences internationales en matière de sûreté et de sécurité biologiques.

M. HEINE (Iles Marshall) loue le travail accompli par le Comité consultatif. C'est à l'Assemblée de la Santé qu'il incombe de décider s'il convient ou non de conserver les stocks de virus aux fins de la recherche sur les antiviraux destinés à être utilisés en cas de réapparition naturelle de la variole ou de dissémination intentionnelle du virus de la variole comme arme biologique. Les conséquences de la destruction des stocks lui paraissant incertaines, il est favorable à leur conservation à des fins de recherche, sous l'égide de l'OMS et du Comité consultatif.

Le Dr LEVENTHAL (Israël), appuyé par M. EINARSSON (Islande), estime que la destruction des stocks de virus est inévitable à terme, mais qu'elle devra intervenir en temps opportun. Il n'est pas urgent de fixer une date tant que les recherches et les travaux sur les vaccins ne sont pas terminés.

Le Dr NAKASHIMA (Japon) souligne que si le but ultime est certes la destruction des stocks, la menace potentielle de voir des agents biologiques utilisés intentionnellement fait qu'il est urgent de voir l'OMS assumer la gestion de la recherche sur le virus variolique, ainsi que le stipulent de précédentes résolutions de l'Assemblée de la Santé. Cela doit se traduire notamment par l'inspection des deux conservatoires officiels par un organe tiers, la mise en commun des résultats de la recherche et une évaluation transparente des progrès réalisés. La recherche devra donner davantage de résultats avant que l'on puisse détruire les stocks, si bien qu'il n'est pas possible de fixer une date. Le consensus ne s'est pas encore fait sur la poursuite des travaux faisant appel au virus vivant. L'OMS doit continuer à surveiller les stocks et à évaluer les recherches, en réexaminant périodiquement la nécessité de les poursuivre.

Mme DE HOZ (Argentine) appuie la proposition tendant à conserver encore les stocks de virus à titre temporaire afin de mener les recherches nécessaires pour produire de nouveaux vaccins améliorés, sous réserve d'un contrôle rigoureux et du respect des exigences les plus strictes en matière de sûreté et de sécurité biologiques.

M. CHO Do-yeon (République de Corée) considère que la menace bioterroriste constitue une crise internationale obligeant à poursuivre les recherches afin d'améliorer les capacités techniques. Le but est bien sûr de détruire les stocks de virus. Il faudrait créer un organe qui, sous les auspices de l'OMS, serait chargé de mettre en commun les informations scientifiques sur les vaccins et les antiviraux.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) estime judicieux de demander la poursuite des recherches menées avec le virus variolique vivant dans les deux conservatoires officiellement autorisés. Ces recherches, et notamment celles qui ont trait à la mise au point de meilleurs outils de diagnostic, de nouveaux agents antiviraux et de vaccins améliorés, offrent des possibilités qui sont loin d'être épuisées et il est important de faire en sorte qu'elles aboutissent. Les vaccins antivarioliques actuellement disponibles ne conviennent pas à beaucoup de personnes dont le système immunitaire est affaibli, tels que les porteurs d'une infection à VIH ou les sujets malnutris. Ces recherches pourraient aussi permettre d'améliorer la réponse des services de santé publique à des flambées d'orthopoxvirose simienne chez l'homme. Il est pratiquement certain que des stocks non autorisés de virus variolique existent et qu'ils pourraient éventuellement être utilisés par des bioterroristes. Ces faits, s'ajoutant aux potentialités de la recherche, signifient qu'il est prématuré de fixer arbitrairement une date pour la destruction des stocks de virus.

Les résultats des recherches conduites à partir de virus vivant devraient effectivement être plus largement diffusés, les compétences et la composition du Comité consultatif devraient être élargies et les progrès de la recherche faire l'objet d'un examen périodique indépendant. Fixer un calendrier pour la mise au point de nouveaux agents antiviraux qui irait du laboratoire à la mise sur le marché serait certes éminemment souhaitable ; mais, pour respecter les normes voulues en matière d'innocuité et d'efficacité, il faut faire appel à un modèle animal, et il est impossible de fixer un calendrier avec cette méthode.

Le texte du projet de résolution est en grande partie acceptable et les Etats-Unis appuient l'objectif à long terme de la destruction des stocks de virus, mais il leur paraît malavisé de fixer des limites aux recherches futures (par exemple en interdisant les recherches visant à mettre au point des vaccins plus sûrs), d'exclure que des scientifiques travaillant au sein des deux conservatoires officiels fassent partie du Comité consultatif, et de choisir une date arbitraire pour la destruction des stocks.

Mme NOGUIERA GUEBEL (Brésil) est d'avis qu'il faut encore conserver les stocks existants de virus variolique sur les deux sites actuels, dans de strictes conditions de sécurité et sous la supervision de l'OMS. Avant de détruire les stocks restants, il faut avoir mené à bien les recherches sur les agents antiviraux axées sur les résultats. Il serait souhaitable de revoir la composition du Comité consultatif dans le souci d'équilibrer la représentation géographique par la présence de spécialistes de pays en développement.

Le Professeur PRUIDZE (Géorgie) est opposé à la destruction des stocks de virus variolique, qui sont conservés en quantité limitée.

M. OLDHAM (Canada), soulignant que l'objectif est bien la destruction des stocks de virus variolique, fait valoir que toutes les recherches doivent demeurer axées sur les résultats et limitées dans le temps. La date de destruction des stocks ne devra être fixée qu'une fois que les résultats des recherches auront permis d'en arriver à un consensus. Il ne paraît pas souhaitable de fixer arbitrairement une date. Il est à noter que les équipes d'inspection de l'OMS ont donné à nouveau

l'assurance que les stocks de virus se trouvant dans les deux conservatoires sont bien protégés et il faut à nouveau obtenir des garanties que toutes les recherches sur la variole demeurent aussi rigoureusement contrôlées que possible afin d'empêcher la création de souches plus virulentes ou la dissémination accidentelle du virus. Il serait important qu'un nombre respectable d'experts en santé publique fassent partie du Comité consultatif.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) accueille avec satisfaction le rapport et le projet de résolution. Des recherches plus poussées s'imposent, par exemple sur les modèles animaux qui permettront de mettre au point des vaccins, et un bilan approfondi devra être fait avant que l'on puisse fixer une date pour la destruction des stocks de virus. Les appels à l'ouverture et à la transparence des travaux du Comité consultatif, ainsi qu'à une large participation à ceux-ci, sont tout à fait justifiés. Le problème juridique soulevé par le délégué de la France mérite que l'on s'y arrête et le Royaume-Uni sera heureux de participer à cette réflexion.

La discussion n'a guère porté sur les mérites respectifs des différentes versions du projet de résolution proposé. Il serait souhaitable d'avoir l'avis du Secrétariat sur la façon de procéder.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) a pris note des recommandations et suggestions qui ont été faites sur les moyens d'améliorer la composition du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique tant du point de vue de la répartition géographique que de la présence d'experts en santé publique et en virologie. Le Secrétariat s'y emploie. Les inspections périodiques des deux conservatoires se poursuivront pour s'assurer qu'ils répondent aux normes les plus élevées de sécurité et de sûreté biologiques.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) indique qu'un groupe de travail se réunira le jour suivant pour examiner le projet de résolution.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la onzième séance, section 2, p. 179.)

La séance est levée à 21 heures.

HUITIEME SEANCE

Vendredi 26 mai 2006, 9 h 45

Président : Dr K. LEPPÖ (Finlande)

1. DEUXIEME ET TROISIEME RAPPORTS DE LA COMMISSION A (documents A59/49 et A59/50)

Le Dr CISSÉ (Guinée), Rapporteur, donne lecture des projets de deuxième et troisième rapports de la Commission A.

Les rapports sont adoptés.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : Point 11.6 de l'ordre du jour (documents A59/11 et A59/11 Add.1)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) dit que le projet de stratégie mondiale est le fruit d'une large consultation incluant toutes les Régions, avec des représentants des ministères de la santé, des organisations non gouvernementales, des partenaires du système des Nations Unies, du secteur privé de la santé et d'autres parties intéressées. Cette consultation, qui a commencé en 2002 par une ébauche des premiers éléments d'une nouvelle stratégie, a débouché sur un projet tenant compte des recommandations issues de l'ensemble des consultations et des interventions des membres du groupe consultatif sur la sexospécificité et du tableau d'experts sur les infections sexuellement transmissibles, y compris celles qui sont imputables au virus de l'immunodéficience humaine. Le projet final tient compte des observations reçues des Etats Membres et complète la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA. Il reconnaît que la lutte contre les infections transmissibles et leur prévention sont des aspects fondamentaux de la santé sexuelle et génésique, pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et des cibles internationaux de développement liés à la santé génésique. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de stratégie mondiale et le projet de résolution contenus dans le document A59/11.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) dit que le projet de stratégie lui paraît un excellent moyen d'aborder un grave problème de santé publique aux niveaux international, régional et national. Son pays a opté pour une approche globale de la prévention et du traitement des infections sexuellement transmissibles, principalement axée sur les enfants qui entrent dans l'adolescence auxquels il importe de fournir des informations et d'inculquer des compétences en tenant compte de leurs besoins et de l'évolution de leurs capacités, afin de les protéger contre l'infection, les sévices sexuels et les grossesses non désirées. Le projet de résolution devrait définir plus précisément l'expression « adaptées à l'âge » ; il propose d'ajouter à la fin du paragraphe 1 le membre de phrase

¹ Voir p. 285.

suivant : « reconnaissant que les interventions adaptées à l'âge sont celles qui tiennent compte des droits des personnes et de leurs besoins en matière de santé et de développement et qui donnent accès à l'information sur la santé sexuelle et génésique, aux savoir-faire pratiques, à l'éducation et aux services et, dans le cas des jeunes, en fonction de l'évolution de leurs capacités ».

Le Dr CHANTANA PADUNGTOD (Thaïlande) fait l'éloge du projet de stratégie mondiale et approuve le projet de résolution, reconnaissant qu'il est essentiel que les stratégies de lutte contre les infections sexuellement transmissibles soient adaptées à l'épidémiologie locale de ces infections.

Le Dr CHAOUKI (Maroc), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, exprime son appui à la stratégie mondiale dont il recommande qu'elle soit appliquée sans délai. Les mesures adoptées pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles doivent tenir compte des particularités culturelles pour être efficaces. Les Etats Membres de sa Région participeront à toutes les consultations techniques et ont demandé la mise au point d'interventions applicables ou adaptables au contexte culturel propre à chaque pays. L'appui du Secrétariat est absolument nécessaire pour les activités de sensibilisation, d'adaptation, de planification, de renforcement des capacités, de mise en oeuvre, et de surveillance et d'évaluation de la stratégie mondiale.

Le programme de lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, mis en place par le Maroc en 1988, a obtenu de bons résultats en ce qui concerne la sécurité transfusionnelle, la surveillance épidémiologique, les soins et le traitement des personnes vivant avec des infections sexuellement transmissibles ou avec le VIH/SIDA, l'application de mesures préventives et la participation de la société civile aux mesures de prévention. La stratégie de soins et de traitement des femmes atteintes d'infections sexuellement transmissibles est en cours de révision.

Le Dr KLEIN (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, précise qu'il parle aussi au nom des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des pays candidats – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie – et des pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro –. Il se félicite du projet de stratégie dont il déplore toutefois la publication tardive. Il est fermement attaché à la promotion de la santé sexuelle et génésique et des droits qui y sont attachés, de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH et de SIDA, et de l'accès à l'information, aux connaissances, aux services et aux fournitures nécessaires pour la protection contre toutes les infections sexuellement transmissibles. L'expression « adaptées à l'âge » semble indiquer que certaines catégories de personnes devraient bénéficier d'un accès à certaines interventions, certaines informations et certains services et appelle des précisions en vue de lever toute ambiguïté. La stratégie devrait insister sur le fait que les jeunes doivent avoir accès à l'éducation, à l'information et aux services, compte tenu de l'évolution de leurs capacités et de leurs besoins, et cela devrait aussi figurer dans la résolution.

Il importe que les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA soient abordés dans le cadre de la santé maternelle et génésique et de la santé de l'enfant. Les obstacles sociaux, culturels, politiques et économiques qui entravent l'accès à la prévention et au traitement doivent être levés. Le Dr Klein prie le Directeur général d'insister auprès des gouvernements pour qu'ils s'assurent que les produits de prévention, et en particulier les microbicides et les préservatifs masculins et féminins, soient accessibles et d'un coût abordable. La prévention doit être globale et non pas sélective et reposer sur des données factuelles. Les causes profondes des infections sexuellement transmissibles sont les mêmes que celles du VIH/SIDA, à savoir la pauvreté, les inégalités entre les sexes et l'exclusion des groupes vulnérables. Il faut de toute urgence déployer des efforts pour prévenir les infections sexuellement transmissibles. Les services de santé sexuelle et génésique doivent être associés à ceux qui ont trait au VIH/SIDA, et les organisations compétentes doivent être fortement associées à la prévention et au traitement afin que les objectifs du Millénaire pour le développement puissent être pleinement atteints et dans les délais prévus.

Les gouvernements devraient intégrer les activités de prévention des infections sexuellement transmissibles, y compris le dépistage et le conseil volontaire pour l'infection à VIH, dans d'autres services de santé, comme par exemple les services de santé sexuelle et génésique, de planification familiale, de maternité et de lutte contre la tuberculose. Il convient de renforcer les politiques et la coordination entre les services de lutte contre le VIH et les services de santé sexuelle et génésique, et de les intégrer dans les plans nationaux de développement afin de combattre la propagation des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, et d'atténuer leur impact.

L'Assemblée de la Santé devrait adopter le projet de résolution et prier le Directeur général d'élaborer, avec ses partenaires du système des Nations Unies, des indicateurs de performance et un calendrier précis pour l'application et le suivi de la stratégie.

Mme ANDERSON (Australie) soutient le projet de stratégie, et en particulier la prestation de services en rapport avec les infections sexuellement transmissibles dans le contexte de la santé génésique, de façon à accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Elle est favorable à l'idée de fournir ces services dans le cadre de l'ensemble des soins de santé primaires et d'inclure la prévention de l'infection à VIH dans ces programmes, notamment en cas d'épidémie d'infection à VIH transmise par voie hétérosexuelle. Les programmes de lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles doivent se dérouler avec la participation des hommes. L'Australie soutient l'amendement au projet de résolution proposé par la Nouvelle-Zélande.

Le Dr ISHIDA (Japon), accueillant avec satisfaction le projet de stratégie mondiale, souligne l'importance d'une approche globale associant la lutte contre le VIH/SIDA et la santé génésique. Une telle stratégie pourrait avoir un impact décisif sur la prévention primaire de l'infection à VIH et il importe de tirer parti au maximum de cet atout. Un grand nombre de problèmes techniques restent à résoudre et, compte tenu du temps et des ressources nécessaires pour entreprendre une opération à grande échelle, il n'est pas possible de fixer avec précision les échéances de sa mise en oeuvre.

L'information du public et la participation communautaire exigent à la fois de la sensibilité et des techniques modernes, tout comme dans d'autres domaines tels que la lutte contre le VIH/SIDA et la santé génésique. Les communautés dans lesquelles vivent les personnes infectées par ces maladies chroniques doivent être associées aux activités de mise en oeuvre. Il convient de mettre l'accent sur la prévention et les soins plutôt que de chercher à éradiquer rapidement ces maladies par la pénalisation et les inévitables chasses aux sorcières qui s'ensuivent. Des services efficaces doivent être assurés aux plus vulnérables et aux personnes les plus gravement touchées par le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Il faut mettre en place des programmes de développement social en faveur du grand public afin de mieux faire connaître le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles dans les communautés locales et de favoriser la participation active de ces dernières.

Pour le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba), la lutte contre les infections sexuellement transmissibles est un moyen efficace de prévenir l'infection à VIH. Les pays de la Région connaissent un certain nombre de difficultés telles qu'une couverture insuffisante des soins de santé, la pauvreté, la pénurie de matériels de diagnostic et des effectifs insuffisants d'agents de santé qualifiés. Forte de son expérience de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, Cuba a participé à l'élaboration d'un plan régional d'éradication de la syphilis congénitale. Son programme de lutte contre la syphilis, en place depuis longtemps, a été renforcé par des mesures globales de prévention et de lutte mises en oeuvre par des agents de santé à plein temps. Des mesures de lutte contre la gonorrhée et le VIH/SIDA ont par la suite été intégrées dans les programmes de soins à la famille exécutés par les services de soins de santé primaires.

Pour être efficace, la stratégie mondiale a besoin de la pleine adhésion de la communauté internationale et d'un financement suffisant. Les programmes devraient tenir compte des spécificités culturelles, de l'égalité entre les sexes et des effets de la stigmatisation, et la réponse doit être coordonnée. Le cadre général de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, comme par exemple les programmes nationaux, doit être adapté au contexte particulier de chaque pays et de

chaque Région. Le projet de résolution pourrait aider à renforcer l'efficacité des activités de prévention et de lutte des systèmes de santé. L'orateur approuve la recommandation visant à encourager la collaboration entre les pays et avec tous les partenaires intéressés et, compte tenu de la présence importante de personnels cubains d'assistance médicale dans la Région ainsi que dans d'autres endroits du monde, affirme que Cuba appliquera ses stratégies de lutte contre les infections sexuellement transmissibles partout où travaille son personnel de santé.

M. RUÍZ MATUS (Mexique) dit que son pays soutient le projet de stratégie mondiale, qui s'accorde parfaitement avec l'approche de son Gouvernement, et s'engage à développer ses propres services de soins et à en améliorer la qualité. Il dispose depuis 1997 d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles, qui englobe l'éducation sexuelle, la promotion d'un usage correct du préservatif et des actions de prévention axées sur les groupes les plus vulnérables. Le diagnostic et le traitement de ces infections font partie du processus de réforme du secteur de la santé actuellement en cours, qui devrait déboucher notamment sur une meilleure distribution des médicaments, en particulier dans les zones les moins bien desservies. Le Mexique a accompli de gros progrès dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

M. LUCES (République bolivarienne du Venezuela) approuve le projet de stratégie. Dans son pays, la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles de même que les mesures de lutte contre ces infections sont assurés par le système de santé publique. Un manuel sur les symptômes, le traitement et la prévention, accompagné de matériels de prévention, a été distribué à tous les agents de santé. Les soins dispensés dans le cadre de ce système sont gratuits. Des informations sur la prévention des infections sexuellement transmissibles figurent aussi dans les programmes d'études et sont dispensées au niveau communautaire. Actuellement, quelque 2000 agents de soins de santé primaires reçoivent une formation appropriée afin d'associer les soins relatifs aux infections sexuellement transmissibles aux soins de santé génésique.

Le Dr DLAMINI (Afrique du Sud), accueillant avec satisfaction le projet de stratégie, dit qu'il faut se féliciter de la conformité de ce projet avec la stratégie du Secrétariat en matière de santé génésique et de santé sexuelle. Son application devrait être encouragée dans le cadre des soins de santé primaires afin d'atteindre le plus grand nombre possible de personnes. Les institutions qui forment des agents de santé devraient mettre davantage l'accent sur l'acquisition de connaissances relatives aux méthodes de prévention, de traitement et de soins les plus efficaces pour les infections sexuellement transmissibles. La prise en charge des syndromes est efficace la plupart du temps, mais une confirmation en laboratoire s'avérera nécessaire dans certains cas. S'il est souhaitable que le partenaire soit mis au courant, cela peut engendrer des réactions de violence à l'égard des femmes. La stratégie devrait être davantage axée sur une approche tenant compte des besoins particuliers des femmes et de leur émancipation.

Le Dr Dlamini approuve l'importance accordée aux comportements sains dans la section 3 du projet de stratégie, mais souhaiterait que l'on insiste davantage sur le dialogue communautaire et la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, par exemple en renforçant le texte de la section 3.4.3. En diffusant des informations aux patients, notamment dans les langues locales, on pourrait encourager des comportements favorables à la santé et une utilisation correcte des médicaments, ce qui aurait pour effet d'éviter la pharmacorésistance. Les ministères de la santé devraient guider la mise en oeuvre des stratégies et s'assurer de leur efficacité. Toutefois, les incitations financières visant à récompenser ceux qui envoient des informations aux ministères pourraient favoriser des pratiques contraires à l'éthique. On pourrait inclure dans le texte des propositions d'actions préventives destinées à certaines catégories, comme les préadolescents, les adolescents et les détenus. L'expression « les forces de l'ordre et les forces armées » à la section 3.2 pourrait cependant prêter à confusion et exclure certaines catégories.

Il faut aussi adopter des directives sur l'intégration de la stratégie dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA et les programmes de santé sexuelle et génésique, et préciser clairement quels

doivent être les rôles respectifs de la recherche et des instruments reposant sur des données factuelles et ceux des autres institutions du système des Nations Unies telles que le FNUAP et l'UNICEF. Une assistance sera nécessaire pour mobiliser des ressources financières et techniques.

Le Dr XIAO Donglou (Chine) appuie le projet de stratégie mondiale. Lors du Sommet mondial de 2005, les dirigeants mondiaux se sont engagés à adopter des politiques et des stratégies en vue de réaliser l'accès universel aux services de santé génésique d'ici 2015. Dans ce contexte, l'OMS devrait intensifier sa coopération avec d'autres organisations internationales concernées, mobiliser des ressources financières, élaborer des plans d'action concrets et renforcer son action de conseil technique.

Mme MUIRURI (Etats-Unis d'Amérique), faisant l'éloge de la stratégie, qui est ferme et repose sur des données factuelles, note en particulier qu'elle préconise diverses interventions essentielles pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles, parmi lesquelles l'abstinence sexuelle, le retardement du premier rapport, la promotion de la fidélité et la réduction du nombre de partenaires, ainsi que l'usage du préservatif. Reconnaissant le rôle déterminant joué par les organisations religieuses et confessionnelles dans ces domaines, le Président de son pays a annoncé, en décembre 2005, le lancement d'une initiative visant à rechercher de nouveaux partenaires « la New Partners Initiative », dans le cadre de laquelle un montant de US \$200 millions sera affecté par le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique en matière de lutte contre le SIDA sous forme de subventions distribuées à des organisations confessionnelles ou d'autres organisations communautaires. Les professionnels du sexe sont une importante population cible pour la stratégie. Force est de constater, lors des campagnes de prévention efficaces, que, dans bien des cas, la prostitution n'est pas volontaire et qu'elle résulte de la traite des êtres humains au niveau international. La stratégie devrait se préoccuper des répercussions de la prostitution involontaire des enfants, des femmes et des hommes ; des mesures spéciales doivent être adoptées en faveur de ces groupes. Il faut aussi envisager de secourir les personnes victimes de l'esclavage sexuel et de définir des stratégies de réinsertion pour celles qui souhaitent abandonner la prostitution.

Elle relève que le programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement ne constitue pas un document juridiquement contraignant et qu'il ne crée pas de nouveaux droits. De plus, il ne lui paraît pas judicieux que l'Assemblée de la Santé approuve une stratégie qui n'a pas été examinée au niveau des pays. L'approbation suppose une mise en oeuvre officielle qui peut s'avérer incompatible avec la réalité de la santé publique. La stratégie doit servir de guide aux pays pour qu'ils puissent s'aligner librement. Pour le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, l'expression « santé génésique » n'implique aucun droit et ne peut pas être interprétée comme un soutien, une approbation ou un encouragement de l'avortement. De même, l'expression « services de santé génésique » ne saurait être interprétée comme incluant l'avortement.

Au troisième alinéa du préambule du projet de résolution, elle propose de supprimer les mots « et réaffirmant » et de reprendre la formulation utilisée dans le document du Sommet mondial de 2005. Il convient par conséquent d'insérer le membre de phrase « comme énoncé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement » après « d'ici 2015 », et d'ajouter à la suite de « Déclaration du Millénaire » le membre de phrase « qui consistent notamment à combattre le VIH/SIDA et reconnaissant en outre que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement suppose un investissement ... ».

Au paragraphe 1, les mots « Fait sienne » devraient être remplacés par les mots « Prend note de », ainsi que la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé le fait dans la résolution WHA56.30 sur la stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA. Il conviendrait d'ajouter, à la fin de ce même paragraphe, le libellé du premier alinéa des principes du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, à savoir : « Reconnaissant que la mise en oeuvre des recommandations est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple et en se

conformant aux principes des droits de l'homme universellement reconnus ; ». Mme Muiruri propose aussi d'ajouter, au paragraphe 2, après « d'adopter ... » un texte inspiré de ce même principe, libellé en ces termes : « des éléments de la stratégie qui soient adaptés à l'âge, compatibles avec les lois nationales et les priorités de chaque pays en matière de développement, qui respectent pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple et qui soient conformes aux principes des droits de l'homme universellement reconnus, et de s'en inspirer ... ».

Se référant à l'amendement proposé par la Nouvelle-Zélande concernant le paragraphe 1, elle suggère que l'on remplace le mot « services » par le mot « soins ».

Le Dr MASSÉ (Canada) approuve le fait que le projet de stratégie insiste sur la nécessité de programmer des interventions globales et intégrées de lutte contre les infections sexuellement transmissibles s'adressant à des personnes de tout âge et de toute condition, et qu'il porte une attention égale à la prévention et au traitement. Il se félicite du débat ouvert sur le rôle des systèmes de santé, le taux élevé de renouvellement du personnel aux niveaux des dispensaires et des districts, et le besoin d'agents de santé communautaires. Il souhaiterait un complément d'information sur la façon dont l'OMS compte s'y prendre pour créer des partenariats efficaces avec d'autres acteurs, y compris des gouvernements, des organisations multilatérales telles que l'UNICEF, le FNUAP et l'ONUSIDA, et la société civile, afin de mettre en oeuvre la stratégie. Il appuie l'amendement proposé par la Nouvelle-Zélande relatif aux interventions adaptées à l'âge.

Le Dr LARSEN (Norvège) approuve la stratégie. Il évoque le problème de la stigmatisation associée aux infections sexuellement transmissibles et relève que le coût du dépistage et du traitement est trop élevé pour les personnes les plus touchées, à savoir les adolescents. Les services devraient être fournis sur la base à la fois des besoins et des droits des adolescents en matière de santé et de bien-être énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant, qui a été ratifiée par la plupart des Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies. Il existe aussi d'autres conventions relatives aux droits en matière de santé génésique, qui défendent la santé et protègent la vie. Le Dr Larsen est favorable aux amendements proposés par la Nouvelle-Zélande et insiste sur l'importance d'une stratégie de prévention des infections sexuellement transmissibles reposant sur des données factuelles.

M. MARTIN (Suisse) soutient la déclaration qui a été faite au nom des Etats Membres de l'Union européenne. Les infections sexuellement transmissibles devraient être intégrées aux soins de santé génésique et sexuelle et tout devrait être tenté pour atteindre les personnes les plus exposées au risque d'infection, c'est-à-dire les adolescents, qui devraient avoir accès à l'information, aux services et à des produits tels que les préservatifs. Il approuve le projet de stratégie, mais se réserve le droit de formuler d'autres observations lors de l'examen des divers amendements proposés ; ceux des Etats-Unis d'Amérique sont trop importants pour qu'on puisse en prendre note et les incorporer sans en débattre plus longuement.

Le Dr OTTO (Palaos) approuve la stratégie, qui devra donc incorporée dans le plan stratégique national. Il soutient l'amendement proposé par la Nouvelle-Zélande et les observations formulées par la Norvège à propos des droits de l'enfant en matière de santé, tels que définis dans la Convention relative aux droits de l'enfant.

Mme TOELUPE (Samoa) dit que la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH/SIDA demeure un problème dans son pays mais que celui-ci continue de bénéficier du soutien de partenaires internationaux, régionaux et bilatéraux, qui devrait lui permettre de renforcer son action au niveau local. Elle approuve la stratégie avec les amendements proposés par l'Australie et la Nouvelle-Zélande. L'OMS de même que d'autres institutions du système des Nations Unies telles que l'UNICEF, le FNUAP et le Fonds de Développement des Nations Unies pour la Femme devraient l'appliquer dans des contextes nationaux particuliers, et la coordination internationale devrait être

renforcée dans ce domaine. L'OMS devrait collaborer avec le Secrétariat de la Communauté du Pacifique pour regrouper plusieurs initiatives régionales mondiales, ainsi que l'ont décidé les pays insulaires du Pacifique dans leur stratégie régionale de lutte contre le VIH/SIDA. Elle reconnaît l'utilité d'intégrer les activités stratégiques dans les programmes de soins de santé primaires et encourage la participation communautaire. Elle apprécie par ailleurs le principe directeur de la stratégie et souligne de nouveau l'importance de prendre en considération les sexospécificités, conformément à l'esprit de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

M. AUAHDI (Algérie) dit que, du fait que les professionnels du sexe ne peuvent pas exercer leur métier de façon légale dans bon nombre de pays, il sera difficile de leur garantir l'accès au diagnostic et au traitement. Le plus difficile n'est pas de mettre en place des infrastructures, mais plutôt de faire en sorte qu'elles soient utilisées et que les infections soient détectées et traitées.

M. JALLOW (Gambie) dit que son pays a beaucoup investi dans la formation de toutes les catégories de personnel de santé à la prise en charge syndromique des infections sexuellement transmissibles et qu'il a intégré ses services afin de combattre la stigmatisation associée à ces maladies. Un appui technique substantiel sera nécessaire pour la mise en oeuvre de la stratégie, notamment en ce qui concerne les services de laboratoire et autres services de dépistage.

Mme DLAMINI (Swaziland) dit que son pays, qui a déjà intensifié ses activités de lutte contre le VIH/SIDA, a décidé de mettre l'accent sur les infections sexuellement transmissibles. Le laboratoire national de référence pour le diagnostic a été étoffé. Tous les professionnels de la santé du secteur public et du secteur privé ont reçu une formation à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Les directives nationales ont été mises à jour et le protocole national de soins a été intégré dans le programme de formation du personnel infirmier. L'objectif prioritaire est d'assurer un approvisionnement suffisant en médicaments pour le traitement des infections sexuellement transmissibles, avec l'appui de partenaires internationaux. La priorité sera aussi accordée aux activités de prévention dans le cadre de la promotion de la santé.

Le Dr PRESERN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) approuve les amendements proposés par le Canada, la Norvège, l'Afrique du Sud et, surtout, la Nouvelle-Zélande. La stratégie mondiale doit mettre l'accent sur les données factuelles disponibles et sur les mesures à prendre plutôt que sur des déclarations de principe. Les nombreux amendements proposés par les Etats-Unis d'Amérique ont malheureusement été présentés trop tard pour pouvoir faire l'objet de négociations. Les délégués qui le souhaitent pourraient se réunir de façon informelle afin de parvenir à un accord sur le texte.

Le Dr NETO DE MIRANDA (Angola), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, note que le projet de stratégie mondiale incorpore les recommandations formulées par les principaux partenaires, et notamment les comités régionaux de l'OMS, d'autres organisations du système des Nations Unies et le secteur privé. Dans les pays en développement, les infections sexuellement transmissibles sont responsables de 17 % des pertes économiques attribuées à des problèmes de santé. Leur forte prévalence a contribué à accroître la charge de morbidité associée au VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Le projet de stratégie mondiale reconnaît que la lutte contre ces infections est un élément déterminant de la santé génésique, souligne l'importance de l'intégration des activités de prévention et de lutte dans tous les services de soins de santé primaires, y compris des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, et prend dûment en considération les investissements dans la prévention et la lutte, qui déterminent le succès ou l'échec de ces activités. En revanche, il ne met pas suffisamment l'accent sur le fait que le traitement prescrit doit être suivi jusqu'au bout et sur l'importance d'inciter les gens à consulter sans tarder. Il devrait en outre préconiser des interventions

plus ciblées pour les groupes vulnérables tels que les adolescents, les détenus, les personnes déplacées et les réfugiés, définir plus clairement les rôles respectifs du Secrétariat, des Etats Membres et des institutions concernées du système des Nations Unies au niveau des pays, et formuler des recommandations sur la mobilisation et la mise en commun des ressources, le financement et les achats.

La stratégie mondiale sera d'une grande utilité pour la Région africaine, bien qu'il existe déjà des services et des directives applicables à la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et que les services de soins de santé primaires utilisent l'approche syndromique pour la prise en charge des cas. La formation dispensée aux personnels de santé pour l'application des directives relatives à la prise en charge des cas n'est pas toujours satisfaisante. L'approvisionnement en médicaments, préservatifs et réactifs de laboratoire pour le dépistage systématique se heurte à des obstacles d'ordre financier. Il sera nécessaire d'associer le secteur privé et la communauté à la prestation de services et à leur gestion. Le plus difficile est de fournir l'accès à des services de qualité et de concevoir une stratégie régionale dans le contexte de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. Le Dr Neto de Miranda reconnaît que les interventions doivent être adaptées à l'âge et non pas ciblées sur les « adolescents » et approuve le projet de stratégie mondiale et le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par la Nouvelle-Zélande.

Mme TELLIER (FNUAP) accueille avec satisfaction le projet de stratégie mondiale. Les infections sexuellement transmissibles sont responsables de la plus grande partie de la charge mondiale de morbidité et font obstacle à la réalisation des objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement, qui se rapportent à la santé maternelle et infantile et au SIDA. La stratégie contribuera dans une grande mesure aux efforts déployés pour mettre en oeuvre la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA adoptée à la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies et l'engagement mondial en faveur de l'accès universel à une bonne santé génésique d'ici 2015 pris à la Conférence internationale sur la population et le développement en 1994, puisque ces deux instruments ont trait aux infections sexuellement transmissibles. En général, les politiques, programmes et initiatives portant sur la santé sexuelle et génésique ou sur le VIH/SIDA ne font pas le lien entre ces deux engagements mondiaux.

Le FNUAP partagera son expérience de l'application de la stratégie au niveau des pays, en particulier dans le cadre du Programme de partenariat stratégique OMS/FNUAP. Il a pu constater sur le terrain que l'on pouvait étudier et quantifier la question de l'égalité entre les sexes. La surveillance et la mise en oeuvre des activités entreprises dans le cadre de la stratégie devraient tenir compte des sexes, comme dans le système de surveillance de deuxième génération.

Les jeunes, qui sont ceux qui contractent le plus de nouvelles infections sexuellement transmissibles, doivent avoir accès à des informations conçues à leur intention et destinées à les protéger contre l'infection, ainsi qu'à des services de dépistage et de traitement attentifs à leurs besoins. Le FNUAP souhaite faire partager son expérience dans ce domaine et il est disposé à faciliter l'accès à des produits pour la prévention, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles permettant de sauver des vies.

Mme CALDWELL (Conseil international des Infirmières et Confédération internationale des Sages-Femmes), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que ces deux organisations, qui représentent des millions d'infirmières et de sages-femmes, se félicitent de la qualité du projet de stratégie mondiale. Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle déterminant dans l'amélioration de l'accès à des soins de santé sexuelle et génésique complets de qualité. Elles sont essentielles pour développer les services d'appui à la prévention et au diagnostic et de traitement, lutter contre les comportements sexistes, atteindre les populations négligées et dispenser une éducation et des services en matière de santé sexuelle, en particulier aux adolescents. La réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international et des cibles des programmes prioritaires de l'OMS se voit compromise par la pénurie mondiale d'infirmières et de sages-femmes ; il importe de passer à la vitesse supérieure et d'assurer un apport régulier de ressources. Le Conseil et la Confédération sont

décidés à travailler avec l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Ils demandent aux Etats Membres et au Directeur général de renforcer la contribution des infirmières et des sages-femmes à la santé sexuelle et génésique.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) prend note des nombreuses manifestations de soutien au projet de stratégie exprimées par les Etats Membres, qui sont eux-mêmes à l'origine de ce document. Le Secrétariat attend avec impatience que les Etats Membres appliquent la stratégie et soutiennent ainsi l'énorme travail déjà réalisé. Il faudra élaborer un plan d'application de la stratégie tout aussi complet. Le Secrétariat collaborera avec les Etats Membres pour s'assurer que la stratégie répond à leurs besoins et qu'elle traite de certains aspects essentiels, tels que les questions de sexospécificité, en détail. Il accordera une attention spéciale aux populations vulnérables comme les professionnels du sexe et les jeunes et établira des liens étroits avec les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, en particulier dans les pays où la transmission du VIH se fait essentiellement par voie sexuelle. Il favorisera la participation d'experts régionaux, et il est conscient des insuffisances actuelles de la prise en charge syndromique, en particulier pour les femmes. Il travaille aussi avec d'autres partenaires sur des tests de diagnostic simples et rapides. Mme Phumaphi appelle l'attention sur la documentation établie par l'OMS au sujet de la violence et des différences entre les sexes. Le Secrétariat élabore actuellement un projet de stratégie sur la sexospécificité, les femmes et la santé.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) propose que, compte tenu du nombre important d'amendements proposés au projet de résolution, toutes les parties intéressées se réunissent à bref délai pour tenir des consultations informelles sur la manière de procéder.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la neuvième séance, p. 127.)

Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 11.7 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R4 et annexe 4, et A59/12)

Le Dr HANSEN-KOENIG (représentant du Conseil exécutif) dit que la résolution EB117.R4, qui fait suite à une résolution du Comité régional de la Méditerranée orientale,¹ a été adoptée à l'issue d'un débat à la cent dix-septième session du Conseil exécutif. Les membres du Conseil ont souligné les conséquences que les déficiences visuelles et la cécité peuvent avoir sur le développement socio-économique des sociétés, et les moyens inexploités des Etats Membres pour parvenir à éliminer la cécité évitable. Ils ont affirmé que la prévention de la cécité devait être un objectif prioritaire et mis l'accent sur le rapport coût/efficacité des interventions connues qui permettent de lutter contre ses principales causes.

L'ordre du jour établi par le Secrétariat pour la prévention de la cécité évitable et la poursuite de la mise en oeuvre de VISION 2020 : le droit à la vue a aussi été approuvé sans réserve par le Comité OMS de Surveillance de l'Elimination de la Cécité évitable, à sa réunion de janvier 2006.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) note que 32 % des pays seulement ont satisfait aux exigences de la résolution WHA56.26 relatives à l'établissement de plans d'action nationaux d'ici 2005. Puisque la cataracte est une affection évitable qui est à l'origine de plus de la moitié des cas de cécité à l'échelle mondiale, il sera nécessaire de pratiquer chaque année entre 2000 et 4000 opérations de la cataracte par million de personnes pour parvenir à l'éradiquer progressivement. Le projet *Misión*

¹ Résolution EM/RC52/R.3.

Milagro (Mission Miracle) conçu par Cuba à l'intention des personnes souffrant de problèmes oculaires, essentiellement de cataracte, a été tout d'abord mis en oeuvre dans la République bolivarienne du Venezuela, où quelque 190 000 patients ont déjà été opérés. Il a ensuite été étendu à 14 pays des Caraïbes et à 9 pays d'Amérique latine, où 34 000 patients ont été opérés. Entre son lancement en 2004 et le début de mai 2006, 284 750 patients au total ont été opérés. Ce projet comprend ce qui suit : opérations à Cuba, mise en place et équipement de centres de chirurgie de l'oeil et bourses de formation en ophtalmologie. Tous les services médicaux, de même que le transport aérien, le logement, la nourriture et le transport sur place à Cuba, ainsi que les contrôles postopératoires sont gratuits, tant pour les patients que pour les gouvernements. Les patients voyagent soit avec une personne qui s'occupe d'eux individuellement, soit en groupe, accompagnés par des travailleurs sociaux. La durée moyenne de la récupération à Cuba est d'une semaine. Le Président s'est engagé à continuer d'appliquer le programme de manière à aider 6 millions de personnes à conserver ou recouvrer la vue en Amérique latine et aux Caraïbes, et à former 200 000 professionnels de la santé en dix ans.

Le Dr González Fernández demande instamment au Comité de Surveillance d'examiner les réalisations du projet *Misión Milagro*. Les interventions visant à prévenir les déficiences visuelles peuvent déranger certains groupes médicaux, car elles leur font perdre des patients, mais ces mesures sont utiles aux plus démunis qui n'ont pas les moyens de s'offrir des opérations privées. L'OMS devra mobiliser des ressources pour les pays les moins avancés et promouvoir des alliances si elle veut résoudre le problème d'ici 2020. Le projet de résolution est semblable à la résolution WHA56.26 sur l'élimination de la cécité évitable, et il ne reste plus qu'à l'appliquer, ce à quoi Cuba est prête à collaborer compte tenu de son expérience personnelle.

Le Prince BIN AHMAD BIN ABDELAZIZ (Arabie saoudite), prenant la parole en tant que délégué de l'Arabie saoudite et au nom de l'Organisation mondiale contre la Cécité, rappelle que l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable a été lancée en partenariat par l'OMS et cette Organisation. Quelque 90 % des cas de cécité et de déficience visuelle sont enregistrés dans les pays en développement qui connaissent des difficultés sur le plan socio-économique. Les objectifs du Millénaire pour le développement mettent l'accent sur le développement économique et social de ces pays de sorte qu'ils puissent tirer le meilleur parti des ressources dont ils disposent. Pourtant, les dépenses représentées par la cécité et les déficiences visuelles sont actuellement estimées à US \$35 milliards. Si rien n'est fait, d'ici 2020 200 millions de personnes seront atteintes de déficience visuelle dans le monde, dont 75 % de cécité, ce qui représentera un coût énorme pour la communauté économique internationale.

Cela dit, la cataracte peut être opérée avec succès pour un coût d'environ US \$50. Il est donc tout à fait possible d'améliorer la situation et d'atténuer les souffrances humaines. L'Arabie saoudite et l'Organisation mondiale contre la Cécité sont désireuses de coopérer avec le Secrétariat à cette fin et soutiennent le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R4, qui réclame que la priorité soit accordée à la prévention des déficiences visuelles. Il faudra soutenir les efforts déployés en vue de mettre en place un programme à long terme visant à améliorer les moyens d'éviter la cécité et les déficiences visuelles. Compte tenu des nombreux nouveaux cas de cécité et de déficience visuelle observés chez les personnes âgées et les enfants, il est urgent d'approuver le projet de résolution.

Le Dr BIN AL-RAJHI (Arabie saoudite) réitère son appui au projet de résolution et propose un amendement tendant à demander que les activités de prévention de la cécité soient incorporées dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, dans le projet de budget programme 2008-2009 et dans le onzième programme général de travail 2006-2015, en prévoyant qu'un appui technique soit fourni aux Etats Membres et que les activités de prévention de la cécité à l'échelle mondiale, régionale et nationale soient renforcées.

Le Dr VILLAVERDE (Philippines) appuie le projet de résolution et l'initiative mondiale. Avant même l'adoption de la résolution WHA56.26, son Gouvernement a commencé à mettre en place un programme de prévention de la cécité s'articulant autour de quatre axes : l'opération de la cataracte, la prévention de la carence en vitamine A, des soins oculaires primaires et l'amélioration des compétences du personnel des services de soins oculaires et des moyens dont il dispose. Le Comité national de la Préservation de la Vue a été créé en 1996 dans le but de recueillir le maximum de ressources pour la prévention de la cécité et de traiter des principaux sujets de préoccupation recensés dans la résolution WHA56.26. Or les investissements en capital dans le matériel et les services de soins oculaires et dans les ressources humaines font cruellement défaut, en particulier pour les services de dépistage au niveau de la communauté. Il importe qu'un appui soit fourni pour le renforcement des capacités du personnel de santé, notamment en vue de procéder à une évaluation comparative des programmes réalisés dans d'autres pays et de mettre au point un système complet de gestion des achats de matériel et de fourniture adaptés aux soins oculaires, en particulier pour les hôpitaux publics.

Le Dr DUERKSEN (Paraguay) appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite, et se félicite de la reconnaissance accrue au sein de l'OMS des maladies qui provoquent la cécité ou de graves déficiences visuelles. Conformément à la recommandation formulée dans la résolution WHA56.26, son Gouvernement a mis en place un Comité national VISION 2020 composé de représentants de tous les secteurs de la santé oculaire. Un plan national est aussi en cours d'application dans ce domaine.

Les neuf dixièmes des personnes atteintes de cécité vivent dans des pays à faible revenu et sur les 37 millions d'aveugles dans le monde 17 millions pourraient recouvrer la vue en étant opérés de la cataracte, pour laquelle le taux de réussite est de l'ordre de 98 %. Les programmes de prévention de la cécité font partie des mesures les plus rentables qui soient et permettraient d'économiser plus de US \$42 milliards par an à l'échelle mondiale. Le droit à la vue est une composante essentielle du développement national et de la lutte contre la pauvreté. Il importe de réduire l'incidence de la cécité afin d'améliorer l'accès à l'éducation et à des possibilités d'emplois.

Le Dr TRAN TRONG HAI (Viet Nam) salue le rôle dynamique joué par l'OMS dans la prévention de la cécité évitable. Son pays s'est engagé à promouvoir l'initiative VISION 2020 – Le droit à la vue, et il est décidé à réduire la charge de morbidité représentée par la cécité, à accroître les ressources humaines et à renforcer les infrastructures, l'action de sensibilisation, le développement et la gestion de programmes. Il est favorable au projet de résolution.

Le Dr MARQUES DE LIMA (Sao Tomé-et-Principe) déplore que la plupart des Etats Membres n'aient pas encore élaboré leurs plans nationaux VISION 2020 ; son pays met actuellement la dernière main à son plan national, avec l'assistance technique de l'OMS. Le rapport du Secrétariat contient la liste des pays sur lesquels le Comité de Surveillance de l'Elimination de la Cécité évitable a recommandé que soient ciblées la plupart des activités de VISION 2020 au cours des trois prochaines années. Le Dr Marques de Lima demande sur la base de quels critères cette liste a été établie, vu qu'il y a certainement d'autres pays qui ont autant besoin d'assistance. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr MUNÕZ (Uruguay) dit que la cécité est une question importante dans son pays, où 17 % de la population a plus de 60 ans et 13 % plus de 75 ans. Les rétinopathies diabétique et infantile sont des affections préoccupantes et, dans le premier cas, un programme de lutte contre le diabète encourageant l'utilisation de médicaments subventionnés a été mis en place. On ne connaît pas le taux de prévalence de la cataracte dans la population du fait qu'aucune opération n'a été pratiquée dans la population pauvre avant 2005. En revanche, depuis cette date, plus de 1000 personnes appartenant à des catégories défavorisées ont été opérées gratuitement, avec l'assistance de Cuba.

Le Dr Munõz soutient le projet de résolution, qui demande que des recherches soient entreprises en vue d'évaluer la prévalence mondiale de la cécité évitable. Grâce à leur action, des pays tels que

Cuba et la République bolivarienne du Venezuela ont contribué au multilatéralisme et ont fourni une aide précieuse à des pays tels que l'Uruguay et la Bolivie, qui n'avaient pas les moyens d'offrir un traitement gratuit. Un nouvel hôpital chirurgical spécialisé dans les cataractes et les rétinopathies diabétiques sera construit en Uruguay avec cette assistance technique.

Le Ministère de la Santé publique a financé un programme de prévention de la cécité exécuté dans tout le pays, qui a toutefois suscité la réprobation d'associations professionnelles, et seul un petit nombre d'agents de santé ont suivi la formation nécessaire dans les pays voisins. Le Dr Munõz se félicite de l'appui fourni par l'OMS dans le domaine de la prévention de la cécité évitable et demande l'assistance des Etats Membres pour la formation de professionnels de la santé. Son pays est disposé à faire bénéficier d'autres pays de son expérience de la création d'un hôpital spécialisé en soins oculaires.

Mme HEFFORD (Australie) soutient le projet de résolution. Pour donner suite à la résolution WHA56.26, l'Australie a approuvé un cadre national pour la santé oculaire et la prévention de la cécité évitable et de la perte de vision. Elle participera à des initiatives internationales, siègera au sein du Comité de Surveillance de l'Elimination de la Cécité évitable, fournira un appui technique aux pays de la région Asie-Pacifique et financera la recherche sur la santé oculaire.

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela) dit que la santé oculaire n'était pas auparavant une priorité pour son pays. La plupart des services étaient accessibles uniquement aux personnes ayant les moyens de se faire soigner dans des cliniques privées. Les personnes âgées sont particulièrement affectées par les maladies oculaires dégénératives qui sont évitables et peuvent être soignées grâce à des opérations très efficaces et peu coûteuses. Le Gouvernement a décrété que les services de santé oculaire étaient une priorité et les fournit gratuitement. La couverture de ces interventions s'est améliorée grâce au projet *Barrio adentro* (Au coeur du quartier).

Le projet *Misión Milagro* (Mission Miracle) vise à réhabiliter les personnes atteintes de déficiences visuelles pour qu'elles puissent vivre normalement. Il a permis l'ouverture de 457 centres de soins oculaires dans l'ensemble du pays, de 27 services hospitaliers et 30 salles d'opération ainsi que de services de traitement ambulatoire. Depuis 2004, 1,4 million de patients en moyenne ont été traités chaque année. On estime à 300 000 le nombre d'opérations pratiquées sur des patients vénézuéliens à Cuba en 2006 et à plus de 17 000 le nombre de patients ayant subi une opération au Venezuela. Le Gouvernement se propose de former encore des milliers de médecins afin d'améliorer la qualité des soins dispensés aux groupes les plus défavorisés. Le projet est ouvert aux patients de nombreux pays d'Amérique latine et devrait permettre de fournir des soins à 6 millions de patients dans les dix années à venir. Les participants à la vingt-septième réunion des ministres de la santé de la région des Andes ont déclaré que la santé oculaire devait être un sujet prioritaire.

Mme Mata propose d'apporter les amendements ci-après au projet de résolution : les Etats Membres devraient être invités à promouvoir et assurer un meilleur accès aux services de santé, aussi bien en ce qui concerne la prévention que le traitement des affections oculaires, et à encourager l'intégration des activités de prévention et de soins de la cécité et des déficiences visuelles ainsi que la coopération et la solidarité entre les pays dans ces domaines. Elle souhaiterait que l'OMS reconnaisse les progrès accomplis par la *Misión Milagro* au service de la santé oculaire en Amérique latine.

M. JALLOW (Gambie) dit que le programme de soins oculaires de son pays démontre l'efficacité de la stratégie des soins de santé primaires, car les soins oculaires sont maintenant dispensés à l'ensemble de la population. Des agents de santé communautaires ont été formés au diagnostic précoce et à la prise en charge correcte du trachome. Dans le cadre de l'initiative baptisée « *nyateros* » (« les amis de l'oeil »), des membres de la communauté sont encouragés à participer au dépistage et au traitement des affections oculaires. Des cliniques mobiles de soins oculaires pour enfants s'installent dans les villages et pratiquent gratuitement des opérations de la cataracte. Les soins de santé primaires doivent être au centre de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables. La construction d'un centre régional de soins oculaires permettrait de disposer d'un centre

d'excellence pour la formation aux soins oculaires et la prise en charge des déficiences visuelles dans la sous-région de l'Afrique occidentale.

Le Dr RESIDA (Suriname), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, appuie le projet de résolution. Depuis l'adoption de la résolution WHA56.26, bon nombre de ces pays ont décrété que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables était une priorité nationale et encouragent les modes de vie favorables à la santé afin de réduire l'incidence des maladies chroniques non transmissibles.

Le Gouvernement des Bahamas dispense des services d'optométrie gratuits aux enfants. Certains membres de la Communauté ont bénéficié de l'initiative *Misión Milagro* entreprise par Cuba et la République bolivarienne du Venezuela : ainsi, à Grenade, entre juillet 2005 et mars 2006, plus de 4000 personnes ont bénéficié d'un dépistage et 1130 opérations ont été pratiquées. Cette initiative devrait être poursuivie, et le Dr Resida demande à d'autres Etats Membres d'aider les pays de la région des Caraïbes à renforcer leurs capacités de prévention et de traitement de la cécité et des déficiences visuelles.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) appuie le projet de résolution. Le plan VISION 2020, élaboré par l'Inde en 2002, fait partie du programme des priorités nationales pour la lutte contre la cécité. Ce programme, qui est actuellement incorporé dans le système de prestation de soins de santé, a bénéficié du soutien massif de diverses organisations non gouvernementales et du secteur privé au cours des 12 dernières années, en particulier pour les opérations de la cataracte et les banques d'yeux. Dans son dixième plan quinquennal, l'Inde s'est fixé pour objectif de réaliser 450 opérations de la cataracte pour 100 000 habitants d'ici 2007, avec une implantation intraoculaire de lentilles dans plus de 80 % des cas. Il est aussi prévu d'ouvrir 2000 centres de la vision dans des zones rurales et de constituer 25 réseaux de banques d'yeux.

Le Dr ISHIDA (Japon) se félicite de l'intérêt accru suscité par l'initiative mondiale pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, qui représentent une lourde charge socio-économique pour les communautés et affectent la qualité de la vie des individus. Une grande partie de la perte de vision dans les pays en développement est due à des maladies évitables auxquelles ne sont guère exposés les pays développés.

Le retard dans la mise en oeuvre des activités de VISION 2020 est préoccupant et le Japon approuve les recommandations du Comité de Surveillance de l'Elimination de la Cécité évitable. Il envisage de fournir un appui technique et financier pour la planification de VISION 2020 dans les pays qui ont besoin d'une aide accrue. La chirurgie de la cataracte est extrêmement efficace et devrait être développée dans de nombreux pays. Il faut intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles, et notamment celles qui ont trait au mode de vie comme le diabète sucré, afin de ralentir la perte de vision.

Le Professeur AKOSA (Ghana), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle les dispositions de la résolution WHA56.26. Même si certains Etats Membres ont commencé à appliquer cette résolution, des efforts accrus doivent être déployés en vue de réduire la charge mondiale de cécité évitable. En Afrique, on dénombre 6,8 millions d'aveugles et 20,4 millions de malvoyants, ce qui représente 18,4 % du nombre total de cas de cécité et de déficiences visuelles dans le monde, alors que ce continent abrite 11 % de la population mondiale. Quelque 3,4 millions de personnes souffrent de cataracte en Afrique, où l'incidence annuelle de cette affection est de 1 pour 1000. Le trachome est endémique dans 55 pays, dont la plupart sont situés en Afrique. Le glaucome représente 12 % de la charge mondiale de morbidité liée à la cécité, et l'onchocercose est endémique dans 30 pays d'Afrique subsaharienne, où sur les 19 millions de personnes qui ont contracté la maladie 300 000 ont perdu la vue. Sur les quelque 1,5 million d'enfants aveugles dans le monde, environ 320 000 sont en Afrique.

VISION 2020 représente une possibilité unique d'élaborer des systèmes de soins oculaires complets, viables et durables axés sur certaines catégories de populations gérables, avec la participation du Gouvernement, de manière à élargir la couverture. Pour que cette initiative porte ses fruits en Afrique, des décisions politiques doivent être prises pour assurer sa mise en oeuvre aux niveaux national et régional, la coordination avec les pays, l'évaluation et l'utilisation optimale des ressources. Les pays doivent soutenir davantage la prévention de la cécité et des déficiences visuelles. Les gouvernements doivent intégrer les activités de prévention de la cécité dans les projets d'investissement nationaux et renforcer les partenariats entre les secteurs public et privé. Etant donné que la cécité précipite et aggrave la pauvreté, la prévention de la cécité évitable fera progresser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Ghana soutient le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite.

M. ARIYA BUNNGAMCHAIRAT (Thaïlande), faisant observer que des progrès importants mais inégaux ont été accomplis dans la mise en oeuvre de l'initiative VISION 2020, appelle l'attention sur les problèmes qui restent à résoudre, comme le vieillissement de la population (lequel entraîne une augmentation de la prévalence de la cataracte), les difficultés d'accès aux soins, la pénurie de ressources humaines, le manque de données relatives à la prévalence et la nécessité d'intégrer les soins oculaires dans les systèmes de soins de santé existants. Il est nécessaire de pouvoir compter sur un engagement ferme des pays et sur l'appui technique et financier de l'OMS et d'autres partenaires pour le développement.

La Thaïlande a adopté l'initiative VISION 2020. A la suite des campagnes de prévention et d'opérations chirurgicales de la cataracte, la prévalence de la cécité a reculé de 1,14 % à 0,31 % entre 1983 et 1994. Les cas de cécité liés au trachome et à la carence en vitamine A ne sont plus des problèmes de santé publique : ils ont été supplantés par la rétinopathie diabétique et les vices de réfraction. Les soins oculaires sont intégrés aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ainsi qu'à un système d'orientation-recours efficace, et les capacités en matière de chirurgie de la cataracte dépassent maintenant le niveau de l'incidence de cette affection, de sorte que le retard accumulé diminue rapidement. La pénurie de personnel spécialisé dans les soins oculaires demeure toutefois un problème.

Comme le paragraphe 1 du projet de résolution met l'accent sur la politique et la planification sans prévoir de recommandation concrète sur les systèmes de prestation de soins de santé et les ressources humaines, M. Ariya Bunngamchairat propose l'insertion d'un nouveau paragraphe 1.6) qui serait ainsi libellé : « à mettre en place et renforcer des services de soins oculaires et à les intégrer dans le système de soins de santé existant à tous les niveaux, y compris la formation et le perfectionnement des agents de santé dans le domaine de la santé oculaire ».

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine) rappelle que les membres du Conseil exécutif, à sa cent dix-septième session, ont souligné la nécessité d'accorder la priorité à la rétinopathie des prématurés dans les programmes de prévention de la cécité mis en oeuvre par l'OMS. La République dominicaine a incorporé des stratégies de prévention de la cécité dans son plan national de soins de santé primaires. Elle appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par l'Arabie saoudite qui tendent à renforcer l'appui de l'OMS à la mise en oeuvre des plans nationaux VISION 2020. Les amendements proposés par la Thaïlande et la République bolivarienne du Venezuela lui paraissent aussi d'un grand intérêt. Elle est favorable à la mise en place d'alliances entre pays développés et pays en développement ainsi qu'entre ces derniers pour les activités de prévention de la cécité, et notamment la chirurgie de la cataracte.

Mme EBELLE (Cameroun) précise que, dans son pays, le plan stratégique VISION 2020 a été intégré dans le programme de lutte contre l'onchocercose qui a été lancé en 1997 dans le cadre du Programme africain de lutte contre l'onchocercose. La prévalence de la cécité est d'environ 1 % au Cameroun, où quelque 80 000 personnes souffrent de cataracte bilatérale, 5 millions de personnes sont infectées par *Onchocerca volvulus* et 18 000 ont un glaucome. La rétinopathie diabétique est en augmentation. Les principales difficultés rencontrées sont la pénurie de personnel qualifié et de

matériel spécialisé, le manque de financement, la vétusté des équipements et le coût trop élevé des soins oculaires pour les catégories défavorisées. Cependant, grâce à de solides partenariats et à la mobilisation de fonds résultant de l'allègement de la dette, un programme de chirurgie de la cataracte a été lancé en 2005 à l'intention des plus démunis. D'autres efforts sont encore nécessaires.

Mme Ebelle propose d'apporter les amendements suivants au projet de résolution : insérer le membre de phrase : « ou guérissables par des techniques établies et financièrement abordables » à la fin du deuxième alinéa du préambule ; au paragraphe 1.2), remplacer les mots « en maintenant le financement nécessaire au niveau national » par « en mobilisant un financement interne » ; modifier le texte du paragraphe 1.4) qui devrait être libellé comme suit : « à inclure la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans les soins de santé primaires et dans les plans et programmes sanitaires existants aux niveaux régional et national » ; au paragraphe 1.5), ajouter après les termes « le secteur privé » une virgule, puis les mots « la société civile et les communautés » ; ajouter un nouveau paragraphe 1.6) ainsi libellé : « à mettre à disposition dans les systèmes nationaux les médicaments et produits médicaux essentiels à la santé oculaire » ; et subdiviser le paragraphe 2.2) en deux parties comme suit : « a) de fournir l'appui technique nécessaire aux Etats Membres ; b) de soutenir la collaboration entre les pays pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, en particulier dans le domaine de la formation de toutes les catégories de personnel concernées ».

Le Dr AYDINLI (Turquie) appuie les amendements proposés par l'Arabie saoudite.

Le Dr MASSÉ (Canada) dit que l'Agence canadienne pour le Développement international soutient activement les programmes de prévention et de traitement de la cécité dans divers pays en développement. Le Canada appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par la Thaïlande et le Cameroun concernant le développement des ressources humaines, et il encourage le Secrétariat à fournir aux Etats Membres un appui technique supplémentaire.

Le Dr AL-MADAF (Koweït) rend hommage à l'OMS pour l'importance qu'elle attache à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, qui ont des répercussions socio-économiques sur les communautés et les individus et représentent une charge pour les systèmes de santé. Le Koweït soutient le projet de résolution et demande au Directeur général d'accorder la priorité à l'octroi du soutien technique nécessaire.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. L'initiative VISION 2020 mérite d'être soutenue par la communauté internationale ; des investissements dans la lutte contre la cécité devraient apporter des résultats tangibles. Conformément au plan national VISION 2020, des centres ont été créés et le programme de prévention de la cécité a été incorporé à la politique sanitaire nationale. Les partenariats avec des organisations intergouvernementales et non gouvernementales ont aussi été élargis. Les succès enregistrés, notamment dans la lutte contre le trachome, devraient donner espoir à d'autres pays. En collaboration avec des partenaires, des programmes d'éducation du public ont été mis en place, notamment à l'intention des enfants, en vue de les sensibiliser davantage aux mesures de prévention du trachome.

Le Dr BIN SHAKAR SHUKR (Emirats arabes unis) soutient le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. Son pays met actuellement en oeuvre des plans nationaux VISION 2020. La lutte contre la cécité ne peut pas être menée isolément par chaque pays et l'OMS a un rôle important à jouer à cet égard. Le plan élaboré par son pays est conforme aux recommandations relatives à la prévention de la cécité, qui cause de véritables souffrances.

La séance est levée à 12 h 30.

NEUVIEME SEANCE

Vendredi 26 mai 2006, 15 h 10

Président : Dr A. RAMADOSS (Inde)
puis : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 11.7 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R4 et annexe 4, et A59/12) (suite)

M. HERBERT (Saint-Kitts-et-Nevis) félicite l'OMS pour le travail accompli dans le domaine de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, et lui sait gré d'avoir inclus trois pays membres de la Communauté des Caraïbes dans le groupe des pays ayant besoin d'une assistance accrue. Il appuie le projet de résolution et tient à évoquer l'aide précieuse dont son pays a bénéficié de la part de partenaires régionaux pour les programmes dont il s'est doté dans le cadre de l'initiative Vision 2020. Grâce au projet Mission Miracle, près d'un quart de la population totale des personnes âgées de 3 à 89 ans a fait l'objet d'un dépistage d'où il est ressorti que près du quart de cette population avait besoin d'une prise en charge spécialisée. Le programme national de soins oculaires continue de s'appuyer sur des partenariats avec le secteur public et le secteur privé. Saint-Kitts-et-Nevis poursuivra son programme global de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, avec l'appui sans faille de ses partenaires régionaux et internationaux.

Le Dr ALLAGE (Jamahiriya arabe libyenne) approuve la priorité donnée à la prévention dans le cadre de l'initiative Vision 2020 – Le droit à la vue. Les causes de la cécité doivent être prises en charge par des services adaptés faisant appel à des médecins et à du personnel de santé formés. Le projet de résolution mérite d'être appuyé sans réserve, avec les amendements proposés par le délégué de l'Arabie saoudite. Les activités de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables doivent figurer dans le plan stratégique à moyen terme et dans le projet de budget programme 2008-2009, qui devrait comporter une liste de tous les pays ayant besoin d'un appui et d'une assistance dans ce domaine.

M. MAMPILLY (Etats-Unis d'Amérique) félicite l'OMS pour les succès remportés dans la lutte qu'elle mène contre la cécité évitable. Sa coopération avec l'Organisation mondiale contre la Cécité est un bon exemple de la façon dont les partenariats public-privé peuvent être avantageux du point de vue des ressources et de la direction des opérations. Le trachome, l'onchocercose et la xérophtalmie posent de difficiles problèmes à de nombreux pays. La contribution des Etats-Unis aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour éviter la cécité prend notamment la forme de programmes de prévention de la malnutrition par carence en micronutriments, d'une surveillance régionale de l'onchocercose et de recherches sur de nouveaux traitements du trachome. Depuis 1979, leurs services techniques collaborent avec le Secrétariat pour éliminer la cécité évitable. Dans tous les pays, la cataracte affecte les personnes d'âge mûr et c'est notamment le cas de la moitié de la population des Etats-Unis âgée de plus de 65 ans. Les Etats-Unis apprécient les partenariats mis en place par le Secrétariat pour lutter contre la cécité évitable, ainsi que la générosité des partenaires du secteur privé.

M. Mampilly appuie le projet de résolution et approuve les modifications suggérées par l'Arabie saoudite, le Paraguay et la Thaïlande. Il propose d'apporter un changement mineur à l'amendement

proposé par le Cameroun au sixième alinéa du paragraphe premier. Il s'agirait de supprimer l'adjectif « national » dans l'expression « dans le système national de soins de santé », car d'autres parties prenantes, notamment le secteur privé et les fondations, jouent un rôle crucial dans l'amélioration des services de soins oculaires.

M. RUÍZ MATUS (Mexique) attache beaucoup d'importance aux programmes destinés à lutter contre la cécité et les déficiences visuelles évitables dans le cadre de l'initiative Vision 2020. Depuis 1999, le Mexique applique des normes nationales en matière de prise en charge des personnes handicapées, y compris celles qui souffrent de déficiences visuelles. La loi mexicaine de 2005 sur les incapacités tend à les faire participer à différentes activités. Les autorités ont également mis en oeuvre un programme national de prévention de la cécité et créé un conseil national pour la prévention des déficiences visuelles, auquel sont associés les secteurs public et privé, des organisations de la société civile et des personnes affectées. Un centre national est chargé de développer la formation à la chirurgie de la cataracte et de promouvoir celle-ci. Le Mexique appuie le projet de résolution et souhaite lui aussi que les activités qui y sont mentionnées soient incorporées au plan stratégique à moyen terme et au projet de budget programme 2008-2009, ainsi qu'au onzième programme général de travail 2006-2015.

Le Dr AL-JOWDER (Bahreïn) appuie sans réserve le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. Les programmes visant à prévenir la cécité et les déficiences visuelles évitables devraient être inclus dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, dans le projet de budget programme 2008-2009 et dans le onzième programme général de travail.

Le Dr MAKUBALO (Afrique du Sud) attache la plus grande importance à l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable. L'Afrique du Sud, qui a signé la Déclaration de soutien à l'initiative Vision 2020, est bien consciente des liens existant entre cécité et marginalisation sociale et pauvreté. Elle est résolue à améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes et elle appuie sans réserve le projet de résolution. Le Secrétariat devrait fournir aux Etats Membres l'appui technique dont ils auront besoin pour sa mise en oeuvre.

Le Professeur TLOU (Botswana) se félicite de l'attention portée à la cécité et aux déficiences visuelles évitables. Dans son pays, environ 1 % de la population est aveugle : 50 % au moins de ces personnes sont atteintes de cataracte, alors que celle-ci est curable, les autres souffrant d'autres affections, par exemple de glaucome, de diabète ou de traumatismes oculaires. C'est aux déficiences visuelles de l'adulte que sont imputables 80 % des cécités curables ou évitables. Le programme botswanais de prévention de la cécité a été intégré aux services de soins de santé primaires afin d'améliorer l'accès aux soins oculaires et de sensibiliser les collectivités locales au problème. Le personnel sanitaire non spécialiste reçoit une formation en soins oculaires et, grâce à des organisations non gouvernementales et à des partenaires du secteur privé, les patients peuvent avoir accès à la chirurgie de la cataracte et à d'autres services ophtalmologiques, mais on continue à manquer de personnel. En 2005, plus de 4000 patients étaient en attente d'une chirurgie de la cataracte. Le Botswana demande instamment au Directeur général de continuer à apporter un soutien technique aux services de soins oculaires des Etats Membres et il appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Dr HERNAWATI (Indonésie) appuie sans réserve le projet de résolution. Dans le cadre du plan stratégique national de prévention de la cécité qu'elle a mis en place en 2003, l'Indonésie applique un programme global de prévention de la cécité comprenant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et une supplémentation systématique en vitamine A pour les mères après l'accouchement, les nourrissons et les enfants de moins de cinq ans. L'Indonésie compte environ 210 000 cas de cataracte chaque année, soit 0,1 % de la population. Parmi les personnes atteintes, seules 80 000 ont accès à la chirurgie, en sorte que le nombre de personnes en attente de traitement est

considérable. Les grands axes de l'initiative Vision 2020 sont la lutte contre les maladies, le développement des ressources humaines et le recours à une technologie peu coûteuse et bien adaptée afin de rendre les soins oculaires plus accessibles et moins chers. On ne saurait trop insister sur l'importance de l'appui technique fourni par l'OMS et de la coopération entre les pays.

Le Dr AHMED (Pakistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. Le fardeau que représentent les déficiences visuelles ne retient pas suffisamment l'attention. Le droit à la vue ne peut être dénié. Plus de 90 % des aveugles vivent dans des pays en développement et il existe manifestement un lien entre cécité d'une part et pauvreté et dénuement d'autre part. La volonté politique de s'attaquer au problème a fait défaut jusqu'à présent, car les autres besoins auxquels les pouvoirs publics doivent aussi répondre sont multiples et les ressources limitées. Le Pakistan sait gré à l'OMS des conseils qu'elle prodigue en matière de prévention de la cécité. Le nouveau programme pakistanais de prévention et de lutte contre la cécité s'inspire des principes et directives énoncés dans Vision 2020 – Le droit à la vue. Son but est de réduire le nombre de cas de cécité évitable et de favoriser la socialisation des aveugles grâce à des stratégies de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de l'éducation des enfants atteints de déficience visuelle.

Le Dr KAGGWA (Ouganda) déclare que dans son pays, la cécité et les déficiences visuelles ont des effets dévastateurs sur les individus, les familles, les communautés et la société tout entière. Un enfant qui perd la vue a 60 % de chances de décéder dans l'année qui suit ; les femmes risquent davantage que les hommes d'être atteintes de déficiences visuelles. En faisant reculer la cécité et les déficiences visuelles, on améliore l'accès à l'éducation et à l'emploi, et on atténue la pauvreté. L'Ouganda, qui a donné un rang de priorité élevé à la prévention de la cécité évitable dans son programme de développement, appuie le projet de résolution ainsi que l'inclusion de programmes et activités de prévention de la cécité dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, dans le projet de budget programme 2008-2009 et dans le onzième programme général de travail. L'Ouganda met en oeuvre des plans nationaux sur la base de l'initiative Vision 2020.

Le Dr SALGADO (Chili) estime que les déficiences visuelles devraient davantage retenir l'attention, car dans beaucoup de pays, l'effort financier va prioritairement aux affections potentiellement mortelles. Au Chili, des milliers de personnes souffrent de déficiences visuelles, dont les principales causes sont la cataracte, le diabète et la prématurité. Cependant, parmi les 40 problèmes de santé pour lesquels l'accès au traitement et la protection financière sont assurés, il en est cinq qui ont trait à la santé oculaire : cataracte, rétinopathie diabétique, vice de réfraction, décollement de la rétine et rétinopathie du nouveau-né. Dans les écoles, tous les élèves subissent un examen oculaire et sont traités le cas échéant. Une récente modification de la loi permet d'acheter des lunettes de correction de la presbytie sans l'ordonnance d'un ophtalmologiste. Toutefois, comme beaucoup d'autres pays, le Chili a du mal à trouver du personnel disposé à travailler dans le système de santé publique. Le projet de résolution devrait donc comporter une disposition relative à la formation de personnel et à la fourniture aux pays qui en ont besoin de la technologie avancée indispensable.

Le Dr AL-HOUSAMI (République arabe syrienne) appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. Les activités visant à prévenir la cécité et les déficiences visuelles devraient être incluses dans le plan stratégique à moyen terme de l'OMS, dans le projet de budget programme 2008-2009 et dans le onzième programme général de travail. Les déficiences visuelles peuvent souvent être corrigées et le glaucome et la cataracte peuvent être prévenus ou traités à peu de frais si l'on dispose des ressources humaines et financières voulues.

Mme NADAKUITAVUKI (Fidji) appuie sans réserve le projet de résolution. Son pays s'est doté d'un plan stratégique pour la prévention et la prise en charge des affections susceptibles de

conduire à la cécité et aux déficiences visuelles. Ce plan, qui s'appuie sur l'initiative Vision 2020, tend également à renforcer les capacités des professionnels de la santé. Fidji sait à quel point les partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales et le secteur privé, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, sont précieux pour la mise en oeuvre de ses stratégies. Grâce au suivi assuré par le Secrétariat et aux rapports sur les progrès accomplis qui seront régulièrement soumis à l'Assemblée de la Santé, chaque Etat Membre sera amené à donner effet à l'initiative.

Mme AKINFOLAJIMI (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) indique que son pays, qui est tout acquis aux principes qui sous-tendent l'initiative Vision 2020, a mis sur pied une série d'activités concernant la cataracte, le glaucome, la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Il s'emploie aussi à sensibiliser le public aux comportements et modes de vie susceptibles d'affecter la santé oculaire. Son programme de travail devrait lui permettre d'atteindre les objectifs de Vision 2020. La mise en oeuvre de la résolution nécessitera souplesse et suivi. Le Royaume-Uni appuie le projet de résolution.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche), reconnaissant que les déficiences visuelles graves nuisent beaucoup au développement socio-économique des individus et des sociétés, insiste sur l'importance de la prévention, car les interventions oculaires peuvent à la fois donner d'excellents résultats et être d'un bon rapport coût/efficacité. Mais lorsque l'accès à ces services est difficile, le nombre de gens présentant des déficiences visuelles graves augmente et cela est source de souffrances humaines considérables et de pertes de productivité. Il faudra agir plus énergiquement sur le plan mondial si l'on veut atteindre les objectifs de l'initiative Vision 2020 – Le droit à la vue. L'Autriche et l'ensemble de l'Union européenne approuvent le projet de résolution, mais les Etats Membres de l'Union européenne souhaitent exprimer des réserves quant à l'inclusion envisagée d'activités de prévention de la cécité dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et dans le projet de budget programme 2008-2009, car cela semble prématuré. Quant au onzième programme général de travail, on se souviendra qu'il a déjà été approuvé par la Commission B le jour précédent.

Le Dr AL-NAIMI (Qatar) appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite. Le Qatar attache beaucoup d'importance à l'amélioration de tous les programmes de prévention de la cécité et souscrit à l'initiative Vision 2020 – Le droit à la vue. Tous ceux qui travaillent dans le secteur de la santé ont reçu une formation axée sur l'amélioration de l'acuité visuelle des écoliers. Des programmes nationaux sont en place pour prévenir la cécité, et un comité national est chargé de leur mise en oeuvre. Il serait souhaitable d'inclure un paragraphe relatif à la prévention de la cécité évitable dans le projet de budget programme 2008-2009 et dans le onzième programme général de travail, afin de garantir à tous les pays qu'ils pourront bénéficier de l'appui technique nécessaire à l'élimination de la cécité évitable.

Mme ZHANG Lingli (Chine) indique que son pays compte plus de 5 millions d'aveugles, soit 18 % des personnes atteintes de cécité dans le monde entier, et que chaque année plus de 400 000 personnes perdent la vue ; la Chine s'est donc dotée d'un vaste programme de lutte contre la cécité et les déficiences visuelles. Elle a toujours mis l'accent sur la prévention et le traitement des affections oculaires et dès 1950, elle a lancé une campagne nationale contre le trachome, qui était alors la principale cause de cécité. Celle-ci est maintenant supplantée par la cataracte. L'augmentation de l'incidence de cette affection s'est ralentie et plus de 600 000 opérations de la cataracte sont effectuées chaque année.

La Chine est consciente de l'importance de la santé oculaire pour le progrès socio-économique et les autorités comme la société civile s'emploient activement à prévenir la cécité. Les organisations internationales apportent un soutien important et la Chine a mis sur pied son propre projet dans le cadre de l'initiative Vision 2020, le but étant d'éradiquer la cécité évitable d'ici 2020. Une équipe spéciale est chargée de la prévention de la cécité : son principal objectif est d'aider les agents de santé

à lutter contre la cécité en organisant des formations et des échanges techniques et en recherchant de nouvelles technologies pour traiter les déficiences visuelles. Un nouveau plan national pour 2006-2010 est en préparation. La Chine va renforcer sa coopération avec l'OMS, l'Organisation mondiale contre la Cécité et d'autres organisations internationales afin de contribuer à la mise en oeuvre de Vision 2020.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) appuie le projet de résolution.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) et le Dr AMMAR (Liban) appuient également le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Arabie saoudite.

M. GHEBREYESUS (Ethiopie) déclare que la cécité est l'un des grands problèmes de son pays ; en effet, à eux seuls, le trachome et la cataracte y sont responsables de plus de 70 % de tous les cas. Les grandes causes de cécité chez l'enfant semblent être les cicatrices cornéennes liées à la rougeole, la carence en vitamine A, les infections aiguës et les traumatismes. En Ethiopie, plus de 80 % des cas de cécité sont évitables. Les principales réalisations du pays sont le lancement de l'initiative Vision 2020, la mise en place de comités nationaux et régionaux pour la prévention de la cécité et un plan quinquennal stratégique national pour les soins oculaires. Le nombre d'ophtalmologues et de centres de soins oculaires a augmenté, de même que le nombre de patients bénéficiant d'une chirurgie de la cataracte.

Plusieurs difficultés majeures font obstacle à la mise en oeuvre des mesures destinées à prévenir la cécité et à la combattre en Ethiopie : il s'agit notamment de la pénurie de ressources humaines, d'une infrastructure insuffisante et d'un manque de fournitures médicales et chirurgicales pour les soins oculaires, ainsi que d'un manque de moyens financiers. On projette d'augmenter le nombre de chirurgiens de la cataracte et le nombre de districts où sera mise en oeuvre la stratégie CHANCE globale recommandée par l'OMS et le plan quinquennal stratégique national, afin d'atteindre les objectifs de l'initiative Vision 2020. L'Ethiopie appuie le projet de résolution.

M. AUAHDI (Algérie) déclare que son pays a mis en oeuvre un programme national de prévention et de traitement des cécités évitables et particulièrement de la cataracte et du trachome. Il est urgent, pour la mise en oeuvre de ce programme, d'obtenir l'appui technique et financier de l'OMS, et l'Algérie appuie le projet de résolution avec les amendements de l'Arabie saoudite.

Le Prince BIN AHMED BIN ABDELAZIZ (Arabie saoudite) relève que les organisations non gouvernementales qui soutiennent le plus les efforts humanitaires en général et la prévention de la cécité en particulier proviennent de l'Union européenne et des Etats-Unis d'Amérique. La prévention de la cécité est l'un des objectifs du Millénaire pour le développement et devrait figurer dans le onzième programme général de travail. Il faut songer que depuis l'ouverture de l'Assemblée de la Santé ce sont approximativement 74 000 adultes et 6000 enfants qui auront perdu la vue.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba) appuie les amendements proposés par l'Arabie saoudite. Afin de rendre justice à la contribution apportée par les Etats Membres, et notamment par l'Arabie saoudite, à la prévention de la cécité évitable, elle suggère d'ajouter un nouvel alinéa au préambule, qui serait ainsi conçu : « Se félicitant des mesures importantes élaborées aux niveaux sous-régional, régional et international par les Etats Membres en vue de réaliser des progrès notables sur la voie de l'élimination de la cécité évitable moyennant un renforcement de la coopération et de la solidarité internationales ; », ainsi qu'un nouvel alinéa 3bis) au paragraphe 2, qui serait libellé comme suit : « de renforcer la coopération moyennant des efforts sous-régionaux, régionaux et internationaux en vue de réaliser les objectifs énoncés dans la présente résolution ; ».

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) remercie les délégués de leur appui ainsi que les partenaires participant à l'initiative Vision 2020, et notamment l'Organisation mondiale contre

la Cécité, la Christoffel Blindenmission, Sight Savers International, l'Association internationale des Lions Clubs, Helen Keller International et ORBIS. Sans leur concours et celui des nombreux industriels qui se sont engagés au service de la santé publique, aucun progrès n'aurait été possible.

L'accent a fort justement été mis sur la coopération entre pays développés et pays en développement et entre ces derniers, une coopération qui devrait encore être intensifiée. La place à donner à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et dans le projet de budget programme 2008-2009 fera l'objet d'un examen attentif.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) dit que compte tenu des divers amendements au projet de résolution qui ont été proposés, un texte révisé sera établi et présenté à une séance ultérieure.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la onzième séance, section 2, p. 174.)

Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : Point 11.6 de l'ordre du jour (documents A59/11 et A59/11 Add.1) (suite de la huitième séance, section 2)

Le Dr ISLAM (Secrétaire) donne lecture de plusieurs amendements qu'un groupe de travail propose d'apporter au projet de résolution contenu dans le document A59/11. Le troisième alinéa du préambule se lirait comme suit : « Reconnaissant et réaffirmant qu'au Sommet mondial de 2005 (New York, 14-16 septembre 2005), les dirigeants mondiaux se sont engagés à assurer l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015, comme énoncé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, et à intégrer cet objectif dans les stratégies visant à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et reconnaissant en outre que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement suppose un investissement et un engagement politique en faveur de la santé sexuelle et génésique, laquelle englobe la lutte contre les infections sexuellement transmissibles ; ». La nouvelle note de bas de page se rapportant à la Conférence internationale sur la population et le développement se lirait : « Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, septembre 1994. ».

Le premier paragraphe du dispositif serait ainsi conçu : « FAIT SIENNE la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, reconnaissant que les interventions appropriées sont celles qui tiennent compte des droits des personnes et de leurs besoins en matière de santé et de développement, et qui donnent accès à l'information sur la santé sexuelle et génésique, aux savoir-faire pratiques, à l'éducation et aux soins et, dans le cas des jeunes, qui sont adaptées à l'évolution de leurs capacités. ».

Le début du paragraphe 2 se lirait comme suit : « PRIE INSTAMMENT les Etats Membres : 1) d'adopter la stratégie et de s'en inspirer, selon le contexte national, afin de veiller à ce que les efforts consentis par les pays pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement comprennent un plan et des mesures, adaptés à la situation épidémiologique locale, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris la mobilisation de la volonté politique et des ressources financières nécessaires à cette fin ; ».

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution ainsi amendé.

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 quatrième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.19.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne et de la Norvège, et appuyée par M. MARTIN (Suisse), précise que le terme « soins » employé au premier paragraphe du dispositif de la résolution doit s'entendre comme incluant l'accès aux services, ainsi qu'il a été précisé lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994).

M. BONNICI (Malte) indique que son pays appuie sans réserve toutes mesures destinées à combattre les infections sexuellement transmissibles et se félicite de l'action et de l'engagement de l'OMS dans ce domaine. Au moment de s'associer au consensus qui s'est fait autour du projet de résolution, il tient à rappeler la position de son pays, qui est que les références aux services de santé sexuelle et génésique figurant dans la stratégie mondiale ne sauraient être interprétées comme faisant obligation à telle ou telle partie de considérer l'avortement comme une forme légitime de service de santé génésique et sexuelle.

Selon Mme MUIRURI (Etats-Unis d'Amérique), il existe un consensus international selon lequel les expressions « services de santé génésique » et « droits en matière de reproduction » n'incluent pas l'avortement et n'impliquent en aucun cas que l'on puisse encourager, approuver ou favoriser l'avortement ou l'utilisation d'agents abortifs. On ne saurait trop insister sur la valeur des stratégies globales de prévention, et sur l'intérêt de proposer l'abstinence aux jeunes et autres personnes non mariées. Il est essentiel de mettre en exergue les droits, les devoirs et les responsabilités des parents et autres personnes légalement responsables des adolescents, qui sont censés proposer, compte tenu des capacités en constante évolution de l'adolescent, des orientations et des conseils appropriés en matière sexuelle et génésique, en matière d'éducation et pour les autres aspects de la vie des enfants dont les parents sont responsables au premier chef. Rien dans la stratégie mondiale ne crée un droit à l'avortement ou ne saurait être interprété comme encourageant, approuvant ou favorisant l'avortement.

M. SOLANO (Costa Rica) dit que selon son interprétation de la résolution, la santé et les droits sexuels n'incluent pas l'avortement. Le droit à la vie est un principe fondamental dans son pays, non seulement d'un point de vue juridique mais aussi du point de vue des valeurs et des principes.

Drépanocytose : Point 11.4 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R3 et annexe 4, et A59/9) (suite de la septième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un projet de résolution révisé comportant les amendements demandés et dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la drépanocytose ;¹

Rappelant la résolution WHA57.13 sur la génomique et la santé dans le monde, ainsi que le débat du Conseil exécutif à sa cent seizième session sur la lutte contre les maladies génétiques, qui ont reconnu le rôle des services de génétique dans l'amélioration de la santé dans le monde et dans la réduction des écarts mondiaux en matière de santé ;²

Rappelant la décision Assembly/AU/Dec.81 (V) de l'Assemblée de l'Union africaine à sa cinquième session ordinaire ;

¹ Document A59/9.

² Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la première séance, section 4.

Notant les conclusions du Quatrième Symposium international africain-américain sur la drépanocytose (Accra, 26-28 juillet 2000), ainsi que les résultats des premier et deuxième congrès internationaux de l'Organisation internationale de Lutte contre la Drépanocytose tenus respectivement à Paris les 25 et 26 janvier 2002 et à Cotonou du 20 au 23 janvier 2003 ;

Préoccupée par l'impact des maladies génétiques, et de la drépanocytose en particulier, sur la mortalité et la morbidité mondiales, notamment dans les pays en développement, ainsi que par la souffrance des malades et des familles touchés par la drépanocytose ;

Consciente que la prévalence de la drépanocytose varie selon les communautés et que le manque de données épidémiologiques pertinentes peut rendre difficile une prise en charge efficace et équitable ;

Profondément préoccupée par l'absence de reconnaissance officielle de la drépanocytose comme priorité de santé publique ;

Consciente de l'inégalité actuelle d'accès à des services de génétique sûrs et appropriés partout dans le monde ;

Reconnaissant que, pour être efficaces, les programmes contre la drépanocytose doivent tenir compte des pratiques culturelles et être adaptés au contexte social ;

Reconnaissant par ailleurs que le dépistage prénatal de la drépanocytose soulève des questions éthiques, juridiques et sociales qui demandent à être dûment prises en considération ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres dans lesquels la drépanocytose est un problème de santé publique :

1) à élaborer, mettre en oeuvre et renforcer de façon systématique, équitable et efficace des programmes nationaux intégrés et complets de prévention et de prise en charge de la drépanocytose, incluant la surveillance, la diffusion de l'information, la sensibilisation, le conseil et le dépistage, ces programmes devant être adaptés à la situation socio-économique, à celle des systèmes de santé et au contexte culturel et viser à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité associées à cette maladie génétique ;

2) à veiller à ce que des soins d'urgence adéquats, appropriés et accessibles soient proposés aux personnes vivant avec la drépanocytose ;

3) à développer leur capacité d'évaluer la situation de la drépanocytose et l'impact des programmes nationaux ;

4) à intensifier la formation de tous les professionnels de la santé et des volontaires communautaires dans les zones de forte prévalence ;

5) à mettre en place ou renforcer des services systématiques de génétique médicale et de soins complets, dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires existants, en partenariat avec les administrations nationales et locales et des organisations non gouvernementales, y compris les organisations parent/patient ;

6) à promouvoir l'éducation communautaire, y compris le conseil en santé, et les questions éthiques, juridiques et sociales qui s'y rattachent ;

7) à promouvoir une coopération internationale efficace dans la lutte contre la drépanocytose ;

8) en collaboration avec les organisations internationales, à soutenir la recherche fondamentale et appliquée sur la drépanocytose ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de sensibiliser davantage la communauté internationale à la charge mondiale de la drépanocytose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour sa prévention et sa prise en charge ;

2) de fournir un appui et des conseils techniques aux programmes nationaux des Etats Membres en élaborant des politiques et des stratégies de prévention et de prise en charge de la drépanocytose ;

- 3) de promouvoir et de soutenir :
 - a) la collaboration interpays pour développer la formation et les compétences du personnel et poursuivre le transfert de technologie et de connaissances de pointe vers les pays en développement ;
 - b) la construction et l'équipement de centres de recours pour les soins, la formation et la recherche ;
- 4) de faire en sorte que l'OMS continue à exercer ses fonctions normatives en rédigeant des lignes directrices, y compris des bonnes pratiques et des modèles concrets, sur la prévention et la prise en charge de la drépanocytose en vue d'élaborer des plans régionaux et de favoriser la constitution de groupes régionaux d'experts ;
- 5) de promouvoir, de soutenir et de coordonner la recherche nécessaire sur les affections drépanocytaires afin d'accroître la durée et la qualité de la vie des personnes touchées.

Le projet de résolution est approuvé.¹

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal : Point 11.8 de l'ordre du jour (document A59/13)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un projet de résolution présenté par les délégations suivantes: Bahreïn, Belize, Bénin, Botswana, Costa Rica, Fidji, Gambie, Ghana, Iles Marshall, Iles Salomon, Jamahiriya arabe libyenne, Micronésie, Nauru, Nicaragua, Oman, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Swaziland, Tuvalu, Yémen et Zimbabwe ; le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, qui souligne que les pratiques d'alimentation optimales du nourrisson contribuent à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;²

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que des résolutions WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA47.5, WHA49.15 et WHA54.2 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes ;

Réaffirmant, en particulier, la résolution WHA44.33 qui se félicitait de la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel et la résolution WHA55.25, qui approuvait la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, considérées comme les fondements de l'action en faveur de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement au sein ;

Accueillant avec satisfaction l'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;

Ayant présent à l'esprit que 2006 marque le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et reconnaissant qu'il est toujours plus d'actualité dans le contexte de la pandémie de VIH/SIDA, que les situations d'urgence complexes d'origine humaine ou naturelle sont de plus en plus fréquentes

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 WHA59.20.

² Document A59/13.

et que les risques de contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons sont un sujet de préoccupation ;

1. REAFFIRME son soutien en faveur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
2. APPROUVE dans son intégralité l'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qui marque une étape importante dans la réalisation du quatrième objectif du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité de l'enfant ;
3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à mettre en oeuvre cet appel à l'action et, en particulier, à renouveler leur engagement en faveur de politiques et programmes relatifs à la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé, et en faveur de la relance de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » pour la protection de l'allaitement au sein ;
4. APPELLE les institutions financières multilatérales, bilatérales et internationales à accroître les ressources financières afin que les Etats Membres puissent mener à bien ces démarches ;
5. PRIE le Directeur général de mobiliser un appui technique en faveur des Etats Membres pour la mise en oeuvre et le suivi indépendant du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé sur la question.

Le Dr AL KHARABSEH (Jordanie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, indique que dans certains pays de la Région, on peut considérer que entre la moitié et les deux tiers de la charge de morbidité due par exemple aux maladies diarrhéiques, à la rougeole, au paludisme et aux infections des voies respiratoires basses chez les enfants de moins de cinq ans est imputable à la dénutrition au cours de la première année de vie. Grâce à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, on est parvenu à appeler l'attention du monde entier sur les effets qu'ont les modes d'alimentation sur l'état nutritionnel, la croissance, le développement et la survie des nourrissons et des enfants.

Dans plusieurs Etats Membres de la Région, l'objectif consistant à réduire de moitié le niveau de dénutrition chez les jeunes enfants n'a guère de chances d'être atteint d'ici 2015. Il est donc absolument indispensable de continuer d'assister les Etats Membres afin que la question de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants demeure un objectif politique prioritaire. Les Etats Membres ont besoin de ressources techniques et financières suffisantes pour être en mesure d'adapter la stratégie mondiale à la situation particulière qui est la leur. Il serait souhaitable de donner la priorité à la promotion de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie et d'apporter aux mères et aux autres personnes s'occupant d'enfants les connaissances nécessaires au sujet de la supplémentation du régime alimentaire. Les Etats Membres qui connaissent des situations d'urgence complexes ont aussi besoin de moyens techniques et financiers pour améliorer leurs propres capacités en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants se trouvant dans des situations exceptionnellement difficiles.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) appuie le projet de résolution. L'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant récapitule admirablement ce dont on a besoin pour favoriser l'allaitement maternel. De nouvelles études confirment que l'allaitement maternel exclusif protège contre toute une série de maladies et d'infections et même contre l'obésité. Le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel paraît une bonne occasion de faire valoir le point de vue selon lequel c'est seulement par la législation que l'on parviendra à protéger correctement l'allaitement maternel et une supplémentation adéquate du régime alimentaire.

Le Dr HASSAN (Tchad) indique que selon une enquête menée dans son pays en 2004, 37 % des enfants de moins de cinq ans souffrent de déficit pondéral, 13,5 % sont émaciés et 41 % présentent un retard de croissance. La malnutrition est responsable de 49 % des décès d'enfants de trois à cinq ans. Pour faire face à cette tragédie, le Tchad bénéficie de l'appui de ses partenaires traditionnels tels que l'OMS et l'UNICEF, ainsi que du soutien d'organisations non gouvernementales et de pays amis dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

Le Dr MADZIMA (Zimbabwe) déclare que son Gouvernement s'est donné pour mission d'atteindre les objectifs ayant trait à l'application de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Environ 60 % du budget de mise en oeuvre des stratégies relatives à la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants est financé par les gouvernements. Le Zimbabwe est l'un des 32 pays qui ont incorporé le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans leur législation interne. Il y a certes lieu de célébrer le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption dudit Code, mais les pays n'en continuent pas moins à avoir besoin du soutien technique de l'OMS et de ses partenaires. Depuis que des outils de formation et d'évaluation ont été mis au point par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », un hôpital zimbabwéen a été déclaré « ami des bébés », ce qui constitue un point de départ pour mesurer le succès de l'initiative. En 2004, le Zimbabwe a introduit dans son programme de formation des infirmières un cours combiné sur l'allaitement maternel et l'alimentation des nourrissons. Depuis lors, plus de 146 tuteurs en soins infirmiers ont été formés et 1281 infirmières spécialisées dans les soins de santé primaires ont obtenu un diplôme les habilitant à dispenser des conseils sur l'alimentation des nourrissons. En outre, un protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère a été élaboré et plus de 2000 agents de santé ont depuis lors appris à l'appliquer. Avec l'appui de l'UNICEF, le Zimbabwe procède à des essais pilotes d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi dans huit endroits différents. Le Dr Madzima appuie le projet de résolution, mais propose de remplacer par « soutenir » les mots « mettre en oeuvre » figurant au paragraphe 3 du dispositif.

M. KAZENENE (Zambie) met l'accent sur l'intérêt que présente l'allaitement maternel tant du point de vue de la santé que de celui du coût et de la planification familiale. Dans un pays en développement tel que la Zambie, le risque de voir les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein décéder au cours des trois ou quatre premiers mois de la vie est de 10 à 15 fois plus élevé que celui des bébés bénéficiant de l'allaitement maternel exclusif. En Zambie, encourager, protéger et favoriser l'allaitement maternel fait partie de la politique de santé nationale. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été incorporé à la législation interne – ce qui représente un investissement pour l'avenir de la jeunesse zambienne.

Mme DLAMINI (Swaziland), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, fait savoir qu'à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de nombreux pays africains ont intégré la totalité ou la quasi-totalité des dispositions et résolutions du Code dans leur législation. De nombreux pays africains appliquent la Déclaration « Innocenti » 2005 sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, ainsi que la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il faut approuver l'appel à l'action contenu dans la Déclaration « Innocenti » 2005, car il marquera une étape importante vers l'amélioration de la santé des nourrissons. Eu égard aux risques inhérents à l'utilisation des préparations pour nourrissons et à l'ingérence d'intérêts commerciaux dans les décisions que prennent les mères allaitantes, le Code international doit être entériné et appliqué aussi bien dans les pays destinataires que dans les pays exportateurs. Certains pays de la Région ont révisé leurs politiques et leurs directives concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons. Plus de 8000 agents de santé ont appris à prodiguer des conseils au sujet de l'allaitement au sein, de l'infection à VIH et de l'alimentation des nourrissons. Les bébés de la Région africaine sont plus vulnérables que les autres et la mise en oeuvre du Code les aiderait à prendre le meilleur départ possible dans la vie. Tous les Etats Membres doivent prendre à nouveau l'engagement d'appliquer le Code international

ainsi que toutes les résolutions pertinentes qui ont suivi. Il est souhaitable que les parties prenantes, et notamment les organismes des Nations Unies, les secteurs public et privé et la société civile, développent le travail en partenariat et la collaboration afin de mobiliser toutes les ressources financières et d'intensifier rapidement les actions relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, que ce soit aux niveaux national, régional et communautaire.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) rappelle que son pays a été l'un des premiers à incorporer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans sa législation et il souhaite vivement que d'autres Etats Membres fassent de même. Ce Code a eu un effet indéniable ; lentement mais sûrement, les taux d'allaitement maternel exclusif ont augmenté. Le Brésil, qui a également souscrit aux Déclarations « Innocenti » de 1990 et de 2005, appuie le projet de résolution.

Mme GONZÁLEZ MOREL (Mexique) indique que son pays a promulgué différentes stratégies et politiques sanitaires dans le cadre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les programmes mexicains de protection de la santé de l'enfant comprennent la prise en charge des femmes enceintes, la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois, d'un sevrage effectué dans de bonnes conditions et de l'introduction de la nourriture familiale dans l'alimentation à l'âge d'un an. Le Mexique a aussi édicté des normes officielles pour les services de santé de base, pour la promotion et la formation en matière de santé nutritionnelle et pour la santé de l'enfant ; celles relatives à la santé de l'enfant mettent l'accent sur l'importance d'une alimentation correcte des nourrissons. Il existe également des directives concernant les groupes de population souffrant de malnutrition, d'excès de poids et d'obésité. Les normes officielles traitent aussi de la question des substituts du lait maternel. Le Mexique s'intéresse aux travaux du Secrétariat sur la référence de croissance internationale pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents. En effet, la prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité dans ces groupes d'âge augmente.

Le Mexique appuie le projet de résolution, mais souhaiterait que le cinquième alinéa du préambule insiste sur la conservation, la préparation et la manutention des substituts du lait maternel, plus que sur les préoccupations liées à leur contamination intrinsèque.

Le Dr MUÑOZ (Uruguay) loue la qualité du rapport quadriennal, soulignant que la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est une question de survie pour son pays, où 50 % des enfants se trouvent dès la naissance en dessous du seuil de pauvreté. En adoptant la stratégie mondiale, l'Uruguay s'est donné pour but d'améliorer l'alimentation dans les groupes d'âge considérés ainsi que la qualité et la surveillance des soins durant la grossesse et lors de l'accouchement. La farine est désormais enrichie par adjonction d'acide folique et de fer, car la moitié des enfants uruguayens de moins de deux ans vivant dans des familles démunies souffrent d'anémie ferriprive. Le problème des grossesses d'adolescentes a de graves conséquences pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, car ce sont surtout les très jeunes mères qui abandonnent l'allaitement au sein dès les premiers mois ; on a donc entrepris de former le personnel médical, les sages-femmes, les infirmières et les travailleurs sociaux à la prise en charge des adolescents. On s'emploie à éduquer les très jeunes parents afin de retarder une deuxième grossesse et d'encourager l'allaitement au sein exclusif pendant six mois (lequel est obligatoire pour toutes les travailleuses en Uruguay) ; des visites à domicile sont effectuées afin de s'assurer de la santé du bébé ; enfin, on s'efforce d'assurer l'intégration éducative, sociale et professionnelle de ces jeunes parents.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande), affirmant lui aussi que l'allaitement maternel est le meilleur mode d'alimentation du nourrisson, indique que son pays a entrepris d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; parmi les mesures prises, il a notamment donné suite à l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », et mis en place un comité national de promotion de l'allaitement au sein.

Appuyant le projet de résolution, le Dr Matheson suggère d'ajouter, au deuxième alinéa du préambule, une référence à la résolution WHA58.32. Au paragraphe 2 du dispositif, il propose de remplacer « APPROUVE » par « ACCUEILLE FAVORABLEMENT », pour rappeler la façon dont l'Assemblée de la Santé a accueilli la Déclaration « Innocenti » 1990 dans la résolution WHA44.33. Au paragraphe 3, les mots « mettre en oeuvre » devraient être remplacés par « donner suite à », et il faudrait insérer le mot « pertinentes » avant « ultérieures », de même qu'au paragraphe 5. L'essentiel du message à adresser aux donateurs est que ce domaine d'activité est prioritaire ; à cette fin, il y aurait lieu de remplacer, au paragraphe 4 du dispositif, les mots « accroître les » par « affecter des » ; enfin, pour plus de clarté, il conviendrait de remplacer, toujours au paragraphe 4, le membre de phrase « institutions financières multilatérales, bilatérales et internationales » par « donateurs multilatéraux et bilatéraux et les institutions financières internationales ».

Mme MOENG (Afrique du Sud) accueille le rapport avec satisfaction et appuie le projet de résolution tel qu'amendé par le Zimbabwe. Il est effectivement très important de s'engager à appliquer le Code international. Alimenter correctement les nourrissons permet d'améliorer les taux de survie des enfants et est un point d'appui pour la réalisation des droits des enfants. L'OMS a mis au point plusieurs stratégies nouvelles pour la survie des enfants, qui sont récapitulées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; entériner ces stratégies ne va pas de soi compte tenu des ressources limitées dont on dispose. Il faudrait mettre davantage l'accent sur le renforcement des stratégies existantes. Le choix d'un mode d'alimentation du nourrisson est bien difficile pour les mères qui décident de ne pas allaiter ; l'Afrique du Sud souhaite appuyer les recherches menées sur la mise en oeuvre pratique de l'alimentation à la tasse, bien préférable au biberon. Les tasses sont plus sûres que les biberons, en particulier lorsque l'hygiène et la qualité de l'eau de boisson laissent à désirer. La première série de nouvelles normes relatives à la croissance des enfants est attendue avec d'autant plus d'intérêt qu'elle prend pour modèle de référence la croissance du nourrisson allaité au sein. On devrait ainsi obtenir un schéma exact de la croissance des enfants africains, qui sont pour la plupart nourris au sein.

L'Afrique du Sud met en oeuvre plusieurs stratégies pour lutter contre les carences en micronutriments. Une supplémentation en acide folique est proposée à toutes les femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse, mais cela ne va pas de soi car la plupart des femmes tardent à se présenter à la première consultation prénatale. Le nombre de centres de santé « amis des bébés » s'est accru, mais les taux d'allaitement maternel exclusif sont toujours relativement faibles, en sorte qu'il faudrait renforcer les interventions axées sur la population. L'Afrique du Sud a adopté la recommandation OMS/UNICEF sur l'administration d'une supplémentation en zinc pour traiter les diarrhées aiguës et persistantes du jeune enfant, et elle a revu ses directives pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant afin de s'assurer que l'administration de zinc fait partie du protocole de soins. Les consultations en cours sur l'élaboration d'une réglementation relative aux aliments pour nourrissons et jeunes enfants sont bien avancées ; cette réglementation viendra compléter les politiques et directives nationales en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Le Dr OTTO (Palaos) constate avec satisfaction que l'objectif tendant à réduire de 50 % la prévalence de l'insuffisance pondérale par rapport à 1990 devrait être atteint en Asie orientale et en Asie du Sud-Est. Le projet de résolution à l'examen aidera d'autres régions à atteindre ce but ainsi que le quatrième objectif du Millénaire pour le développement concernant la réduction de la mortalité de l'enfant ; un élément essentiel de ce texte est la référence à la Déclaration « Innocenti » 2005 et l'appel à l'action qui y est lancé. La progression relativement lente du taux mondial d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois entre 1990 et 2001 est un motif de découragement, car l'allaitement au sein est de loin la mesure de santé publique la plus efficace pour augmenter la survie et améliorer la qualité de la vie des nourrissons et des enfants, et cela est d'autant plus à déplorer que le chiffre d'affaires des ventes de substituts du lait maternel n'est pas loin de doubler chaque année.

L'allaitement maternel sera le critère sur lequel se fondera la première série de nouvelles normes de l'OMS relatives à la croissance des enfants, ce qui pourrait contribuer à enrayer la

progression de l'obésité de l'enfant, qui est due en grande partie à un régime alimentaire de plus en plus saturé de produits malsains, mais commercialisés de façon agressive. Dans son allocution à l'Assemblée de la Santé, S. A. R. le Prince Charles a déclaré que pour mesurer la valeur des interventions dans le domaine de la santé, il faudrait peut-être se demander si elles sont efficaces du point de vue humain et si elles encouragent une meilleure santé physique et mentale et davantage de satisfaction dans la vie ; l'allaitement maternel répond pleinement à ces critères.

Le Code international vient d'être incorporé à la législation interne des Palaos. Le Dr Otto tient à remercier le Bureau régional du Pacifique occidental, l'UNICEF et les autres partenaires pour leur appui sans faille aux efforts déployés par les Etats Membres pour donner effet au Code international et à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le Code est souvent considéré à tort comme un instrument de pression destiné à pousser à tout prix à l'allaitement au sein ; or il n'en est rien, car une fois en vigueur il donne aux mères la possibilité de décider elles-mêmes de ce qui est préférable pour leur bébé. Son principal objectif est de rétablir la liberté de choix en empêchant les intérêts commerciaux d'exercer des pressions. Les Palaos appuient les amendements au projet de résolution proposés par la Nouvelle-Zélande.

Mme RIMESTAD (Norvège), prenant la parole au nom des cinq pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède), invite instamment les Etats Membres à donner davantage effet à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau national. La prévalence de la dénutrition des enfants, particulièrement en Afrique, est inquiétante. On sait maintenant que l'allaitement maternel est un moyen important pour réduire la mortalité de l'enfant, et qu'il faut l'encourager. Le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel devrait donner un nouvel élan à ce code pour mieux protéger l'allaitement maternel et améliorer l'alimentation et la santé des nourrissons. Il faut trouver des ressources pour la mise en oeuvre des nouvelles normes internationales relatives à la croissance des nourrissons et des jeunes enfants. Les activités destinées à favoriser, encourager et protéger l'allaitement maternel doivent être axées sur une croissance saine des enfants. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » est une mesure particulièrement efficace pour encourager l'allaitement au sein et elle pourrait être développée à l'échelle internationale pour être étendue aux unités de soins néonataux intensifs et aux centres de santé de l'enfant. Priorité devrait aussi être accordée aux activités ayant trait à l'allaitement au sein et au VIH/SIDA.

Au niveau national, les pays nordiques continueront de s'employer à améliorer la nutrition et la santé des enfants et de collaborer à cet égard avec le Secrétariat. Ils appuient le projet de résolution, tout en estimant qu'il aurait dû être soumis au Conseil exécutif avant que l'Assemblée de la Santé n'en soit saisie.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) dit que les problèmes de malnutrition protéino-énergétique et liée aux carences en micronutriments ainsi que les carences en vitamines et minéraux restent à résoudre dans certaines régions, et que la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doit se poursuivre. Si le nombre de maternités « amies des bébés » s'est accru au niveau mondial, le taux d'allaitement maternel exclusif n'a que très peu augmenté. Il faut donc maintenir les politiques de promotion de l'allaitement maternel et encourager l'alimentation complémentaire à partir de six mois afin de réduire la malnutrition. En Thaïlande, tous les hôpitaux publics sont « amis des bébés », et une étude globale du programme national d'allaitement maternel a été entreprise en vue d'accroître son efficacité.

Concernant le paragraphe 2 du projet de résolution, le Dr Puangpen Chanprasert approuve l'appel à l'action contenu dans la Déclaration « Innocenti » 2005. Au paragraphe 3, elle propose d'ajouter les mots « promouvoir et soutenir » après « protéger ».

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que la malnutrition est la cause du décès de plus de 5,3 millions d'enfants de moins de cinq ans et convient que la malnutrition du fœtus et du nourrisson contribue à accroître le risque d'obésité. Les stratégies mondiales pour l'alimentation du

nourrisson et du jeune enfant et pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé constituent des cadres solides pour améliorer la nutrition du nourrisson et de l'enfant. Son Gouvernement demeure déterminé à accroître les taux d'allaitement maternel dans le pays et à promouvoir les meilleures méthodes d'allaitement maternel. Le guide pour les interventions d'allaitement maternel destiné à tous les Etats fournit aux mères l'information qui correspond le mieux à leurs besoins. Les National Institutes of Health sont à la pointe de la recherche sur l'allaitement maternel, notamment avec des études sur le VIH et le risque lié à l'allaitement maternel. Pour éviter toute confusion au niveau local, le Directeur général devrait rappeler clairement aux Etats Membres que les nouvelles Normes internationales de croissance pour les nourrissons et les jeunes enfants constituent un idéal, et non une référence de croissance pour les situations concrètes.

Etant donné que l'appel à l'action de la Déclaration « Innocenti » 2005 s'adresse à un certain nombre de parties hors de la sphère gouvernementale, Mme Valdez propose de préciser davantage l'amendement au paragraphe 3 proposé par la Nouvelle-Zélande en insérant « , le cas échéant, » après « donner suite ».

Le Dr AYDINLI (Turquie) indique qu'à la fin de 2005, dans le cadre d'un projet national visant les catégories aux revenus les plus faibles, son Gouvernement avait fourni une assistance en espèces à plus de 700 000 enfants jusqu'à six ans ainsi qu'à de futures mères afin qu'elles aient recours aux services de soins de santé primaires. Plus de 300 hôpitaux sont devenus « amis des bébés ». Le taux d'allaitement maternel s'accroît et le taux d'allaitement maternel exclusif s'élève à 21 %. A la fin de 2005, en Turquie, 1,6 million de nourrissons avaient reçu des suppléments de fer dans le cadre d'un projet de lutte contre l'anémie liée à la carence en fer. Quelque 750 000 nourrissons avaient reçu des suppléments de vitamine D, et un programme de lutte contre la carence en iode vise les 31 % de la population qui sont exposés à cette carence.

M. A. P. SINGH (Inde) accueille favorablement le rapport. Par ses politiques et sa législation, l'Inde fait de son mieux pour réduire la malnutrition des enfants et promouvoir l'allaitement maternel. Elle possède l'une des législations les plus restrictives du monde dans la protection de l'allaitement maternel contre les influences commerciales, aux termes de laquelle toute allégation sanitaire ou nutritionnelle sur l'étiquetage des aliments pour nourrissons et jeunes enfants est interdite par la loi. La baisse des taux de mortalité des nourrissons dans le pays témoigne du succès rencontré. M. Singh réaffirme l'importance des travaux de la Commission du Codex Alimentarius dans l'élaboration de normes et directives sur la sécurité sanitaire des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, et appelle l'attention sur la nécessité d'un processus participatif à cet égard.

Il réaffirme son engagement envers la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et appuie le projet de résolution.

Le Dr ZAMPALIGRE (Burkina Faso) dit qu'au Burkina Faso la malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments constituent les principaux problèmes qui affectent les moins de cinq ans. Les taux de malnutrition sont particulièrement élevés chez les enfants de 6 à 23 mois et chez ceux des mères célibataires. La situation est encore aggravée par des pratiques alimentaires inadéquates, un manque de compétence des acteurs de terrain, le manque de formation et d'expérience des personnels de santé locaux, le manque de financement, et un environnement social peu favorable.

Certaines parties du pays ont connu en 2005 une crise alimentaire et des mesures ont été prises pour remédier à la situation : information sur l'alimentation dans le contexte de l'infection à VIH ; publication d'un guide sur la nutrition à l'usage des professionnels de la santé ; supplémentation en vitamine A et en fer ; et promotion de l'allaitement maternel. Les activités à venir comprendront une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, prenant en compte le VIH/SIDA. L'OMS devrait continuer à apporter son soutien aux pays africains en général, et au Burkina Faso en particulier, dans la surveillance nutritionnelle des populations et des enfants. Le Dr Zampaligre appuie le projet de résolution.

Le Dr ST JOHN (Barbade), s'exprimant au nom des pays membres de la Communauté des Caraïbes, reconnaît l'importance de l'allaitement maternel. Le Caribbean Food and Nutrition Institute a élaboré des politiques visant à créer des conditions favorables aux nourrissons et jeunes enfants, et des hôpitaux « amis des bébés » ont été désignés. Nombre de ces pays ont adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et, compte tenu de la prévalence du VIH/SIDA dans la région, ont activement découragé l'allaitement par les mères VIH-positives et leur ont fourni au besoin des aliments de substitution. Les programmes d'alimentation qui répondent aux besoins nutritionnels de tous les enfants scolarisés, notamment ceux des populations défavorisées, sont bien établis dans la région, et les normes internationales de croissance des enfants de moins de cinq ans sont en cours d'application grâce à l'appui de l'OPS. Le Dr St John soutient le projet de résolution.

Le Dr MASSÉ (Canada) estime que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel devrait être adapté en fonction des conditions politiques, économiques et sociales de chaque pays. Il appuie le projet de résolution, mais certaines parties du texte nécessitent des éclaircissements. Par exemple, le cinquième alinéa du préambule, tel qu'il est rédigé, laisse entendre que les substituts du lait maternel seraient intrinsèquement dangereux et que le risque dériverait uniquement du processus de fabrication. Dans le cas d'un produit déshydraté, il n'est pas possible de produire des préparations lactées sans micro-organismes à faibles doses, et le consommateur final tout comme l'industriel doivent respecter les bonnes pratiques d'hygiène. Le Dr Massé propose de remplacer la phrase « et des préoccupations soulevées par la contamination intrinsèque des préparations pour nourrissons » par « reconnaissant la nécessité de fournir au besoin une assistance pour assurer la sécurité de la fabrication, de la préparation, de la manutention et de l'utilisation des préparations en poudre pour nourrissons ».

Le Dr KOKKINAKIS (Autriche), qui s'exprime au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, accueille favorablement le projet de résolution, mais propose d'ajouter « les risques de » avant « contamination intrinsèque » au cinquième alinéa du préambule ; de remplacer au paragraphe 2 « APPROUVE » par ACCUEILLE FAVORABLEMENT », comme suggéré par la Nouvelle-Zélande ; et de remplacer au paragraphe 3 « mettre en oeuvre » par « soutenir ».

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela) indique que son pays, conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement, donne priorité à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En 2006, il a lancé un projet visant les femmes enceintes et les moins de cinq ans dans les domaines de l'allaitement maternel, des compléments alimentaires, de la vaccination et de l'éducation. La participation des communautés au niveau national a été l'un des plus grands succès du projet. Pour promouvoir l'allaitement maternel, des établissements communautaires ont été créés pour prodiguer des conseils aux mères. Environ 17 établissements ont été certifiés « amis des bébés » et des mères. Depuis 2004, une législation a été introduite, qui exige que l'étiquetage des préparations et compléments alimentaires soit conforme au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Une législation a également été mise au point concernant le fonctionnement de banques de lait maternel et d'établissements de mise en nourrice qui permettraient à plus de 15 000 enfants en situation particulière de poursuivre une alimentation naturelle. Les congés de maternité ont été allongés de quatre à six mois, et les mères qui travaillent bénéficient de deux pauses d'une heure pour allaiter au lieu de deux pauses d'une demi-heure. Mme Mata soutient vivement le projet de résolution.

Mme ZHANG Lingli (Chine) dit que, du fait que le faible poids de naissance est un problème de santé publique important, la Chine s'est fixé pour objectif de réduire de 50 % d'ici 2015 les niveaux d'insuffisance pondérale de 1990. Elle a toujours fait la promotion de l'allaitement maternel et des compléments alimentaires appropriés. Elle a adopté une approche polyvalente pour améliorer la nutrition des nourrissons et jeunes enfants, mettant l'accent sur les zones rurales. Une étude nationale est en cours sur le faible poids de naissance et les carences en vitamine A et en fer. La Chine applique

le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. En 2005, elle a organisé un séminaire conjoint avec l'OMS et l'UNICEF sur la mise en oeuvre du Code et les réglementations régissant la production de substituts du lait maternel en Chine y ont été examinées. Mme Zhang appelle l'OMS à renforcer son soutien aux pays en développement dans leur action visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement.

M. CHO Do-yeon (République de Corée) indique que son Gouvernement étend actuellement un programme spécial de supplémentation nutritionnelle visant les femmes, les nourrissons et les enfants dans tout le pays. Avec une forte augmentation de l'allaitement maternel, la prévalence de l'anémie a baissé. Il accueille favorablement l'action menée par l'OMS pour promouvoir et protéger la santé des nourrissons et des jeunes enfants, et approuve le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Autriche.

Le Dr NODA (Japon) dit que l'allaitement maternel exclusif est un moyen bon marché et efficace de réduire la morbidité et la mortalité des nourrissons, qui devrait être encouragé si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Des plans d'action nationaux devraient assurer la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment dans les pays à forte mortalité infantile. L'orateur approuve l'initiative des hôpitaux « amis des bébés ». Etant donné que la promotion de l'allaitement maternel exclusif nécessiterait à la fois la mise en place de programmes de santé de l'enfant et de santé maternelle, il conviendrait de débattre de ces derniers au sein du Partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant établi en 2005.

Bien que faisant la promotion de l'allaitement maternel depuis 1975, le Japon comprend l'importance du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Le projet de résolution devrait tenir compte des différences entre les politiques de santé des Etats Membres, et le Dr Noda approuve donc l'amendement présenté par le délégué des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr KAGGWA (Ouganda) indique qu'en Ouganda, l'état nutritionnel de la population générale reste mauvais ; 28 % des enfants et 52 % des femmes présentent des carences en vitamine A, et 65 % des enfants et 30 % des femmes souffrent d'anémie. Diverses stratégies ont été mises en oeuvre. Dans le domaine de la malnutrition protéino-énergétique, une promotion et un suivi de la croissance ont été mis en place. Concernant les carences en micronutriments, certaines industries, notamment celles de transformation de la farine de blé et de maïs, ont commencé à enrichir leurs produits, et l'Ouganda a accueilli en 2005 une conférence régionale sur les partenariats durables en matière d'enrichissement des aliments. Des programmes pour la nutrition dans les situations d'urgence et pour la prise en charge de la malnutrition sévère ont été mis en oeuvre, et le niveau de malnutrition aiguë a chuté, passant globalement de 34 % en 2002 à 4 % en 2005.

L'Ouganda a adopté la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'a intégrée à sa stratégie quinquennale du secteur de la santé. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant s'étend, et toutes les unités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ont bénéficié de recommandations sur l'alimentation donnée par les mères VIH-positives. Une centaine d'établissements de santé dotés de services de maternité mettent en oeuvre l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », et 15 d'entre eux se sont récemment vu décerner le statut d'« amis des bébés ». La réglementation de la commercialisation des aliments pour nourrissons et jeunes enfants, qui a force de loi depuis 1998, sera révisée pour tenir compte du VIH/SIDA et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Parmi les défis figurent l'amélioration de la communication entre les centres de santé et les communautés et l'introduction d'options alimentaires durables pour les enfants de mères VIH-positives. Il faudrait mobiliser des ressources pour étendre les programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à tous les niveaux. Les capacités de structures communautaires reconnues, telles que les équipes sanitaires de villages, sont à renforcer. La recherche sur les options

alimentaires des mères VIH-positives devrait être une priorité. Le Dr Kaggwa approuve le projet de résolution.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba) appuie le projet de résolution. Bien que subissant un blocus depuis près d'un demi-siècle, son pays reste en conformité avec les normes et recommandations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le code de pratiques pour la préparation des aliments pour nouveau-nés et nourrissons est en cours de révision, et l'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie est devenu prioritaire tout comme la fourniture d'aliments de complément sûrs et la satisfaction des besoins des enfants à haut risque.

L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » devrait être soutenue et étendue aux soins de santé primaires. L'OMS devrait prêter assistance aux pays et régions qui connaissent des situations d'urgence, en particulier les pays africains où les taux de malnutrition sont élevés parmi les nourrissons et enfants à haut risque, dû notamment au VIH/SIDA et à d'autres maladies de l'enfance. Il convient de poursuivre les études concernant l'insuffisance pondérale à la naissance et de préparer des directives de prévention et de lutte sur ce sujet.

Le Dr CHUI SOI LEK (Malaisie) dit que son pays attache une grande importance à la santé du nourrisson et du jeune enfant, en encourageant l'allaitement maternel et en prenant des mesures nationales en vue d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, y compris la révision du Code d'éthique de 1979 sur les produits alimentaires pour nourrissons, en vue de réduire autant que possible les cautions des personnels médicaux et de santé en faveur de produits commerciaux, tels que les aliments pour nourrissons. La Malaisie continue à s'opposer énergiquement à la promotion immorale de préparations alimentaires commerciales pour nourrissons qui concurrencent le lait maternel. Le pays s'efforce actuellement d'instaurer un minimum de 12 semaines de congé de maternité, au lieu des cinq semaines en vigueur. Tous les hôpitaux publics se conforment à l'initiative des hôpitaux « amis des bébés », et les établissements de santé privés commencent à leur emboîter le pas. Des obligations légales comprenant des dispositions sur l'étiquetage régissent désormais les préparations et produits alimentaires pour nourrissons et jeunes enfants. La Malaisie appuie pleinement le projet de résolution.

Le Dr CHAOUKI (Maroc) se félicite du rapport et appuie le projet de résolution. Au Maroc, la mise au sein précoce est de 52 %, et l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois est d'environ 32 %. Le Maroc a élaboré un plan d'action national de promotion de l'allaitement maternel comprenant des supports audiovisuels, des campagnes de sensibilisation, une collaboration intersectorielle, et l'introduction de ce thème dans la formation des professionnels de la santé. D'autres mesures portent sur l'élaboration d'un code national de commercialisation des produits alimentaires pour nourrissons, la prolongation du congé de maternité de 60 à 90 jours, une pause d'une heure par jour pour les femmes qui allaitent. La prévalence de l'insuffisance pondérale est de 10 %, celle du retard de croissance de 18 % environ, et la malnutrition aiguë concerne 9,3 % des enfants de moins de 5 ans. Le taux de prévalence des carences en vitamine A est de 40 %, celui des carences en fer de 30 %, celui des carences en iode de 22 %, et celui des carences en vitamine D de 2,5 %. Des recommandations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ont été intégrées à la prise en charge des maladies de l'enfant.

Le Dr VILLAVERDE (Philippines) réaffirme l'attachement de son pays à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les Philippines ont récemment révisé et amélioré leur code du lait. L'orateur appuie le projet de résolution, qui contribuera à la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité du nourrisson et de l'enfant.

Le Dr GASHUT (Jamahiriya arabe libyenne) salue le rapport et souligne les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sur la santé des enfants de moins de cinq ans. Elle approuve le projet de résolution tel qu'il a été amendé par l'Autriche.

M. JALLOW (Gambie) appuie la déclaration du délégué des Palaos. L'allaitement maternel est une intervention extrêmement rentable pour sauver la vie de nourrissons et de jeunes enfants et fait partie des priorités dans les politiques nationales de la Gambie concernant la santé et la nutrition. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » est en cours. Entre 1988 et 2000, le taux d'allaitement maternel exclusif a doublé pour atteindre 35 %, et le taux actuel pour les nourrissons de moins de six mois est de 46 %. La Gambie possède un code national de commercialisation des substituts du lait maternel et est un des rares pays d'Afrique subsaharienne où la malnutrition chez les enfants a tendance à baisser. La Gambie remercie l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale et les autres partenaires du développement pour leur soutien.

Le Dr MASSÉ (Canada) accepte l'amendement proposé par l'Autriche au cinquième alinéa du préambule du projet de résolution. Il retire donc l'amendement du Canada à ce propos.

Mme ALABI (Ghana) met en avant la contribution de l'allaitement maternel au quatrième objectif du Millénaire pour le développement. Des études menées dans son pays ont montré que, commencé dès la première heure après la naissance, l'allaitement maternel peut sensiblement réduire le nombre des décès néonataux. Le Ghana applique le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Mme Alabi souscrit aux déclarations des délégués du Swaziland et des Palaos et appuie fermement le projet de résolution.

Mme ARENDT LEHNERS (Association internationale des Consultants en Lactation), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'Association a collaboré avec l'OMS et l'UNICEF pour la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qu'elle invite instamment les délégués à mettre en pratique. Les progrès réalisés depuis la Déclaration « Innocenti » 1990 montrent que des avancées majeures peuvent être accomplies en direction des objectifs du Millénaire pour le développement si les nourrissons sont exclusivement allaités au sein six mois durant et si l'allaitement maternel se poursuit pendant deux ans ou au-delà, avec les aliments de complément appropriés.

Nombre de gouvernements ont incorporé le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel à leur législation ; Mme Arendt Lehnert appelle ceux qui ne l'ont pas encore fait à appliquer dans leur intégralité le Code et les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr BRONNER (Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, indique que l'organisation qu'elle représente a pris part à l'élaboration du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'industrie des aliments pour nourrissons reconnaît que le vingt-cinquième anniversaire du Code est une date marquante, et elle collabore à sa mise en oeuvre dans les pays. Elle encourage la transparence dans la surveillance et la notification, ainsi que l'établissement d'organismes de surveillance placés sous autorité gouvernementale. Le nombre des gouvernements qui ont entrepris des activités de surveillance et de mise en oeuvre s'est accru depuis 25 ans. Les fabricants ont accompli d'importants progrès pour améliorer les pratiques commerciales et aider à assurer une utilisation conforme des substituts du lait maternel. L'industrie renouvelle son soutien à la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et salue les efforts déployés par les gouvernements et les autres parties pour la mettre en oeuvre. La Fédération poursuivra ses recherches en vue de produire des aliments conçus pour répondre aux besoins des nourrissons et des jeunes enfants conformément à des critères scientifiques reconnus.

Le Dr Mazzetti Soler assume la présidence.

Mme ALLAIN (Consumers International), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que dans les faits, 25 ans après l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, seuls 32 pays ont promulgué une législation incorporant ses dispositions, 44 ont adopté des lois ne réglementant que partiellement la commercialisation de ces substituts, et 18 ont adopté une politique volontaire sans mesures pour la faire respecter. Le Centre international de Documentation sur le Code continuera de fournir un appui aux pays pour rédiger leur législation et renforcer les lois existantes. Si la mise en oeuvre du Code présente un bilan relativement satisfaisant, les mesures assurant son application sont souvent insuffisantes et des contrôles ponctuels ont révélé des infractions. Le chiffre d'affaires annuel du marché des aliments pour nourrissons a atteint plus de US \$20 milliards. Les entreprises disent respecter le Code, mais elles trouvent constamment de nouveaux moyens d'attirer de nouveaux clients en dépensant en moyenne US \$30 par an et par nourrisson en promotion de leurs produits, alors que les dépenses publiques annuelles pour promouvoir l'allaitement maternel ne sont que de US \$0,21 par nourrisson. Seule une législation freinant la promotion commerciale des substituts est de nature à donner une chance sérieuse à l'allaitement maternel.

Mme Allain insiste sur les risques qu'entraîne l'absence d'allaitement maternel. Selon l'UNICEF, six millions de vies sont sauvées chaque année grâce à la promotion de l'allaitement maternel, qui protège en outre contre l'obésité. Elle appelle instamment les Etats Membres à adopter le Code, seul moyen de protéger les plus démunis dans le monde.

Mme BAILLIE (Association internationale pour l'Etude de l'Obésité), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et aussi au nom de l'Association internationale de Pédiatrie, de l'Union internationale des Sciences de la Nutrition, de la Fédération internationale du Diabète et de la Fédération mondiale du Coeur, qui ont constitué ensemble l'Alliance mondiale pour la Prévention, se félicite des normes internationales de croissance pour les nourrissons et les jeunes enfants établies par l'OMS, qui sont un indicateur précieux pour réduire au minimum l'obésité infantile précoce. On ne doit pas permettre qu'une nouvelle génération soit atteinte d'obésité alors que les méthodes mesurant le degré d'obésité des enfants s'affinent. Un rapport et des prévisions rendus publics par le Groupe de travail international sur l'obésité, qui relève de l'Association que Mme Baillie représente, ont mis en lumière l'ampleur du problème de l'obésité de l'enfant et montré que l'épidémie prend de l'ampleur. L'adoption des normes internationales de croissance de l'OMS doit par conséquent s'accompagner d'une stratégie mise en oeuvre énergiquement pour veiller à ce que les jeunes dans le monde ne soient pas poussés plus vite encore sur le chemin de l'obésité et des maladies connexes.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) remercie les pays et organisations pour leur soutien au projet qui a conduit à la récente publication de normes de croissance pour les enfants.¹ Ces normes, qui font de l'allaitement maternel la norme biologique, démontrent que les conditions économiques, sanitaires et sociales sont plus importantes pour expliquer les variations de croissance que les facteurs génétiques, par exemple. Elles offrent un instrument exceptionnel pour surveiller la croissance de tous les enfants dans le monde et détecter précocement toute anomalie, autorisant ainsi la mise en place d'interventions adaptées et le suivi de leur efficacité. Les normes sont d'autant plus importantes qu'un nombre croissant de pays font face au double fardeau de la malnutrition et de l'obésité infantile.

¹ Organisation mondiale de la Santé. *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Genève, 2006.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que le Secrétariat n'a pas encore produit de document détaillant les incidences financières du projet de résolution à l'examen. Son coût final atteindra US \$650 000, dont US \$200 000 pourront être imputés à des activités de programme existantes. Le solde devra donc être financé par d'autres sources.

Le Dr ISLAM (Secrétaire) rappelle que, compte tenu de l'amendement proposé par le délégué de la Nouvelle-Zélande, le deuxième alinéa du préambule se lirait comme suit : « Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que les résolutions WHA35.26, WHA37.30, WHA39.28, WHA41.11, WHA43.3, WHA47.5, WHA49.15, WHA54.2 et WHA58.32 concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes ; ». Amendé selon la proposition du délégué de l'Autriche, le dernier alinéa du préambule se lirait comme suit : « Ayant présent à l'esprit que 2006 marque le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et reconnaissant qu'il est toujours plus d'actualité dans le contexte de la pandémie de VIH/SIDA, que les situations d'urgence complexes d'origine humaine ou naturelle sont de plus en plus fréquentes et que les risques de contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons sont un sujet de préoccupation ; ». Le début du paragraphe 2 serait ainsi libellé : « ACCUEILLE FAVORABLEMENT dans son intégralité l'appel à l'action figurant dans la Déclaration « Innocenti » 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qui marque une étape importante ... ».

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) propose, à la suite de discussions entre les délégués intéressés, que le paragraphe 3 se lise ainsi : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à soutenir les activités visant à donner suite à cet appel à l'action et, en particulier, à renouveler leur engagement en faveur de politiques et programmes relatifs à la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé, et en faveur de la relance de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein ; ».

Le Dr ISLAM (Secrétaire) indique que le paragraphe 4 serait formulé comme suit : « APPELLE les donateurs multilatéraux et bilatéraux et les institutions financières internationales à affecter des ressources financières aux Etats Membres pour qu'ils puissent mener à bien ces activités ; ». Compte tenu d'un amendement du délégué de la Nouvelle-Zélande, le paragraphe 5 se lirait ainsi : « PRIE le Directeur général de mobiliser un appui technique en faveur des Etats Membres pour la mise en oeuvre et le suivi indépendant du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé sur la question. ».

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) avait compris que la proposition du délégué de la Nouvelle-Zélande concernant le paragraphe 2 consistait à remplacer « APPROUVE dans son intégralité » par « ACCUEILLE FAVORABLEMENT ».

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) confirme que tel était bien le cas.

Mme ALABI (Ghana) se dit en désaccord avec la formulation suivante du paragraphe 3 : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à ... ». Il faudra davantage qu'un soutien pour que la résolution produise ses effets. Dans son pays, le commerce international et mondial rend difficile l'application du Code international. Il ne suffit pas de mettre celui-ci en oeuvre dans 32 pays : tous devraient pouvoir le faire. Mme Alabi propose de remplacer « soutenir » par « donner suite à ».

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) rappelle que diverses formulations ont été proposées pour le paragraphe 3, notamment « mettre en oeuvre », « donner suite à » et « donner suite, le cas échéant, à ». La solution de compromis retenue est « soutenir les activités visant à donner suite à », en sorte que le début de ce paragraphe se lise comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à soutenir les activités visant à donner suite à cet appel à l'action ... ».

Mme ALABI (Ghana) observe que, dans une petite économie comme celle du Ghana, lorsque des produits importés ne répondent pas aux normes officielles, il est difficile d'appliquer le Code international, car cela créerait des pénuries artificielles pour les enfants qui ont besoin de ces produits. La formulation devrait imposer à ces pays une obligation morale de mettre eux-mêmes le Code en application. C'est pourquoi « donner suite à » serait préférable à « soutenir ».

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) est favorable à une solution de compromis, car la Déclaration « Innocenti » 2005 émet aussi des recommandations à l'intention de nombreux intéressés, notamment les entreprises, les institutions financières et les organisations non gouvernementales. L'emploi de « donner suite à » serait donc inadéquat s'agissant des recommandations adressées aux acteurs non gouvernementaux.

Mme ALABI (Ghana) fait remarquer que le rapport fait état d'autres initiatives qui s'appuient sur le Code international, notamment la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en vue de réaliser l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Elle se demande si le choix présent des mots a réellement été effectué dans l'intérêt des enfants et des nourrissons, ou si d'autres intérêts entrent en jeu. Forte de l'expérience de son pays, elle persiste à préconiser l'emploi de « donner suite à », le cas échéant.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général), pour sérier le débat, pense que la question dépend de savoir si le Ghana considère que toutes les recommandations de la Déclaration « Innocenti » doivent faire l'objet de mesures gouvernementales, ou seulement celles qui s'adressent aux gouvernements. Les Etats-Unis estiment que « donner suite à » ne s'appliquerait pas à l'ensemble de la Déclaration. La Commission aura donc à trouver une formulation qui préciserait que les gouvernements donnent suite aux mesures figurant dans les paragraphes qui leur sont adressés et soutiennent le reste.

Le PRESIDENT propose que les délégations du Ghana, de la Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis d'Amérique, ainsi que toute autre délégation désireuse de participer au débat, se réunissent pour trouver une formulation du texte qui soit unanimement acceptable.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la dixième séance, p. 150.)

La séance est levée à 18 h 25.

DIXIEME SEANCE

Vendredi 26 mai 2006, 18 h 30

Président : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

puis : Dr A. RAMADOSS (Inde)

puis : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent : Point 11.9 de l'ordre du jour (document A59/14)

Mme VALLIMIES-PATOMÄKI (Finlande) dit que la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent ainsi que d'autres programmes relatifs à la santé de l'enfant ont apporté le soutien et les orientations nécessaires. Même si, dans certains pays, le développement a marqué le pas ou accusé un recul, la situation peut être reprise en main. Il faut accélérer la mise en pratique des recommandations politiques mondiales et régionales sous forme de stratégies et de plans d'action nationaux. Les investissements dans la santé de l'enfant et de l'adolescent sont un moyen efficace et économique d'assurer le bien-être des nations à l'avenir. Les dirigeants politiques doivent s'atteler résolument à cette tâche et comprendre qu'il s'agit d'investissements stratégiques au niveau national.

Tous les moyens existants doivent être mis en oeuvre pour réduire la mortalité infantile, y compris par la promotion de l'allaitement maternel, et ce d'autant plus que, selon des informations récentes, l'allaitement dans la première heure de la vie permettrait d'éviter près d'un million de décès de nourrissons par an. Il faut insister sur l'importance de l'accès aux soins de santé maternelle et à des accoucheuses qualifiées.

Des efforts accrus doivent être déployés dans tous les secteurs de la société pour prévenir l'obésité de l'enfant, en particulier dans les pays développés, et faire en sorte que les enfants du monde entier soient mis très tôt en contact avec les services de santé. Il importe de mettre davantage l'accent sur la santé des adolescents, y compris leur santé sexuelle et génésique, par des activités d'information et de conseils ainsi que des services adaptés à chaque groupe d'âge.

Le Dr Ramadoss assume la présidence.

M. RUÍZ MATUS (Mexique) dit que, conformément aux engagements qu'il a pris à la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants, le Gouvernement mexicain a élaboré un programme d'action en faveur des enfants et des adolescents pour 2002-2010, qui définit les principes et les mesures qu'il compte appliquer pour permettre à ces derniers de grandir dans des conditions de sécurité et d'égalité. Les programmes de soins de santé destinés aux adolescents, aux enfants et même aux nourrissons englobent des mesures de prévention, de détection précoce des anomalies congénitales et de promotion de la santé, qui supposent toutes la participation active des secteurs public et privé.

Le programme mexicain de vaccination universelle a permis d'atteindre depuis 2000 une couverture de plus de 94 % des enfants d'un an et il s'est fixé pour cible un taux de 95 à 96 % pour 2006. Depuis 2004, le programme de vaccination comporte 11 immunogènes (qui confèrent une protection, par exemple contre l'hépatite B, les infections invasives à *Haemophilus influenzae*, la rougeole, la rubéole, les oreillons et la grippe). Depuis le début de 2006, il comprend aussi des

vaccinations contre la pneumonie bactérienne invasive et met l'accent sur les communautés dans lesquelles l'indice de développement humain est le plus faible. Plus de 70 % de la population du pays ont en outre été vaccinés contre le rotavirus. Le Gouvernement a, par ailleurs, créé un conseil national pour la prévention et le traitement du cancer chez l'enfant et l'adolescent. Si les soins prénatals et périnatals se sont améliorés, le taux élevé de mortalité maternelle reste très préoccupant.

S'agissant de la santé des adolescents, des progrès importants ont été faits dans la promotion de pratiques sexuelles plus sûres, et des amendements ont été apportés à la législation pour faciliter l'accès aux méthodes de planification familiale, y compris la contraception d'urgence. L'accent est mis sur la promotion de modes de vie favorables à la santé, compte tenu des différences liées au sexe, à la culture et à l'accès aux services. Les efforts déployés visent principalement à réduire le nombre de grossesses d'adolescentes et à prévenir les accidents, qui restent les principales causes de décès dans ce groupe d'âge.

Il faudrait ajouter à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé un point consacré à la mise en place de stratégies directes pour lutter contre l'obésité chez les enfants et les adolescents, avec la participation du secteur social et de celui de l'éducation, ainsi que des producteurs de denrées alimentaires, dans le cadre d'une stratégie à long terme de lutte contre les maladies dégénératives chroniques. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant devrait englober la promotion de l'éducation nutritionnelle en faisant appel aux ressources communautaires et à des aliments bon marché, afin d'améliorer le niveau de vie et de mettre l'accent sur la promotion de l'égalité entre les sexes, des droits et de la santé des adolescents. Il faut développer encore les programmes de vaccination universelle pour les enfants et les adolescents et intensifier la coopération avec d'autres organisations du système des Nations Unies afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Mme GUEZZAR (Maroc) dit que la stratégie de la santé mise en place au Maroc pour le développement des enfants et des adolescents vise deux groupes : les enfants d'un côté et les adolescents et les jeunes de l'autre. Près de la moitié des décès des nourrissons sont dus à des maladies infectieuses, en particulier des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Les enquêtes nationales ont relevé de nombreuses lacunes dans les soins de santé primaires pour les enfants. Une stratégie intégrée a été mise en place dans la quasi-totalité des provinces du Maroc, de façon à relever le niveau des compétences des professionnels de la santé, réorganiser les services et améliorer les pratiques familiales et communautaires. Les directives cliniques ont été étendues aux soins visant les nouveau-nés de moins d'une semaine et aux examens systématiques pratiqués sur des enfants en bonne santé ainsi qu'aux activités de promotion des soins de santé. En 2004, le Maroc s'est associé à l'initiative du Bureau régional de la Méditerranée orientale en faveur d'une politique de santé de l'enfant.

On dénombre plus de six millions d'adolescents et de jeunes entre 15 et 24 ans au Maroc, soit 21 % de la population. Pour répondre aux besoins de santé propres à ce groupe d'âge, le Maroc a mis en place un programme de santé scolaire et universitaire qui assure le dépistage et le traitement des maladies contagieuses, la prise en charge des troubles de la sensation et de l'élocution, la promotion de comportements favorables à la santé et le traitement des problèmes psychosociaux. Afin d'aborder la santé des adolescents d'une façon globale, des centres de consultation ont été créés dans plusieurs provinces avec l'appui du FNUAP.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) fait l'éloge du travail accompli par le Secrétariat pour faire appliquer la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, mais souligne l'importance de promouvoir la santé afin de réduire les inégalités et de faire participer les familles de manière à garantir l'exhaustivité des mesures adoptées. Il demande en outre des informations plus détaillées sur les événements extérieurs tels que les homicides, la violence ou le harcèlement sexuel, pour mieux cibler les interventions. Il faut que les jeunes puissent participer à la formulation des stratégies et que les pays échangent leurs expériences dans ce domaine.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) dit que son pays a tenu compte de sept domaines d'action prioritaires par des interventions qui visent à promouvoir la sécurité sanitaire des aliments, l'exercice physique, le bien-être mental, la lutte contre l'abus de drogues et la salubrité de l'environnement. Les initiatives en faveur de la santé sont financées par le Fonds de promotion de la santé, qui est alimenté par l'imposition d'une taxe de 2 % sur le tabac et l'alcool. Le programme Healthy Thailand reconnaît la nécessité de collaborer avec divers secteurs, et notamment les communautés, la société civile, le gouvernement et les organisations non gouvernementales, pour atteindre ses objectifs.

M. MARTIN (Suisse) se félicite de ce que les enfants et les adolescents ont été reconnus comme « la ressource essentielle et fondamentale pour le développement humain, social et économique ». Il souscrit pleinement à la stratégie et se félicite des progrès accomplis dans les sept domaines d'action prioritaires. Une bonne santé maternelle est essentielle pour garantir une issue favorable de la grossesse et la santé du nouveau-né. La grossesse étant la principale cause de mortalité chez les filles âgées de 15 à 19 ans, une stratégie efficace consisterait à dispenser des services d'obstétrique et adopter simultanément des mesures de prévention axées sur les besoins des jeunes et tenant compte des sexospécificités, à l'intention des enfants qui entrent dans l'adolescence. M. Martin se félicite des ateliers qui ont été organisés pour les administrateurs de programme sur les moyens de renforcer la composante santé néonatale des programmes de santé maternelle et infantile (Bangkok, 2005) et les pratiques communautaires pour la santé du nouveau-né et de l'enfant (Maputo, 2005). La nutrition est un aspect essentiel de la promotion de la santé dans les écoles ; les politiques nutritionnelles ne doivent pas viser uniquement à « réduire la morbidité et la mortalité pendant la grossesse », mais aussi à améliorer la santé physique et mentale des individus des deux sexes, et non pas uniquement des femmes enceintes. Il est réjouissant que la stratégie aborde la question du VIH/SIDA dans le souci d'améliorer à la fois la performance des agents de santé et la qualité des services communautaires. L'orateur appuie pleinement les efforts déployés par l'OMS pour mieux sensibiliser les jeunes au problème du VIH/SIDA et leur faciliter l'accès aux services de santé.

Les jeunes sont davantage des acteurs responsables que des bénéficiaires et ils devraient être consultés lors de l'élaboration de la documentation qui leur est destinée ; la Suisse possède une grande expérience en la matière. Des formes non traditionnelles d'éducation, telles que des structures d'encadrement collégial ou d'autres systèmes d'entraide fraternelle, sont autant de moyens efficaces pour sensibiliser et former les jeunes.

M. NESVÅG (Norvège) se félicite de la priorité accordée par l'OMS à la santé de l'enfant et salue en particulier les messages essentiels relatifs à une approche globale de la santé de l'enfant, du nouveau-né et de la mère et à la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour réduire la mortalité de l'enfant. Son Gouvernement apporte un soutien croissant à la santé de l'enfant en général. La Norvège est déterminée à utiliser ses propres méthodes et à obtenir des résultats, en s'efforçant d'atteindre tous les objectifs du Millénaire pour le développement et de faire reculer la mortalité infantile des deux tiers d'ici 2015. Elle intensifiera ses activités de plaidoyer pour la survie de l'enfant et collaborera avec quelques grandes puissances qui s'efforcent actuellement de réduire la mortalité de l'enfant.

Le Dr MESSELE (Ethiopie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, relève les progrès accomplis et loue les efforts déployés par le Secrétariat pour renforcer la composante néonatale des programmes de santé de la mère et de l'enfant. Près d'un tiers des décès d'enfants de moins de cinq ans enregistrés en Afrique en 2004 sont dus à des causes néonatales. Les interventions visant à améliorer la survie du nouveau-né au sein de la communauté que dans les établissements de santé devraient être intégrées aux stratégies nationales de survie de l'enfant et de santé génésique. En dépit des progrès enregistrés depuis une vingtaine d'années en ce qui concerne la survie de l'enfant, plus de dix millions d'enfants de moins de cinq ans meurent encore chaque année. La Déclaration de Tripoli sur la survie de l'enfant adoptée en juillet 2005 a reconnu la nécessité de

passer à la vitesse supérieure. L'Union africaine a demandé à l'OMS d'élaborer sans tarder une stratégie régionale pour la survie de l'enfant ainsi que des directives pour sa mise en oeuvre. Le Dr Messele demande au Secrétariat de soutenir les stratégies nationales pour la survie de l'enfant et les plans d'application de ces stratégies, et de faire rapport à la prochaine Assemblée de la Santé sur les progrès enregistrés au niveau des pays concernant les principaux indicateurs pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La survie de l'enfant doit faire partie des plans du secteur de la santé d'un pays, y compris les stratégies de la réduction de la pauvreté. Le troisième programme de développement du secteur de la santé et le plan pour un développement accéléré et durable dans le but de mettre fin à la pauvreté, qui ont tous deux été mis en place par l'Ethiopie, incluent une stratégie nationale de survie de l'enfant.

Le Dr Messele demande en outre instamment au Secrétariat de continuer à fournir un appui aux pays pour qu'ils adoptent des mesures présentant un bon rapport coût/efficacité. Elle souligne le besoin crucial de ressources humaines et financières et demande ce qui est fait pour mobiliser des ressources supplémentaires en faveur de la santé néonatale. On ne se soucie pas encore assez de la santé des adolescents et il n'existe pas de lignes directrices ou de politiques particulières concernant les enfants de six à neuf ans ; il importe de se préoccuper des besoins des enfants de ce groupe d'âge.

Vu l'utilisation croissante de traitements efficaces contre le paludisme, le Secrétariat devrait encourager les firmes pharmaceutiques à développer leur capacité de production afin d'améliorer l'offre et l'accessibilité des antipaludiques, y compris des génériques, au niveau du pays.

Le Dr DLAMINI (Afrique du Sud) accueille avec satisfaction l'attention croissante portée par la communauté mondiale à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. L'Afrique du Sud a adopté plusieurs stratégies de l'OMS, telles que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la stratégie visant à « atteindre chaque district » pour améliorer la qualité des soins. La morbidité et la mortalité par maladie ont reculé et l'Afrique du Sud a été certifiée exempte de poliomyélite en 2008. La Journée mondiale de la Santé 2005, dont le thème était « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », a été une excellente occasion de promouvoir la santé de l'enfant et de l'adolescent. L'Afrique du Sud a mis en place une politique globale de santé pour la mère, le nouveau-né et l'enfant et s'efforce activement de faire baisser le taux de mortalité infantile qui est actuellement de 43 pour 1000 naissances vivantes. Un service spécial de nutrition a été créé en vue de coordonner les activités dans ce domaine. Selon l'enquête nationale réalisée en 2002 sur les comportements à risque chez les jeunes, l'obésité de l'enfant est un phénomène courant ; il faut donc continuer à promouvoir des modes de vie favorables à la santé afin d'inverser la tendance. L'enrichissement des produits alimentaires a permis de réduire considérablement la carence en micronutriments chez l'enfant. Des efforts sont déployés pour améliorer le taux de couverture vaccinale qui est actuellement de 81 % et des agents de santé sont actuellement formés pour fournir des services à l'écoute des besoins des jeunes afin de lutter contre l'abus de drogue et d'alcool chez les adolescents.

L'Afrique du Sud a accueilli récemment la Huitième Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité (Durban, 2-5 avril 2006) et elle est résolue à renforcer la fourniture d'interventions visant les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents dans l'ensemble du système de santé.

M. A. P. SINGH (Inde) se félicite du travail accompli par le Secrétariat pour la mise en oeuvre de la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, qui devrait apporter une importante contribution à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il note l'accent mis dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*¹ sur « la continuité des soins » et « les stratégies fondées sur des données factuelles » pour réduire la mortalité infantile et maternelle. Il reconnaît les progrès réalisés dans les sept domaines d'action prioritaires, mais souligne la nécessité de

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.

promouvoir davantage les « interventions peu onéreuses et faisant appel à des technologies simples » dont il est question dans les orientations stratégiques. En Inde, les décès de nouveau-nés représentent près des deux tiers des décès d'enfants. La mortalité de l'enfant, qui a connu une chute spectaculaire grâce à des interventions telles que la vaccination, ne baisse plus. On ne peut dissocier la santé des nouveau-nés de la santé maternelle. La présence d'accoucheuses qualifiées à l'accouchement et les soins obstétricaux d'urgence sont extrêmement utiles pour la survie et la santé des nouveau-nés et représentent, avec la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant, les principales composantes de la Mission nationale pour la santé rurale, qui a été lancée par l'Inde en vue d'assurer la continuité des soins de santé de l'enfant, de la mère et de l'adolescent. Le Secrétariat devrait promouvoir des stratégies plus faciles, moins coûteuses et reposant sur des données factuelles. Il est plus facile de sécher et d'envelopper les nouveau-nés à la naissance que de les réanimer à l'aide d'un sac et d'un masque ; il est plus efficace d'appliquer la méthode des mères kangourous que de placer un nouveau-né en couveuse ; et un traitement à l'amoxicilline est plus facile à appliquer que des injections de gentamicine. Il est préférable de promouvoir l'utilisation de trousses pour garantir des accouchements propres et le recours à l'allaitement exclusif plutôt que de créer des services de néonatalogie dotés de maigres ressources. La Mission nationale pour la santé rurale et son représentant auprès de la population, l'Accredited Social Health Activist, s'efforcent d'agir en ce sens.

Mme ZHANG Lingli (Chine) fait observer que les orientations stratégiques de l'OMS sont suivies par bon nombre de gouvernements qui s'efforcent de réduire la mortalité de l'enfant et d'éliminer l'extrême pauvreté et la faim, d'améliorer les soins de santé maternelle, de promouvoir la prévention des maladies transmissibles et d'offrir des traitements. Le Gouvernement chinois accorde la priorité à la santé maternelle et à la santé de l'enfant. Désireux de promouvoir le développement de la femme et de l'enfant, il a adopté des indicateurs de niveaux de santé les concernant. L'allaitement est vivement recommandé et les droits des femmes enceintes, notamment en ce qui concerne le congé maternel et l'octroi du temps nécessaire pour l'allaitement, sont garantis par la loi. Il existe 7329 hôpitaux « amis des bébés » dans le pays, et le Gouvernement encourage la prévention de l'anémie chez le nouveau-né et l'enfant ainsi que la prévention des maladies transmissibles et a mis en place un plan de vaccination renforcé. Il s'efforce d'améliorer l'efficacité et la couverture des services de santé de la mère et de l'enfant afin de garantir la sécurité des enfants et des nourrissons. Le problème de la résistance aux monothérapies contre le paludisme et l'utilisation d'associations thérapeutiques à base d'artémisinine méritent plus ample réflexion. Etant donné que les pays en développement n'ont pas accès à certains médicaments coûteux qui existent sur le marché, il n'est pas possible d'abandonner le recours aux monothérapies. Le Gouvernement poursuivra ses efforts en vue de faire baisser la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Le Dr NODA (Japon) salue la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et notamment la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, qui met l'accent sur l'importance d'assurer la continuité des soins dispensés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, et sur l'intégration des programmes. Au Japon, cette continuité est assurée au moyen d'un manuel de santé visant la mère et l'enfant, qui a aussi été adopté par les pays en développement. Les programmes de soins de santé de la mère et de l'enfant ont commencé à être intégrés à d'autres programmes, tels que le Programme élargi de vaccination, et le Japon est disposé à poursuivre ces efforts d'intégration en coopération avec l'OMS. Il est essentiel que les différents programmes financés par les donateurs travaillent en coopération et coordonnent leurs activités, sous la direction de l'OMS, pour assurer l'intégration des interventions.

Le Dr Noda demande au Secrétariat comment il envisage l'évolution du programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, qui en est toujours au stade expérimental. Il s'agit maintenant de savoir comment élargir la couverture des interventions destinées aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et renforcer les systèmes de santé nationaux. En outre, si l'inclusion d'un volet VIH/SIDA est clairement nécessaire, cela pourrait occasionner une surcharge de travail pour le programme.

Le Dr OTTO (Palaos) prend note avec satisfaction de la documentation relative à la promotion du développement psychosocial et de la santé mentale des enfants et des adolescents, domaines de plus en plus préoccupants aux Palaos. Il aurait souhaité davantage d'informations sur le phénomène du tabagisme chez les jeunes, qui prend des proportions inquiétantes aux Palaos, de même que dans beaucoup de pays. Suite à la publication d'une étude consacrée aux enfants, les Palaos ont élaboré une politique nationale en faveur des jeunes.

Le Dr MAJARA (Lesotho) évoque les conclusions d'une évaluation des soins obstétricaux d'urgence, réalisée en mars 2005, qui révèle le manque de structures adaptées aux soins chirurgicaux d'urgence dans le pays. Le Lesotho a élaboré un plan multisectoriel visant à faire reculer la mortalité de la mère et du nouveau-né. Des services s'adressant aux jeunes et aux adolescents sont dispensés dans les dix hôpitaux du district et il en sera de même dans les centres de santé. La stratégie pour la survie de l'enfant est actuellement mise en oeuvre au Lesotho et l'enseignement primaire est dispensé gratuitement, avec distribution de repas gratuits, afin d'encourager les enfants à fréquenter l'école. Une grande importance est accordée aux enfants et aux adolescents, qui sont l'avenir du pays.

Le Dr LEVENTHAL (Israël), faisant observer que le rapport fait double emploi avec les documents se rapportant à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et aux activités de recherche-développement essentielles en santé,¹ notamment dans les domaines du VIH/SIDA et de la nutrition, suggère que l'on regroupe en un seul et même document tout ce qui a trait à la santé de l'enfant.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) fait observer que le domaine d'activité en question contribue à la réalisation des objectifs 3, 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement. En réponse à l'orateur précédent, elle précise que tous les programmes dont émanent les trois rapports ont travaillé en étroite collaboration, en utilisant des stratégies et des plans de travail communs. Ces rapports ont été établis pour donner suite à des résolutions précises adoptées par les organes directeurs.

Elle constate avec satisfaction que les délégués ont reconnu la nécessité d'assurer la continuité des soins, de travailler dans le cadre de systèmes de santé types, d'encourager la contribution des communautés et de mettre l'accent sur des interventions peu onéreuses et faisant appel à des technologies simples. Elle reconnaît les succès enregistrés par la Mission indienne pour la santé rurale et relève qu'un projet du même style est actuellement introduit en Ethiopie, sous la forme d'un programme de formation d'agents de vulgarisation sanitaire. Il faut insister encore davantage sur la santé des adolescents. A la Seizième Conférence internationale sur le SIDA (Toronto, Canada, 13-18 août 2006), le Secrétariat présentera les résultats de l'étude intitulée « A vos marques, prêts, partez », qui proposent des moyens d'agir pour protéger les adolescents contre le VIH/SIDA. En ce qui concerne les stratégies pour le développement de l'enfant et de l'adolescent en Afrique, l'OMS travaille en collaboration avec l'UNICEF et la Banque mondiale. Un projet de stratégie a été élaboré et porté à l'attention de l'Union africaine et du Comité régional pour l'Afrique. Le partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a récemment approuvé la stratégie pour la survie de l'enfant et le plan d'action pour réduire la mortalité maternelle en Afrique. Le Secrétariat examinera la possibilité de développer ces activités afin de mettre davantage l'accent sur les enfants de six à neuf ans.

L'initiative sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, qui a permis, par exemple, de faire reculer de 13 % la mortalité infanto-juvénile en République-Unie de Tanzanie, est une approche utile ; une formation a été mise en place dans 70 % des districts de 11 pays et plus de 21 pays ont atteint une couverture nationale de 51 %. Il reste encore beaucoup à faire, mais si l'on peut empêcher 11 millions de décès chaque année, cela en vaut la peine. Certains pays investissent de plus en plus et intensifient leurs activités, et Mme Phumaphi remercie les pays donateurs, comme la

¹ Documents A59/13 et A59/17.

Norvège, qui s'intéressent de plus en plus à la survie de l'enfant. Une action de sensibilisation reste nécessaire dans ce domaine.

La Commission prend note du rapport.

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport quadriennal : Point 11.8 de l'ordre du jour (document A59/13) (suite de la neuvième séance)

Le **PRESIDENT** rappelle qu'un groupe de rédaction informel s'est réuni.

Le Dr **OTTO** (Palaos) donne lecture des modifications qu'il est prévu d'apporter au paragraphe 3 du projet de résolution, dont la première phrase commencerait en ces termes : « **INVITE INSTAMMENT** les Etats Membres à soutenir les activités visant à donner suite à cet appel à l'action ... ». Il rappelle que la Déclaration Innocenti de 1990 sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel demande aux gouvernements de soutenir toutes les activités entreprises dans ce domaine.

Le projet de résolution est approuvé.¹

Commerce international et santé : Point 11.10 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R5, et A59/15)

Le Dr **HANSEN-KOENIG** (représentant du Conseil exécutif) rappelle qu'à sa cent seizième session, en mai 2005, le Conseil exécutif a examiné un rapport sur le commerce international et la santé.² Un projet de résolution a été proposé, mais les membres du Conseil ont décidé d'en reporter l'examen à la cent dix-septième session, en janvier 2006.³ A cette session, les membres ont adopté la résolution EB117.R5, dans laquelle ils recommandent à l'Assemblée de la Santé d'adopter un projet de résolution invitant instamment les Etats Membres à établir des relations constructives afin d'assurer la cohérence de leurs politiques sanitaires et commerciales et priant le Directeur général de continuer à produire et échanger des données factuelles sur les liens entre le commerce et la santé.

Le Dr **ABDESSALEM** (Tunisie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que l'ouverture des secteurs de la santé sera à la fois une source d'occasions à saisir et de défis à relever pour les systèmes de santé, qui bénéficieront des applications de la technologie de l'information et d'un accès élargi à des techniques et des compétences actualisées dans le domaine biomédical. Il est à craindre que la libéralisation du commerce ne restreigne l'accès aux services de santé essentiels, qu'elle aggrave l'exode des professionnels qualifiés et qu'elle engendre des inégalités dans le domaine des soins de santé. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale et le Centre canadien de Recherches pour le Développement international ont entrepris une étude commune sur les effets du commerce concernant la fourniture de services de santé en termes d'efficacité et d'équité.

La plupart des pays ont adopté une approche prudente face à la libéralisation du commerce des services de santé. Cette attitude s'explique en partie par le fait qu'il est difficile d'évaluer les effets de la mondialisation pour le secteur des services de santé du point de vue de l'efficacité, de l'accès et de l'équité. La libéralisation des échanges ne signifie pas nécessairement que le gouvernement ne peut plus exercer un contrôle réglementaire. En l'absence de mesures de réglementation visant à garantir

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 WHA59.21.

² Document EB116/4.

³ Document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la troisième séance, section 2.

l'égalité et l'accessibilité, les avantages du commerce risquent de ne pas profiter à tout le monde. Les décideurs doivent veiller à ce que ces avantages ne génèrent pas des systèmes de santé à deux vitesses ou des pénuries qui menacent la viabilité des services de santé essentiels. Le Secrétariat et les décideurs dans les Etats Membres sont confrontés à un certain nombre de problèmes. Faut de données suffisantes, il est difficile d'évaluer les effets de la libéralisation du commerce des services de santé dans la Région ; les responsables des secteurs de la santé et du commerce ne communiquent pas régulièrement sur des questions liées à la santé et au commerce ; une certaine cohérence entre les politiques de ces deux secteurs est nécessaire pour garantir le succès des négociations. Par conséquent, il faudrait poursuivre et intensifier la collecte d'informations sur les répercussions potentielles de l'Accord général sur le commerce des services pour le commerce des services de santé, et les Etats Membres ont besoin de l'appui du Secrétariat. Une meilleure compréhension et une plus grande cohérence politique entre les responsables de la santé et du commerce sont nécessaires pour éviter que soit conclu, lors des négociations commerciales, un accord susceptible de compromettre la réalisation de l'objectif général de l'amélioration de la santé, notamment pour les personnes défavorisées et vulnérables. Les ministères de la santé devraient renforcer les capacités nécessaires pour faciliter le commerce des services de santé et mettre en place les structures nécessaires. Les pays doivent faire preuve de circonspection avant d'ouvrir le secteur de la santé au commerce international, car il leur sera difficile de revenir sur les engagements contractés dans le cadre de l'Accord.

Le Dr Mazzetti Soler reprend la présidence.

Le Dr BOR (Turquie) relève la nécessité de disposer d'informations concernant les incidences du commerce international et des accords commerciaux sur la politique de santé, aux niveaux tant national que régional et mondial. Elle soutient les déclarations à venir de la Commission européenne dans la mesure où il est probable que les effets du commerce international et des accords commerciaux sur les acquis dans le domaine de la santé publique se feront sentir dans des pays de transit comme la Turquie. Il faut prendre en considération les problèmes auxquels ces pays sont confrontés. Elle propose par conséquent que l'on ajoute les mots suivants à la fin du paragraphe 1.5) du projet de résolution : « en tenant également compte des problèmes particuliers des pays par lesquels transitent les biens et services de santé ».

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) fait observer que le commerce international peut favoriser une meilleure utilisation des maigres ressources. Toutefois, compte tenu des liens croissants entre le commerce et la santé, en cas de faillite du fonctionnement du marché ou du gouvernement, le commerce pourrait perturber les systèmes de santé et priver l'accès de certaines catégories de la population, notamment les pauvres, à des services de santé abordables. Elle soutient le projet de résolution, qui propose des solutions propres à permettre aux pays de faire face et met en place un cadre d'action pour l'OMS.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba) rappelle que le rapport dont le Conseil a été saisi à sa cent seizième session¹ fait état des progrès importants enregistrés dans des domaines tels que les produits pharmaceutiques, la propriété intellectuelle, le commerce des denrées alimentaires, et les effets du Règlement sanitaire international (2005) et de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le rapport a en outre recensé quatre accords commerciaux multilatéraux de l'OMC qui présentent une importance particulière pour les activités de l'OMS et souligné la nécessité de disposer d'informations et de s'appuyer sur des données factuelles pour la libéralisation des services de santé en vue de les rendre plus accessibles, plus abordables et plus efficaces, ce qui est conforme à la responsabilité légale de l'Etat envers ses citoyens.

¹ Document EB116/4.

Malheureusement, l'objectif visé dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique n'a pas été atteint ; les pays en développement sont toujours défavorisés sur le plan économique et commercial. Il faut de toute urgence que les Etats appliquent les dispositions convenues dans la Déclaration de Doha, car l'application arbitraire d'un pseudo-système de libre-échange n'a fait qu'aggraver les inégalités, en étendant les zones affectées par la pauvreté. Le concept de libre-échange a été dévié par le recours à des mesures coercitives unilatérales visant à bloquer les échanges commerciaux véritablement libres entre les nations, ce qui affecte sérieusement le droit de l'homme à la santé. Mme Pérez Alvarez dénonce le blocus imposé par les Etats-Unis d'Amérique à son pays depuis près d'un demi-siècle, qui peut être assimilé à un génocide.

La question primordiale n'est pas de choisir entre le commerce ou la santé, mais plutôt de s'assurer que le commerce bénéficie à la santé. Cuba réclame instamment l'adoption de réformes et le renforcement du système commercial multilatéral afin de s'assurer que la priorité soit accordée au développement et au droit à la santé dans toute négociation commerciale multilatérale.

Le Dr FRIZA (Autriche), faisant observer que, dans le contexte de l'Union européenne, la question à l'examen relève principalement de la compétence de la Communauté européenne, demande que la Commission européenne soit invitée à donner son avis.

Le PRESIDENT, ne voyant aucune objection à cette procédure, donne la parole à la Commission européenne.

M. FAHY (Commission européenne), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, précise que les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats – Croatie, Turquie et Ex-République yougoslave de Macédoine – et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro –, s'alignent sur sa déclaration. Il accueille avec satisfaction la résolution proposée, reconnaissant qu'il importe d'assurer des politiques cohérentes entre les secteurs du commerce et de la santé. Le Secrétariat devrait continuer à fournir un appui aux Etats Membres pour favoriser la constitution d'une base de connaissances et une meilleure compréhension des répercussions des accords commerciaux bilatéraux et multilatéraux sur la santé publique.

Les traités instituant la Communauté européenne demandent qu'une certaine cohérence politique soit assurée et que toutes les politiques communautaires se soucient de la protection de la santé. De même, les traités portant création de l'OMC prévoient que la politique commerciale doit comporter des mesures visant à protéger la santé publique. La Communauté européenne et ses Etats Membres ont eu à coeur de faire en sorte que ces principes ne restent pas lettre morte. Un exemple récent de la manière dont les règles commerciales peuvent être adaptées aux exigences de la santé publique a été la décision du Conseil général de l'OMC de modifier l'Accord sur les ADPIC, afin d'offrir des médicaments à un prix abordable aux pays qui ne disposent pas d'installations de production de médicaments.¹ Cette décision est déjà mise en oeuvre par la Communauté européenne avec l'adoption, le 27 avril 2006, d'un Règlement du Conseil.

Le Dr PILLAY (Afrique du Sud) souligne la difficulté de réaliser un équilibre entre les objectifs commerciaux et la santé. On assiste à une prolifération d'accords commerciaux entre pays développés et pays en développement, dont certaines dispositions peuvent soulever des problèmes au regard de la santé publique. Ces accords devraient être négociés entre autres par des représentants des ministères de la santé, mieux à même de repérer les dispositions susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur la santé. La création, au niveau national, d'un organisme responsable de la surveillance et de l'évaluation des effets des accords commerciaux internationaux sur la santé serait une solution intéressante. Le projet de résolution confère une responsabilité importante au Directeur général, en le priant de fournir un appui aux Etats Membres pour l'évaluation des répercussions de ces accords

¹ Décision WT/L/641, 6 décembre 2005.

commerciaux. Il faudrait peut-être envisager à cette fin de constituer un groupe consultatif d'experts. Compte tenu du grand nombre de négociations commerciales en cours, l'adoption du projet de résolution devrait être considérée comme une priorité.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique) dit que le document EB116/4 passe en revue les nombreux contextes dans lesquels le Secrétariat aborde la question du commerce international et de la santé. Elle demande à ce dernier de rendre public le mandat de son « groupe de travail technique sur la mondialisation, le commerce et la santé », dont il est question dans ce document, et de fournir des informations sur les affiliations et les domaines de compétence des divers « groupes de spécialistes extérieurs » qui orientent les activités de ce groupe de travail. Le Secrétariat doit faire preuve de prudence lorsqu'il offre ses compétences techniques pour conseiller avec exactitude les Etats Membres sur les répercussions possibles des règles commerciales du point de vue de la santé publique. Toutes les informations communiquées par l'OMS sur les meilleures pratiques au cours des négociations commerciales doivent être impartiales, reposer sur des données factuelles et avoir été validées par l'OMC et l'OMPI. Dans la mesure où cela relève de sa mission, de son mandat et de ses compétences, le Secrétariat doit fournir aux Etats Membres des informations exactes et représentant objectivement les divers points de vue des Membres. La documentation récemment élaborée par l'OMS sur les consignes applicables à la rémunération d'une utilisation non volontaire d'un brevet sur les techniques médicales en est un exemple.¹ Les Etats-Unis soutiennent le projet de résolution sous sa forme actuelle.

Mme Valdez réfute les accusations éhontées proférées à l'encontre de son Gouvernement par le délégué de Cuba, qui sont regrettables et sans rapport avec les questions de santé publique à l'examen et que son Gouvernement juge totalement inacceptables.

Le Dr PADILLA (République bolivarienne du Venezuela) dit que la santé publique nationale doit l'emporter sur les droits qui découlent du libre-échange. Dans les faits, la situation est loin d'être idéale et les énormes lacunes sociales sont de plus en plus aggravées par les modèles commerciaux en vigueur dans le monde. Le Venezuela encourage les politiques commerciales fondées sur la coopération, la solidarité et la complémentarité, qui prennent en compte les besoins des populations particulièrement défavorisées et exclues, et rejettent les accords de libre-échange qui bafouent ces principes, engendrent des inégalités et aggravent la pauvreté. Il encourage aussi la production de médicaments génériques à moindre coût, afin de garantir l'accès à des médicaments essentiels, et en particulier l'accès universel et gratuit aux traitements antirétroviraux. De gros investissements ont été nécessaires à cette fin, du fait que ces médicaments sont protégés par des brevets et font l'objet de monopoles. Au Venezuela, des sociétés multinationales ont intenté des actions en justice contre plusieurs laboratoires et même contre le Ministère de la Santé. Ces procédures ont bloqué la distribution de 14 produits génériques pendant plus d'un an, entraînant un préjudice économique pour les patients et l'Etat, lequel a été contraint d'acquiescer des prix de monopole, au détriment de ses propres plans de santé.

Le Dr Padilla demande instamment aux Etats Membres de s'efforcer d'obtenir les « prix les plus bas possibles » dans les négociations commerciales. Le fait de disposer du statut d'observateur à deux comités de l'OMC et d'observateur spécial à deux conseils de cette même Organisation ne suffit pas : l'OMS devrait être autorisée à participer pleinement aux débats en rapport avec la santé.

Le Venezuela a adopté les flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC, mais elles ne suffisent pas à surmonter les obstacles liés aux brevets qui entravent l'accès aux médicaments. Les pays développés doivent faire preuve de bonne volonté pour soutenir la mise en oeuvre de ces dispositions. Une forte pression est actuellement exercée par le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, dans le cadre d'accords de libre-échange, pour qu'elles ne soient pas respectées et pour imposer d'autres engagements supplémentaires que ceux qui sont prévus dans l'Accord sur les ADPIC (ADPIC-plus).

¹ Document WHO/TCM/2005.1.

Un autre aspect du commerce international qui entrave l'exécution des programmes de soins de santé dans les pays pauvres est les migrations internationales des personnels de santé. Les Etats Membres devraient adopter des mesures énergiques pour combattre cette tendance.

Le projet de résolution devrait être enrichi d'une nouvelle disposition tendant à prier le Directeur général de « créer, dans un proche avenir, un groupe de travail intergouvernemental au sein duquel seront représentées les six Régions de l'OMS et qui sera chargé d'analyser les répercussions négatives potentielles du commerce et des accords commerciaux sur la santé ; et de présenter un rapport intérimaire à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, puis un rapport final contenant un certain nombre de propositions au Conseil exécutif à sa cent dix neuvième session ».

M. BHUSHAN (Inde) dit qu'il est difficile pour les ministères de la santé d'évaluer l'impact des accords commerciaux sur la santé et de prendre les mesures nécessaires pour y remédier. Pour assurer une cohérence entre les politiques commerciales et sanitaires, il importe que les ministères de la santé soient tenus informés de la conclusion d'accords commerciaux internationaux et qu'un dialogue s'instaure au niveau national entre de nombreux partenaires. Les capacités nationales d'utiliser pleinement les dispositions et les flexibilités prévues dans les accords commerciaux internationaux sont aussi un élément indispensable. C'est pourquoi M. Bhushan propose que l'on insère les mots « entre les différentes parties prenantes » après le mot « dialogue » au paragraphe 1.1), et que l'on ajoute un nouvel alinéa au paragraphe 1, ainsi libellé : « à utiliser toutes les flexibilités autorisées par les accords commerciaux internationaux dans le droit national afin de tenir compte des questions de santé publique ».

Mme NOGUIERA GUEBEL (Brésil) appuie le projet de résolution et rappelle l'importance des accords commerciaux bilatéraux et la nécessité de prendre en considération les flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC et dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, afin de protéger la santé publique et de promouvoir l'accès universel aux médicaments.

Le Dr COOMBS (Jamaïque), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Communauté des Caraïbes, énumère les diverses répercussions de la mondialisation et de la libéralisation des échanges sur la santé publique, dont l'accélération de la propagation transfrontière des maladies infectieuses ; l'augmentation possible du coût des médicaments vitaux résultant de la nécessité d'accroître la protection des brevets ; les risques pour la sécurité alimentaire associés aux chaînes de restauration rapide ; et les effets du commerce des services de santé, tels que la possibilité pour les étudiants des écoles de médecine et de soins infirmiers d'aller se former à l'étranger, sur les systèmes de santé nationaux. L'économie des pays de la région des Caraïbes est étroitement dépendante du tourisme qui s'accompagne d'importants mouvements de population, avec les risques que cela comporte pour la santé. Certains Etats ont aussi envisagé de se tourner vers le tourisme sanitaire. La Communauté des Caraïbes a mis en place un système de marché unique sur lequel reposent le commerce et la libre circulation des personnes au niveau intrarégional ; ces effets devraient être les mêmes au niveau sous-régional. Les pays des Caraïbes approuvent la nécessité d'un dialogue au niveau national ; des comités intersectoriels ont déjà été constitués à cette fin.

M. ANDOM (Erythrée), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, note que 80 % des pays de la Région sont Membres de l'OMC et, partant, signataires d'accords commerciaux multilatéraux. Ces accords présentent à la fois des possibilités à saisir et des risques pour la santé publique, en particulier dans le contexte africain caractérisé par une méconnaissance des répercussions possibles de ces accords sur la santé publique ou de la capacité des systèmes de santé à y faire face. Dans ces conditions, les autorités nationales ne sont pas bien placées pour négocier efficacement lors des réunions de l'OMC afin d'obtenir le maximum d'avantages en matière de santé, d'autant que ces négociations sont généralement conduites par les ministères du commerce qui n'ont guère l'habitude de collaborer avec le secteur de la santé pour arrêter une position nationale. Afin de développer ce potentiel, les pays africains ont décidé d'accorder la priorité aux questions de pauvreté, de commerce et de santé à la cinquante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique, et ils ont prévu d'organiser un atelier régional sur le commerce des services de santé en 2006. En outre,

plusieurs pays de la Région envisagent d'apporter des amendements à la législation relative aux droits de propriété intellectuelle et au commerce international ou l'ont déjà fait.

Les pays africains doivent élaborer une stratégie pour être compétitifs en constituant ou en renforçant les bases de connaissance et les capacités nationales, de façon à pouvoir comprendre les avantages pour la santé publique de tous les accords commerciaux multilatéraux et à en tirer parti au maximum, mais aussi à réaliser une plus grande cohérence entre les politiques commerciales et sanitaires, réduisant ainsi au maximum les risques sanitaires pour les populations pauvres et vulnérables. Les ministères de la santé des pays de la Région auront besoin de l'assistance technique de l'OMS et d'autres institutions internationales pour pouvoir relever ces défis.

Le Dr MOETI (Botswana) dit que l'une des principales difficultés auxquelles sont confrontés le Botswana et d'autres pays africains est de renforcer les capacités nécessaires pour faire en sorte que la mondialisation du commerce international ait un maximum d'effets positifs et un minimum d'effets négatifs sur la santé. Les Etats Membres devraient être encouragés à collaborer avec les ministères du commerce, les organisations internationales et d'autres partenaires afin d'acquérir le niveau de compétence nécessaire. Le Botswana a entrepris de modifier sa législation relative à la propriété intellectuelle de manière à améliorer sa capacité à tirer parti des flexibilités offertes par l'Accord sur les ADPIC, et il serait heureux de bénéficier de l'appui de l'OMS dans ce domaine. Il souscrit au projet de résolution.

Mme IMAI (Japon) souligne l'importance d'assurer une cohérence entre les politiques commerciales et sanitaires, appuie le projet de résolution et demande instamment au Secrétariat de continuer à soutenir les Etats Membres, en collaboration avec les organisations internationales compétentes.

Mme GILDERS (Canada) félicite l'OMS pour les efforts qu'elle a déployés aux niveaux mondial et national pour faire mieux connaître la relation complexe entre le commerce international et la santé et mettre en place une base de données factuelles y relatives. Le Canada reconnaît la nécessité de renforcer les compétences des ministères de la santé pour que les politiques sanitaires soient dûment prises en considération dans les négociations commerciales. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr GAO Weizhong (Chine) accueille avec satisfaction le projet de résolution et rappelle que la Chine a mis en place un bureau administratif du commerce et de la santé. La collaboration entre l'OMS et l'OMC doit être poursuivie, et il faut continuer d'évaluer l'impact des négociations commerciales sur la santé.

M. SAWERS (Australie) demande instamment aux délégués d'approuver le projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif, en faisant valoir que les politiques commerciales et sanitaires doivent être cohérentes pour que la libéralisation des échanges produise le maximum d'effets positifs sur les résultats sanitaires. Il importe de bien comprendre les répercussions des relations commerciales internationales sur la santé et la politique sanitaire et d'assurer une cohérence entre les objectifs des politiques nationales et internationales. L'OMS, l'OMC et l'OMPI devraient contribuer à la réalisation de cet objectif dans la mesure où cela relève de leurs compétences.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba), réagissant aux termes « accusations », « regrettables » et « inacceptables » utilisés par le délégué des Etats-Unis d'Amérique, rétorque que c'est le blocus imposé à Cuba qui est inacceptable. Ces mesures ont empêché le système de santé cubain de bénéficier des avancées technologiques en interdisant de vendre à Cuba des médicaments, équipements et fournitures qui sont distribués exclusivement par des sociétés basées aux Etats-Unis ; ces mesures ont en outre rendu le système de santé cubain plus coûteux en obligeant Cuba à acheter des produits plus chers sur les marchés asiatiques et européens. Mme Pérez Alvarez considère comme regrettable le refus de la délégation des Etats-Unis de reconnaître la condamnation de cette politique ;

en 2005, 182 pays ont désapprouvé cette politique illégale et assimilable à un génocide. Elle qualifie d'attaques les actions et les mesures qui ont eu de graves répercussions sur le droit du peuple cubain à la santé, alors même que ce dernier a soutenu le droit du peuple d'Amérique du Nord à la santé en offrant gratuitement l'assistance de 1518 médecins cubains à la suite de l'ouragan Katrina.

Le Dr OTTO (Palaos) appuie le projet de résolution et demande s'il s'appliquera à des produits comme le tabac, qui ne sont en aucune manière favorables à la santé.

Le Dr WASUNNA (Kenya) souscrit au projet de résolution.

Mme RIETSEMA (Medicus Mundi International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, met l'accent sur l'importance du droit à la santé et déclare que la réglementation commerciale ne doit pas porter atteinte à ce droit ni entraver la capacité des pays d'adopter une réglementation dans l'intérêt de la santé publique. C'est pourquoi les évaluations préalables de l'impact sanitaire des accords commerciaux sont décisives. En outre, le projet de résolution devrait préciser explicitement que la santé ne doit jamais être compromise pour des raisons commerciales.

Compte tenu des obligations légales que le droit à la santé impose aux Etats Membres, Mme Rietsema propose d'ajouter un nouvel alinéa au préambule, libellé en ces termes : « Consciente des obligations légales qui incombent aux Etats Membres de faire en sorte que les règles et politiques commerciales soient conformes aux droits de l'homme, y compris au droit à la santé ; ». Des ressources supplémentaires seront indiscutablement nécessaires pour la période 2008-2009 afin de garantir le succès de la mise en oeuvre du projet de résolution. Il est regrettable que la demande de l'OMS visant à obtenir le statut d'observateur au Conseil général de l'OMC n'ait pas été prise en compte et elle demande instamment à l'OMS de prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

Le Dr NOEHRENBERG (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, relève un aspect important et souvent négligé des débats consacrés au commerce et à la santé, qui a été souligné par la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, à savoir l'impact négatif pour la santé publique des taxes et des droits de douane prélevés sur les produits pharmaceutiques et appareils médicaux. Les échanges commerciaux de produits pharmaceutiques pour une valeur approximative de US \$33 milliards restent assujettis au paiement de droits, principalement par les pays en développement. Etant donné que cet impôt régressif prélevé sur les médicaments est destiné à favoriser les pauvres et les malades, les pays en développement doivent introduire des réformes radicales dans leur fiscalité, leur régime douanier et leurs structures réglementaires. Ils pourront aisément supporter le manque à gagner résultant de la suppression des taxes sur les produits pharmaceutiques étant donné que celles-ci ne représentent que 1 % des dépenses publiques de santé. En revanche, l'incidence des réductions des droits de douane sera particulièrement importante pour des patients qui sont rarement protégés par un système d'assurance-maladie efficace. Elles auront même encore plus d'impact sur le prix final du fait que les droits de douane ne sont que les premiers d'une série de droits frappant les produits pharmaceutiques. Les industries pharmaceutiques nationales protégées par des droits élevés n'abaissent pas pour autant le prix de leurs produits ; leurs prix paraissent seulement plus bas si on les compare aux prix d'importation artificiellement gonflés. En revanche, les droits de douane ont un effet pervers sur l'efficacité optimale des prix et sur les normes de qualité. Il importe par conséquent que le Secrétariat poursuive ses recherches dans ce domaine et que les pays améliorent l'accès aux médicaments en supprimant les droits de douane sur les médicaments et les appareils médicaux. De plus, les Etats Membres devraient soutenir les mesures proposées par plusieurs pays à l'OMC.

M. BENTON (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de l'Association médicale mondiale, de la Confédération internationale des Sages-Femmes, du Conseil international des Infirmières, de la Fédération dentaire internationale et de la Fédération internationale pharmaceutique, dit que l'accès aux services de santé, les possibilités d'emploi pour le personnel de santé et les règlements professionnels qui protègent le public sont des

questions qui touchent de près et intéressent particulièrement les professionnels de la santé. Il reconnaît la nécessité d'une collaboration entre les différents ministères et l'importance du dialogue national, qui sont mis en exergue dans le projet de résolution. Le dialogue sera renforcé en incluant d'emblée les professionnels de la santé grâce à la participation d'organisations non gouvernementales.

Certaines formes de commerce des services de santé, telles que le tourisme sanitaire et les consultations à distance, pourraient poser des cas de conscience aux professionnels. Vu que l'on ne peut, bien souvent, apprécier les effets des accords que lorsqu'ils sont mis en place, il est indispensable que les principaux intéressés engagent des professionnels aux niveaux national et mondial le plus tôt possible.

Les organisations que M. Benton représente et les associations qui leur sont affiliées travaillent déjà stratégiquement avec d'autres acteurs dans le domaine des soins de santé afin d'influencer les accords commerciaux internationaux, et elles considèrent que les gouvernements devraient associer plus régulièrement les professionnels aux débats à un stade préparatoire. Il est favorable au projet de résolution et demande instamment au Secrétariat et aux Etats Membres d'encourager les organisations de professionnels de la santé à s'interroger sur les liens entre le commerce international et la santé afin de s'assurer que les effets des accords commerciaux sur les patients et les systèmes de santé soient mieux compris et mieux pris en compte.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) se félicite du ferme appui au projet de résolution et dit qu'il a été pris note des observations des délégués ; le Secrétariat fournira les informations demandées.

En réponse au délégué des Palaos, elle confirme que le projet de résolution aborde tous les aspects du commerce liés à la santé. Elle reconnaît l'importance de ses objectifs pour promouvoir une dimension sanitaire effective dans les politiques économiques et commerciales. Cela permettra aux Etats Membres qui en font la demande de recevoir une assistance pour reconnaître et maîtriser les répercussions des règlements et des accords commerciaux sur la santé publique et y donner suite. L'OMS collabore étroitement avec les organisations internationales compétentes telles que l'OMC et la Banque mondiale pour favoriser une meilleure cohérence entre le commerce et la santé.

Répondant à une motion d'ordre soulevée par M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique), le PRESIDENT propose de différer l'examen du projet de résolution afin qu'un texte révisé puisse être présenté.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la onzième séance, section 2, p. 176.)

Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement : Point 11.12 de l'ordre du jour (document A59/18)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un projet de résolution proposé par la délégation de la Thaïlande, ainsi libellé :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Reconnaissant le rôle primordial des ressources humaines pour la santé dans le bon fonctionnement des systèmes de santé des pays, souligné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ;¹

Reconnaissant que la définition d'un personnel de santé adéquat se fonde sur un minimum de 2,3 médecins, infirmières et sages-femmes pour 1000 personnes de façon que

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

80 % ou davantage de la population bénéficient des services d'accoucheuses qualifiées et de la vaccination de l'enfant, et que 57 pays se situent en dessous de ce seuil ;

Reconnaissant qu'il faut former plus de 4 millions de soignants supplémentaires pour remédier au manque de personnel de santé dans ces pays ;

Reconnaissant que la pénurie d'agents de santé entrave les efforts entrepris pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Consciente que l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, nouveau partenariat dont le secrétariat est à l'OMS, a lancé une initiative pour une formation accélérée du personnel de santé visant à obtenir un accroissement rapide du nombre d'agents de santé qualifiés dans les pays confrontés à la pénurie par des partenariats entre les pays industrialisés et les pays en développement ;

Rappelant la résolution WHA57.19 sur le défi que posent les migrations internationales des personnels de santé ;

Préoccupée par le fait que dans de nombreux pays, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, la capacité de former suffisamment d'agents de santé pour assurer une couverture adéquate de la population fait défaut ;

Préoccupée également par le fait que de nombreux pays ne disposent pas des moyens financiers, des équipements et de formateurs en nombre suffisant pour former un personnel de santé adéquat ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à confirmer leur engagement en faveur de la formation d'agents de santé :

- 1) en approuvant l'initiative Pour une formation accélérée ;
- 2) en apportant un soutien pour la revitalisation des établissements qui forment les personnels de santé, afin qu'ils soient en bon état, accessibles pour les étudiants et capables d'accroître rapidement les admissions en offrant une formation par équipes successives – selon le principe des 24/7 ;
- 3) en favorisant la formation dans des établissements accrédités de tout un éventail de professionnels de qualité, et notamment d'agents de santé communautaires, d'agents de santé publique et d'agents paramédicaux ;
- 4) en encourageant un soutien financier direct par des partenaires de l'action de santé mondiale, à savoir les donateurs bilatéraux ainsi que les partenariats et les fonds mondiaux consacrés aux maladies et interventions prioritaires, pour les établissements de formation en santé conformément au Rapport sur la santé dans le monde, 2006 selon lequel 50 % des nouvelles contributions en faveur de la santé doivent être consacrées au renforcement des systèmes de santé et 50 % allouées aux personnels de santé ;
- 5) en approuvant le concept des partenariats de formation entre écoles de pays industrialisés et de pays en développement incluant des échanges d'enseignants et d'étudiants ;
- 6) en encourageant la création d'équipes de planification dans chaque pays touché par une pénurie d'agents de santé, en faisant appel aux dirigeants des plus grandes écoles pour qu'ils formulent une stratégie nationale complète concernant les personnels de santé ;
- 7) en apportant un soutien en faveur de méthodes novatrices d'enseignement dans les pays en développement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) d'encourager les Etats Membres à participer pleinement à l'initiative Pour une formation accélérée ;
- 2) d'apporter un soutien aux Etats Membres qui s'efforcent de revitaliser les établissements de formation en santé et d'accroître rapidement les admissions d'étudiants ;

- 3) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour développer la formation des médecins, des infirmières, des sages-femmes et d'autres agents de santé, y compris des agents de santé communautaires, des agents paramédicaux et des agents de santé publique ;
- 4) d'encourager les partenaires de l'action de santé mondiale, à savoir les donateurs bilatéraux ainsi que les partenariats et les fonds mondiaux consacrés aux maladies et interventions prioritaires, à fournir un soutien financier direct aux établissements de formation en santé ;
- 5) d'encourager les Etats Membres à participer à des partenariats de formation destinés à améliorer la qualité de la formation des professionnels de santé dans les pays en développement ;
- 6) d'encourager et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent mettre sur pied des équipes de planification des personnels de santé et utiliser dans les pays en développement des méthodes novatrices d'enseignement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;
- 7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010 sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

Les incidences financières et administratives associées à ce projet de résolution sont les suivantes :

1. Résolution Initiative Pour une formation accélérée du personnel de santé	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Ressources humaines pour la santé	Fourniture de conseils et d'outils pratiques pour assurer la qualité de l'éducation et de la formation et veiller à ce qu'elles soient adaptées aux besoins des pays et utilisées dans les pays cibles.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution correspond au résultat escompté et vise à ce que les Etats Membres aient les moyens de développer les activités d'éducation et de formation du personnel de santé.	
Il faudra peut-être revoir l'indicateur, les bases et les cibles pour rendre plus précisément compte de l'évolution de la capacité des Etats Membres à mettre en oeuvre l'initiative Pour une formation accélérée du personnel de santé.	
3. Incidences financières	
a) Coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$18 052 000	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$9 284 000	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? Un montant d'environ US \$3 184 000 de dépenses envisagées peut être absorbé ; il faut donc un montant supplémentaire de US \$6 100 000.	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions	
Les activités seront entreprises au niveau des pays mais il faudra des capacités supplémentaires au niveau des Régions et du Siège pour fournir un appui aux bureaux des représentants de l'OMS. Toutes les Régions seront concernées, l'accent étant mis particulièrement sur le renforcement des capacités de formation de la Région africaine.	

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)

Il n'y aura pas de besoins supplémentaires au niveau des pays, car les qualifications du personnel actuel seront renforcées.

Six membres du personnel (100 % équivalent plein temps) seront nécessaires au niveau régional et un membre du personnel (100 % équivalent plein temps) sera nécessaire au Siège.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)

La mise en oeuvre commencera pendant l'exercice actuel dans un nombre limité de pays. Une évaluation devrait être effectuée au début 2010.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) dit que le texte de ce projet de résolution a pour objectif de pallier la pénurie chronique de ressources humaines grâce au soutien des pays développés. Au cours des discussions informelles qui se sont tenues entre 11 Etats Membres, les propositions d'amendements ci-après ont été convenues. Modification du titre comme suit : « Accélération de la production de personnels de santé » et suppression des deuxième et troisième alinéas du préambule ; remaniement du texte du cinquième alinéa du préambule comme suit : « Consciente de l'existence d'alliances qui visent à obtenir un accroissement rapide du nombre d'agents de santé qualifiés dans les pays confrontés à la pénurie par des partenariats entre les pays industrialisés et les pays en développement » ; insertion d'une note de bas de page en regard du mot « alliances » ainsi libellée : « Par exemple, l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, dont le Secrétariat est à l'OMS » ; ajout de deux nouveaux alinéas dans le préambule, libellés en ces termes : « Consciente de la nécessité d'une politique et d'un plan national complet sur les ressources humaines pour la santé et sachant que la production en est l'un des éléments » et « Reconnaisant qu'il est important de parvenir à l'autosuffisance en matière de développement des personnels de santé ».

Au paragraphe 1, il est proposé de remplacer le mot « confirmer » par le mot « affirmer » et les termes « d'agents de santé » par les termes « d'un plus grand nombre d'agents de santé ». Le paragraphe 1.1) devrait être supprimé. Le texte du paragraphe 1.2) remplacé par celui du paragraphe 1.4) de la résolution WHA57.19, ainsi libellé : « à mettre en place des mécanismes pour atténuer, dans les pays en développement, l'effet négatif de la perte de personnels de santé du fait de leur émigration, notamment des moyens par lesquels les pays de destination appuieront le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine des personnels ». Au paragraphe 1.3), les mots « et notamment » devraient être remplacés par les mots « et aussi ». Au paragraphe 1.4), tout le texte qui suit les mots « établissements de formation en santé » devrait être supprimé et remplacé par les mots « dans les pays en développement ». Au paragraphe 1.5), le mot « approuvant » devrait être remplacé par le mot « favorisant », et au paragraphe 1.6) les mots « aux dirigeants des plus grandes écoles » devraient être remplacés par les mots « à un plus large éventail de partenaires, dont des associations professionnelles et les secteurs public et privé ». Au paragraphe 1.7), les mots « en apportant un soutien en faveur de » devraient être remplacés par les mots « en utilisant des », et les mots « pays industrialisés et » insérés avant « pays en développement ».

Le paragraphe 2.1) devrait être supprimé et le paragraphe 2.2) modifié comme suit : « d'apporter au besoin un soutien technique aux Etats Membres qui s'efforcent de revitaliser les établissements de formation en santé et d'accroître rapidement les effectifs de personnels de santé ». Le paragraphe 2.3) devrait être supprimé et le paragraphe 2.4) modifié comme suit : « d'encourager les partenaires de l'action de santé mondiale à fournir un soutien aux établissements de formation en santé ».

Un texte révisé devrait être distribué.

Mme MATA (République bolivarienne du Venezuela) déclare que tout le monde a le droit irréfutable de quitter son pays d'origine à titre temporaire ou définitif. Cela dit, cette tendance pourrait engendrer une perte des valeurs morales dans son pays du fait que les infirmières et les médecins

vénézuéliens sont formés dans le respect des valeurs morales et de la responsabilité sociale, qui sont essentielles pour le modèle économique de son pays. L'un des piliers de cette responsabilité est le droit inaliénable à la vie, qui est consacré dans la Constitution du pays. Mme Mata approuve malgré tout le document, car il souligne l'importance du thème des migrations.

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que la question des ressources humaines pour la santé, et en particulier du taux élevé des migrations des professionnels hautement qualifiés et expérimentés des pays en développement vers les pays développés, est devenue un point récurrent de l'ordre du jour. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et le rapport du Secrétariat représentent d'importantes contributions. Certains pays des Caraïbes ont perdu la moitié de leurs cadres infirmiers et les efforts déployés pour développer la formation de ces professionnels sont fortement compromis par le manque de ressources financières. Afin d'assurer une meilleure gestion de ces migrations, les pays d'accueil devraient développer des partenariats avec les pays d'origine en soutenant des programmes de formation à plus grande échelle. Les écoles de soins infirmiers en Jamaïque tournent à plein régime et refusent chaque année des centaines de candidats parfaitement qualifiés. Il importe d'envisager sans tarder des solutions à ce problème.

Le Dr MIYOSHI (Japon) dit que les migrations internationales des personnels de santé sont un problème grave et urgent qui devrait être examiné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. Il convient de dissocier les différents problèmes et de considérer la totalité des années d'exercice des personnels de santé au sein de l'ensemble du système de santé.

Le Japon peut compter sur la totalité de ses personnels de santé sans migration internationale grâce à une politique de développement et de distribution des ressources humaines rigoureuse, axée sur l'équilibre entre l'offre et la demande. Le nombre et la qualité des personnels de santé ont également été garantis par des investissements dans les infrastructures, l'éducation permanente et une politique de réemploi. Le Japon souhaite faire bénéficier d'autres pays de son expérience dans ces domaines au titre de la coopération internationale. Le fait de mettre l'accent sur le développement des ressources humaines lui a permis d'obtenir des résultats exceptionnels dans le secteur de la santé. Pour que ces résultats soient durables, il se propose de poursuivre sa politique de collaboration active sur cette question. Le Dr Miyoshi souscrit au projet de résolution, tel qu'il a été révisé.

M. RAKUOM (Kenya), conscient de la complexité de la question, dit que son pays n'a pas l'intention de faire usage de la force pour empêcher ses agents de santé d'émigrer. Il a créé un bureau international de l'emploi qui vient en aide aux Kényens qui souhaitent travailler à l'étranger, non parce que le pays souffre d'effectifs excédentaires mais parce qu'il respecte le droit des agents de santé de choisir leur lieu de travail et pour lutter contre le chômage auquel sont confrontés les agents de santé dans le pays en raison de facteurs extérieurs. Quelque 600 agents de santé, pour la plupart des infirmières et des médecins hautement qualifiés et expérimentés, quittent le Kenya chaque année pour aller travailler à l'étranger, ce qui nécessite la formation de nouvelles recrues chez les infirmières et les médecins si l'on veut maintenir la qualité des services de santé. Le Kenya aura besoin de 47 000 infirmières dans les cinq prochaines années, alors que leur nombre est actuellement de 16 000 dans la fonction publique. L'argument selon lequel les agents de santé travaillant à l'étranger renvoyent leur salaire dans leur pays d'origine ne tient pas compte de la baisse de qualité des soins de santé, des décès de mères et d'enfants et de la pénurie de main-d'oeuvre qualifiée consécutifs à ces migrations. Si la tendance actuelle se poursuit, les migrations deviendront bientôt un déterminant social de la santé. Les pays à faible revenu ne seront pas en mesure d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement tant qu'on ne se sera pas attaqué énergiquement à ce problème. C'est pourquoi le Kenya appuie les propositions contenues dans le rapport, qui devraient contribuer à permettre aux pays lésés par les migrations de personnels de santé de développer leurs effectifs de personnels qualifiés, afin d'atteindre leurs objectifs du Millénaire pour le développement et d'améliorer la qualité des services de santé.

M. MAHI (Algérie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la question des migrations internationales de personnels de santé est l'une des principales causes de la crise des ressources humaines dans les pays en développement. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*, 57 pays souffrent actuellement d'une pénurie de main-d'oeuvre, et la situation est particulièrement critique en Afrique subsaharienne. La Région africaine supporte à elle seule 24 % de la charge mondiale de morbidité, alors qu'elle ne compte que 3 % du personnel de santé et que ses dépenses de santé n'atteignent même pas 1 %. Ce rapport souligne en outre les effets spectaculaires de l'exode du personnel de santé qualifié dans cette Région, qui se retrouve à l'épicentre de la crise mondiale des ressources sanitaires, et dont les besoins dans ce domaine sont loin d'être satisfaits. La situation risque d'ailleurs de s'aggraver considérablement dans les années à venir.

Dans la résolution WHA57.19 il est demandé avec insistance que le problème des migrations internationales des personnels de santé soit dûment pris en considération. Le Secrétariat devrait continuer à mettre en oeuvre les mesures introduites depuis l'adoption de cette résolution (qui sont décrites dans le document A59/18), en coopération avec les Etats Membres et tous les partenaires concernés, y compris les organismes d'aide au développement. Une étude de faisabilité sur le coût et l'utilité d'un instrument international sur le recrutement international de personnels de santé serait tout à fait justifiée. Les recherches sur les systèmes de compensation pour les pays en développement qui sont confrontés à un exode de personnel de santé qualifié devraient être poursuivies.

Le Sixième Sommet de l'Union africaine (Khartoum, 16-24 janvier 2006) a inscrit la question au rang de ses priorités, et l'Union africaine envisage d'adopter une position commune à ce sujet. Dans le cadre du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique il est prévu de renforcer les ressources humaines en Afrique.

Le PRESIDENT s'excuse de devoir interrompre la déclaration du délégué de l'Algérie, expliquant que le temps alloué par les services d'interprétation est écoulé ; le délégué pourra reprendre la parole demain. Elle propose qu'un texte révisé du projet de résolution soit établi pour être examiné à la prochaine séance.

M. SAWERS (Australie) dit que, conformément à l'article 52 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, les propositions et amendements doivent être généralement distribués deux jours avant leur examen, afin que les délégués aient le temps de consulter leurs capitales avant de poursuivre les négociations. Les délégués n'ont pas tous pris part aux consultations informelles.

Mme MOURAIN-SCHUT (Bureau du Conseiller juridique) confirme que l'article 52 est bien applicable en l'espèce, mais que, si la Commission souhaite déroger à la règle de deux jours, elle peut poursuivre l'examen du projet de résolution.

Le Dr TILLICH (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, approuve la déclaration de l'Australie. Compte tenu de l'importance de cette question, le Conseil exécutif devrait en reprendre l'examen en janvier 2007.

Mme MOURAIN-SCHUT (Bureau du Conseiller juridique) dit que, en cas d'objection à l'abrogation de la règle des deux jours, le Président pourrait proposer que l'examen de la question soit reporté à la prochaine Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) demande si l'examen de la question sera reporté à janvier 2007 ou à la prochaine Assemblée de la Santé.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit que la proposition qui a été faite concerne l'examen d'un projet de résolution présenté en dehors des délais habituels. Le Président a demandé à

la Commission si elle était disposée à procéder à cet examen, mais l'Australie a soulevé une objection. L'une des possibilités pour éviter un vote serait de reporter l'examen de la question à la prochaine Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif. L'autre possibilité serait que la Commission décide, soit au moyen d'un vote soit par un consensus obtenu dans la soirée, si elle souhaite examiner la question.

M. SAWERS (Australie) dit qu'il s'agit d'une question de principe. Le projet de résolution a été présenté très tardivement et les délégations n'ont pas eu le temps de consulter leurs capitales. Il a été proposé de modifier un document de conférence sur la base des négociations informelles auxquelles bon nombre de délégations, dont la sienne, n'ont pas assisté. Dans un souci d'impartialité, tous les délégués devraient avoir la possibilité d'examiner cette question. Cela dit, il n'a pas l'intention de faire obstacle à un éventuel consensus sur la proposition de reporter l'examen de la résolution à demain.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba), soulignant l'importance de la question pour les pays en développement qui sont particulièrement affectés par les migrations des personnels de santé, espère que l'on pourra parvenir à un consensus sur la reprise de l'examen de la question le plus vite possible, soit demain, soit lors de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif.

Le Dr NTABA (Malawi) remercie le délégué australien de son esprit de coopération compte tenu de l'importance cruciale que revêt cette question pour les pays en développement.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) dit qu'une décision devrait être prise sans attendre par consensus. Elle croit savoir qu'une session d'urgence de l'Assemblée de la Santé devrait être organisée dans un proche avenir. Il n'est pas possible de reporter l'examen de la question à la prochaine session ordinaire de l'Assemblée de la Santé en 2007, et il faut par conséquent que le Conseil en soit saisi, la semaine prochaine, à titre prioritaire.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) dit qu'un texte révisé contenant les amendements proposés sera établi dans la soirée et que la Commission pourra l'examiner demain.

Il en est ainsi convenu.

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

La séance est levée à 21 h 15.

ONZIEME SEANCE

Samedi 27 mai 2006, 9 h 20

Président : Dr P. MAZZETTI SOLER (Pérou)

puis : Dr K. LEPPÖ (Finlande)

puis : Dr A. RAMADOSS (Inde)

1. QUATRIEME ET CINQUIEME RAPPORTS DE LA COMMISSION A (documents A59/52 et A59/53)

Le Dr CISSÉ (Guinée), Rapporteur, donne lecture du projet de quatrième rapport de la Commission A distribué sous la cote A59/52.

Le rapport est adopté.¹

Le Dr CISSÉ (Guinée), Rapporteur, donne lecture du projet de cinquième rapport de la Commission A distribué sous la cote A59/53.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Migrations internationales des personnels de santé : un défi pour les systèmes de santé des pays en développement : Point 11.12 de l'ordre du jour (document A59/18) (suite de la dixième séance)

Le **PRESIDENT** appelle l'attention sur la version révisée du projet de résolution intégrant les amendements proposés à la dixième séance, dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Reconnaissant le rôle primordial des ressources humaines pour la santé dans le bon fonctionnement des systèmes de santé des pays, souligné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ;²

Reconnaissant que la pénurie d'agents de santé entrave les efforts entrepris pour réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Consciente de l'existence d'alliances³ qui visent à obtenir un accroissement rapide du nombre d'agents de santé qualifiés dans les pays confrontés à la pénurie par des partenariats entre les pays industrialisés et les pays en développement ;

¹ Voir p. 286.

² Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

³ Par exemple l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, dont le secrétariat est à l'OMS.

Rappelant la résolution WHA57.19 sur le défi que posent les migrations internationales des personnels de santé ;

Préoccupée par le fait que dans de nombreux pays, notamment ceux d'Afrique subsaharienne, la capacité de former suffisamment d'agents de santé pour assurer une couverture adéquate de la population fait défaut ;

Préoccupée également par le fait que de nombreux pays ne disposent pas des moyens financiers, des équipements et de formateurs en nombre suffisant pour former un personnel de santé adéquat ;

Consciente de la nécessité d'une politique et d'un plan national complet sur les ressources humaines pour la santé et sachant que la production en est l'un des éléments ;

Reconnaissant qu'il est important d'atteindre à l'autosuffisance en matière de développement des personnels de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à affirmer leur engagement en faveur de la formation d'un plus grand nombre d'agents de santé :

1) en créant des mécanismes pour atténuer l'impact négatif sur les pays en développement de la perte de personnels de santé par le jeu des migrations, y compris de moyens par lesquels les pays d'accueil pourraient soutenir le renforcement des systèmes de santé, en particulier le développement des ressources humaines, dans les pays d'origine ;

2) en favorisant la formation dans des établissements accrédités de tout un éventail de professionnels de qualité et aussi d'agents de santé communautaires, d'agents de santé publique et d'agents paramédicaux ;

3) en encourageant les partenaires de l'action de santé mondiale, y compris les donateurs bilatéraux et les partenariats et les fonds mondiaux centrés sur les maladies et les interventions prioritaires, à apporter un soutien financier aux établissements de formation en santé dans les pays en développement ;

4) en favorisant le concept des partenariats de formation entre écoles de pays industrialisés et de pays en développement incluant des échanges d'enseignants et d'étudiants ;

5) en encourageant la création d'équipes de planification dans chaque pays touché par une pénurie de personnels de santé, en faisant appel à un plus large éventail de partenaires, dont des associations professionnelles et les secteurs public et privé, pour qu'ils formulent une stratégie nationale complète concernant les personnels de santé ;

6) en utilisant dans les pays développés et les pays en développement des méthodes novatrices d'enseignement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

2. PRIE le Directeur général :

1) d'apporter au besoin un soutien technique aux Etats Membres qui s'efforcent de revitaliser les établissements de formation en santé et d'accroître rapidement les effectifs de personnels de santé ;

2) d'encourager les partenaires de l'action de santé mondiale à fournir un soutien aux établissements de formation en santé ;

3) d'encourager les Etats Membres à instaurer des partenariats de formation destinés à améliorer la qualité de la formation des professionnels de la santé dans les pays en développement ;

4) d'encourager et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent mettre sur pied des équipes de planification des personnels de santé et utiliser dans les pays en développement des méthodes novatrices d'enseignement fondées sur des matériels pédagogiques de pointe et une formation continue faisant appel aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

5) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010 sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution.

M. MAHI (Algérie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine et poursuivant son intervention, souligne que le rapport met l'accent sur la pénurie de personnels de santé, non seulement dans les pays en développement, mais aussi dans les pays développés. Les migrations privent les pays en développement d'une bonne partie de leur personnel de santé. Il convient de trouver de nouveaux moyens de soutenir ces pays si l'on veut que les mesures envisagées dans le rapport soient couronnées de succès.

Il faudrait que l'OMS représente les intérêts des pays africains dans le cadre du Dialogue de haut niveau sur les migrations internationales et le développement, qui aura lieu lors de la prochaine Assemblée générale des Nations Unies (New York, 14-15 septembre 2006) et intègre les résultats de ce dialogue dans la gestion des migrations internationales des personnels de santé.

M. KAZENENE (Zambie) dit que la Zambie est confrontée à une grave pénurie de ressources humaines et à une diminution de plus en plus importante de ses personnels de santé, qui est, dans une large mesure, imputable aux migrations vers les pays développés où les conditions d'emploi sont meilleures. La crise est préoccupante en milieu rural où, le plus souvent, le personnel des établissements de santé n'est pas qualifié. En avril 2006, le Gouvernement zambien a supprimé la participation financière dans les zones rurales, ce qui va provoquer un afflux de nouveaux patients et créera une surcharge pour les personnels de santé qui sont en nombre réduit. Les migrations constituent un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. La pénurie de personnel a créé de graves déséquilibres sur le plan des effectifs, des qualifications et de la répartition géographique, et s'est traduite par une charge de travail plus lourde, une faible motivation et une détérioration des services.

Le plan stratégique du Gouvernement zambien comporte notamment un système de fidélisation en milieu rural qui a déjà permis d'attirer 79 nouveaux médecins en zone rurale. La Zambie est notamment confrontée aux problèmes suivants : insuffisance des données sur les personnels de santé, insuffisance des ressources financières pour la mise en oeuvre du plan stratégique, effets négatifs des migrations, nécessité de renforcer les capacités et nécessité de se fonder sur l'expérience pour aborder le problème du VIH/SIDA, qui a une incidence considérable sur les ressources humaines pour la santé. M. Kazenene invite instamment les partenaires qui soutiennent des programmes spécifiques à envisager d'affecter des ressources financières au recrutement, à la fidélisation et au perfectionnement des personnels de santé.

Il soutient la formation accélérée des personnels de santé, à condition qu'elle tienne compte d'autres préoccupations, comme le développement de l'infrastructure et la nécessité de former des professeurs, des assistants et autres catégories de personnels essentielles, et des incidences financières.

Mme UUSIKU (Namibie) déclare que, bien que les migrations des personnels de santé ne constituent pas un problème important en Namibie, le Gouvernement de son pays a adopté diverses mesures d'incitation pour les fidéliser, comme de meilleures rémunérations et conditions de travail et des avantages tels que des congés payés et des congés pour étude pleinement rémunérés. Une étude sur la façon dont les conditions de travail sont perçues dans les secteurs public et privé de la santé a été réalisée en 2005 en vue de renforcer le développement des ressources humaines. Les résultats de cette étude permettront d'orienter les stratégies élaborées à l'avenir pour fidéliser les personnels de santé.

M. MANINRAKA (Kiribati) prend note du soutien que l'OMS apporte aux pays d'Afrique subsaharienne et à l'Inde pour la gestion des problèmes dus aux migrations des personnels de santé. Kiribati mérite de bénéficier d'une assistance de ce type : ses ressources sont limitées ; comme le pays est constitué d'une multitude d'îles disséminées, le coût de l'administration de la santé est élevé ; et, vu son éloignement, il attire peu d'investissements étrangers. Sans aide, son pays pourrait devenir l'un des pires exemples pour la prestation des services de santé, surtout si les partenaires et donateurs dans le domaine du développement continuent à réduire leur assistance.

Le Professeur TLOU (Botswana) déclare que, pour la plupart des systèmes de santé en Afrique, la pénurie de ressources humaines qualifiées constitue un défi majeur. Avec la progression de la mondialisation, les migrations des professionnels de la santé qui quittent les pays en développement pour les pays développés en raison des bas salaires et des mauvaises conditions de travail, prennent des proportions préoccupantes. Il est sensible aux efforts déployés par la communauté internationale pour l'élaboration de codes de pratique et la conclusion d'accords de collaboration entre les pays afin d'améliorer l'éthique du recrutement international des personnels de santé, mais ces efforts ont des limites. Il convient que les pays développés et les pays en développement accélèrent la formation des agents de santé au niveau national, accordent un degré de priorité plus élevé à la planification dans ce domaine et élaborent des stratégies efficaces de fidélisation s'ils veulent réduire les effets négatifs des migrations sur les systèmes de santé du monde en développement.

Le Dr GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (Cuba) note que certains progrès ont été accomplis depuis l'adoption de la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé. Le rapport indique tout d'abord que les pays qui exportent des personnels de santé devraient bénéficier d'une compensation, puis laisse entendre que les pays d'accueil devraient investir davantage dans la formation. On voit mal comment un système de compensation pourrait être appliqué. Il vaudrait mieux adopter des instruments internationaux, qui auraient de préférence un caractère contraignant, afin de réglementer les conditions de recrutement des personnels de santé. Le Dr González Fernández préconise également la négociation d'accords intergouvernementaux, bilatéraux ou multilatéraux.

Le Gouvernement cubain a toujours donné la priorité au développement des ressources humaines pour traiter les problèmes de santé à Cuba et dans le monde. Une révolution de la formation médicale est actuellement en cours à Cuba : l'enseignement, qui a été décentralisé, est désormais assuré au niveau local, où ont été créées des polycliniques universitaires dispensant des soins de santé primaires, qui sont à même de former des médecins. Cette approche nouvelle permet de former un nombre important de médecins et de rompre avec les systèmes traditionnels de formation dans les facultés et les hôpitaux universitaires, coûteux en matériels et en enseignants. Une approche de ce type permettrait peut-être de résoudre le problème du manque de personnels de santé dans les pays en développement. Des équipes médicales cubaines forment déjà des médecins à l'étranger en utilisant ces méthodes, les étudiants en médecine n'ayant donc plus à se rendre à l'étranger pour acquérir une formation. Le Dr González Fernández fait état de statistiques qui montrent l'importance des effectifs formés à Cuba : quelque 45 000 personnes depuis 1961, dont les deux tiers viennent d'Afrique subsaharienne. Cuba a également contribué à la création de 11 écoles de médecine dans des pays du tiers monde, et 305 professeurs cubains enseignent actuellement dans 24 écoles de médecine réparties dans 17 pays. Cette situation montre comment la solidarité internationale et de nouvelles formes de collaboration pourraient contribuer à atténuer la crise actuelle des ressources humaines au niveau mondial.

M. SHARMA (Inde) dit que les migrations des personnels de santé ne peuvent pas être arrêtées, mais qu'elles pourraient être mieux gérées. Les professionnels de la santé ne devraient être employés dans d'autres pays que dans le cadre de contrats à court terme, à l'issue desquels, dotés de leurs nouvelles qualifications, ils devraient retourner dans leur pays. Il conviendrait d'améliorer la planification des ressources humaines dans l'ensemble des pays. Le financement international de l'infrastructure de formation devrait être confié aux pays dotés des compétences techniques et des avantages compétitifs nécessaires. Les conditions de travail des professionnels de la santé dans leur pays d'origine devraient être améliorées, même si l'écart entre les salaires des pays d'origine et des pays d'accueil est aujourd'hui trop grand pour que l'on puisse le combler aisément. Il conviendrait de créer dans chaque pays un registre des professionnels de la santé et une base de données les concernant.

M. SAWERS (Australie) déclare que le Gouvernement de son pays, conscient des conséquences des migrations des personnels de santé pour les pays en développement, se conforme au Code de pratique du Commonwealth pour le recrutement international des personnels de santé. Par diverses mesures, il cherche à accroître l'offre de personnels de santé au niveau national et à améliorer leur productivité. Au niveau international, l'Australie a accordé près de 1400 bourses destinées à des étudiants étrangers, entre 2000 et 2004, pour des études de niveau postsecondaire dans le domaine de la santé. En 2005, 25 % des étudiants de première année de médecine étaient des résidents temporaires, dont un grand nombre sont retournés dans leur pays d'origine à la fin de leur année de stage. En avril 2006, l'Australie a accru les crédits alloués au secteur de la santé dans la région Asie-Pacifique, notamment pour le développement des personnels de santé.

M. Sawers propose de modifier comme suit le libellé du paragraphe 1.1) du projet de résolution : « en envisageant la création de mécanismes ... », puisqu'on ne sait pas encore clairement quels types de mécanismes pourront être utilisés.

Le Dr SANGALA (Malawi) indique que son pays est confronté à une crise des ressources humaines pour la santé. Aujourd'hui, plus de 60 % des postes vacants d'infirmières et plus de 90 % des postes vacants de médecins ne sont pas pourvus. Avec le soutien des partenaires, le Gouvernement de son pays a mis en place un plan d'urgence de six ans, qui doit permettre de recruter, former et fidéliser davantage de personnels de santé en leur offrant une meilleure rémunération qu'aux autres employés du secteur public. Il s'efforce également d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et d'assurer des fournitures médicales adéquates. Le Dr Sangala soutient le projet de résolution.

Le Dr GREGORICH-SCHEGA (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, indique que les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro – s'alignent sur sa déclaration. L'Union européenne et ses Etats Membres ont pris note avec intérêt des mesures proposées dans le rapport. Celles-ci consistent notamment en l'adoption d'incitations visant à encourager le recrutement et la fidélisation des personnels de santé et la tenue de consultations avec les Etats Membres sur l'utilisation de lignes directrices pour un recrutement éthique responsable.

Le Dr Gregorich-Schega se félicite du rôle de l'OMS dans le débat sur les ressources humaines pour la santé. Cependant, le rapport n'examine pas de manière satisfaisante les aspects financiers, comme le fait d'assurer un niveau raisonnable de rémunération et de protection sociale aux personnels de santé. Etant donné la nécessité d'améliorer la situation des personnels de santé du secteur public, l'action de sensibilisation menée par l'OMS à l'échelle internationale et sa participation au dialogue multisectoriel au niveau des pays sont fondamentales. De plus, le rapport ne rend pas compte des effets de l'épidémie de VIH/SIDA sur les personnels de santé et la structure des migrations. Cette épidémie ayant pour effet d'exposer les personnels de santé et d'accroître leur charge de travail, elle se félicite des initiatives récentes de l'OMS.

L'OMS devrait aussi tenir compte du rôle joué par d'autres organisations du système des Nations Unies et les initiatives en faveur de la santé dans le monde dans l'exode des cerveaux pour de nombreux pays. Pour bon nombre de personnels de santé, un emploi au sein du système des Nations Unies constitue un tremplin qui leur permet de quitter définitivement leur pays d'origine. Elle accueille favorablement les actions présentées au paragraphe 24 du rapport en vue d'une collaboration avec les organisations internationales compétentes.

En avril 2006, l'Union européenne a adopté une déclaration consensuelle sur la mise en oeuvre de la stratégie d'action communautaire concernant la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement. Dans le cadre de cette stratégie, l'Union européenne reconnaît que l'action destinée à lutter contre la pénurie de personnels de santé doit commencer au niveau national et être complétée par des mesures à l'échelle régionale et mondiale. Au niveau des pays, l'Union européenne appuiera la mise en oeuvre de stratégies en matière de ressources humaines dans le cadre de programmes de réduction de la pauvreté et des politiques de santé. Elle soutiendra

l'emploi productif, de bonnes conditions de travail, la protection sociale et la mobilité. En instaurant un dialogue avec les organisations professionnelles, les syndicats et les organismes de recherche, il sera possible de créer un consensus en vue de former, soutenir et fidéliser des personnels aptes à répondre aux besoins du secteur de la santé. Ce dialogue portera principalement sur l'élaboration de mesures d'incitation, comme l'amélioration de la formation, des conditions de travail et des perspectives de carrière. Les ressources humaines constituent un élément du coût à long terme des systèmes de santé, et une planification efficace nécessite un financement susceptible d'être maintenu sur une longue période.

Au niveau régional, l'Union européenne appuiera l'évaluation des capacités, l'analyse et le dialogue nécessaires pour mener des actions efficaces de sensibilisation. Dans le cadre de sa stratégie pour l'Afrique, elle dialoguera avec les communautés régionales concernant la crise des ressources humaines et le soutien lié à l'intégration économique régionale et aux accords de partenariat économique. Les migrations vers les pays en développement et les pays développés seront étudiées, et notamment les moyens permettant aux pays d'origine de reconstituer leurs ressources humaines. Les ressources humaines seront ainsi renforcées, au moyen d'accords régionaux sur l'échange et le développement des compétences. Au niveau mondial, il convient de déployer davantage d'efforts pour améliorer les conditions de travail, investir dans la protection sociale et répartir les avantages de la mondialisation d'une manière plus équitable. L'Union européenne est attachée à ces objectifs.

L'Union européenne ne s'opposera pas à l'approbation du projet de résolution, tel qu'il a été amendé par l'Australie.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie) déclare que les migrations internationales des personnels de santé entravent les efforts déployés par les pays en développement pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Une étude réalisée dans son pays en 2003 montre que plus de 200 professionnels de la santé, principalement des médecins, ont quitté le pays pour aller travailler ailleurs. Les pays en développement ne pourront jamais offrir des salaires équivalents à ceux qui sont offerts par les pays riches. Un système de compensation financière pour les coûts de formation serait difficile à mettre en place ; il propose donc que les pays développés aident les pays en développement à accroître leur capacité à former des professionnels de santé afin que ceux-ci aient davantage d'effectifs pouvant travailler dans leur pays d'origine. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr AZIZ (Iraq) dit que des personnels de santé représentant quelque 6500 personnes, dont 1400 médecins, terminent tous les ans leur formation en Iraq. Huit nouvelles écoles de médecine ont été créées, qui produiront 500 professionnels de la santé qualifiés supplémentaires par an. Sept cents étudiants environ obtiennent chaque année leur diplôme dans diverses spécialités médicales. La densité de médecins en Iraq – soit 6,5 pour 10 000 habitants – est inférieure à la moyenne régionale et la pénurie de personnels infirmiers est encore plus marquée. Le problème est exacerbé par l'émigration des personnels de santé hautement qualifiés et s'est aggravé au cours des trois dernières années. Les migrations des personnels de santé ont un effet préjudiciable sur les services de santé, surtout dans les régions reculées. Le Dr Aziz appuie le projet de résolution.

Le Dr ABEYKOON (Sri Lanka) indique que son pays est touché par les migrations des personnels de santé. Selon un article publié dans une grande revue médicale, 1,2 % des médecins exerçant au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et 1,1 % des médecins d'Australie viennent de Sri Lanka. Le fait d'interdire les migrations ou d'adopter des solutions ponctuelles n'améliorera pas la situation : les migrations doivent être gérées avec soin en tenant dûment compte de la planification, de l'éducation, de la formation et de la bonne affectation des professionnels de la santé.

Le Dr Abeykoon appuie le projet de résolution. Un partenariat étroit entre les pays d'origine et les pays bénéficiaires devrait être utile aux uns comme aux autres.

Le Dr OTTO (Palaos) se félicite de l'assistance que l'OMS et d'autres partenaires prêtent à son pays pour le développement des ressources humaines pour la santé. Des mécanismes novateurs pour la santé sont nécessaires, et notamment une collaboration avec les organisations non gouvernementales et le recours à des volontaires qualifiés. L'intervenant appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par l'Australie, mais propose d'apporter deux nouveaux amendements au paragraphe 1.5), consistant à insérer les mots « et des organisations non gouvernementales » après les mots « les secteurs public et privé » et à ajouter le membre de phrase « et envisagent notamment des mécanismes efficaces de recours à des bénévoles formés » à la fin de ce paragraphe.

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud) salue les progrès accomplis par le Secrétariat dans la mise en oeuvre des résolutions WHA57.19 et WHA58.17 sur les migrations internationales des personnels de santé. La Journée mondiale de la Santé portait en 2006 sur les ressources humaines pour la santé, question qui revêt un degré élevé de priorité dans le cadre du onzième programme général de travail, 2006-2015. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé examine les défis à relever dans le domaine des ressources humaines.

Les migrations internationales constituent une priorité. L'Afrique du Sud a conclu un accord bilatéral avec le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord concernant des engagements de durée limitée pour les personnels de santé dans les deux pays. Des accords analogues avec d'autres pays sont en cours de négociation. Les conditions de travail dans les hôpitaux s'améliorent. Des avantages supplémentaires ont été mis en place de manière à pouvoir recruter et fidéliser le personnel dont les qualifications font défaut en milieu rural. Le Dr Chetty appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par l'Australie.

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) fait observer que le succès des efforts déployés en matière de santé publique dépend avant tout des personnels de santé. Le Gouvernement de son pays est parvenu à lutter contre la grippe aviaire grâce à la collaboration entre les experts de l'OMS et les personnels de santé du pays. L'Azerbaïdjan travaille actuellement à renforcer les ressources humaines de son système de santé. Lorsqu'il faut choisir entre l'achat d'un matériel médical coûteux et l'augmentation des salaires du personnel, il conviendrait de choisir d'augmenter les salaires ; ce sont les personnes, et non le matériel médical, qui soignent les patients.

A l'heure actuelle, le Gouvernement d'Azerbaïdjan s'emploie à améliorer la rémunération et les conditions de travail des professionnels de la santé de façon à faire cesser les migrations. Le système de santé s'est beaucoup détérioré par suite de l'effondrement de l'Union des Républiques socialistes soviétiques. Les médecins et les personnels infirmiers se sont orientés vers des emplois plus lucratifs et bon nombre d'entre eux ont émigré. Toutefois, l'exode des personnels s'est ralenti et, aujourd'hui, ne représente plus que le tiers de ce qu'il était auparavant. Les personnels de santé se tournent de nouveau vers les professions libérales et obtiennent de nouveau des diplômes. M. Shiraliyev ne doute pas que l'on puisse atteindre les trois objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Mme RIETSEMA (Medicus Mundi International – Organisation internationale de Coopération pour la Santé), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de l'amélioration de la base de données sur les migrations des personnels de santé, mais souligne l'absence d'informations sur les mouvements de ces personnels, qui passent du secteur public au secteur privé et à des organisations non gouvernementales. Les programmes bien financés mis en oeuvre par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales offrent souvent des salaires supérieurs à ceux du secteur public national, qui se trouve ainsi fragilisé. Ce phénomène demande à être étudié et Mme Rietsema invite le Secrétariat à élaborer un code de pratiques pour faire en sorte que les programmes de lutte contre les maladies ne portent pas atteinte aux systèmes de santé. L'Alliance mondiale pour les personnels de santé devrait renforcer la collaboration entre les pays riches et les pays pauvres de manière à remédier aux inégalités en matière de santé engendrées par les migrations.

Comme le souligne le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*, du fait des migrations, les pays à faible revenu subventionnent en réalité les systèmes de santé des pays à haut revenu. Les donateurs pourraient s'engager à fournir une compensation financière à long terme dans le but de renforcer les systèmes de santé des pays à faible revenu et de limiter les facteurs de départ qui encouragent les migrations. Il n'est pas justifié d'émettre des doutes, comme c'est le cas dans le rapport (paragraphe 19) sur la raison d'être des mécanismes de compensation : les pays à haut revenu ont la capacité de former autant de personnels de santé qu'il leur est nécessaire. Si un nombre suffisant de pays considèrent que la compensation financière constitue une possibilité, il devrait être possible de trouver des moyens d'y parvenir.

Même si le rapport souligne combien il est important de former de nouveaux personnels de santé, il faut également se préoccuper des conditions de travail, des avantages, des salaires, de la gestion et des opportunités dans les pays d'origine si l'on veut aussi éviter la migration des personnels nouvellement formés. La compensation financière ne devrait pas consister uniquement à investir dans la formation, mais devrait aussi contribuer à la création et au maintien de meilleures conditions de travail dans les pays en développement et au renforcement du système de santé dans son ensemble. Mme Rietsema demande que soient pris des engagements financiers à long terme afin de résoudre la crise des ressources humaines pour la santé. Le Secrétariat et les Etats Membres devraient coordonner les multiples initiatives dans ce domaine.

Le Dr KINGMA (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT au nom de l'organisation qu'elle représente et au nom de six professions de santé – dentistes, médecins, sages-femmes, infirmiers, pharmaciens et physiothérapeutes –, déclare que la pénurie de personnels et la détérioration de l'infrastructure de bon nombre de systèmes de santé menacent la qualité des soins et les objectifs nationaux en matière de santé. De plus en plus souvent, les professionnels de santé se trouvent sur un marché du travail mondialisé où les employeurs des secteurs public et privé sont en compétition pour bénéficier de leurs qualifications ; les facteurs qui encouragent les personnels de santé à émigrer ne disparaîtront pas. Les migrations sont souvent nécessaires pour le développement professionnel et les perspectives de carrière, mais les données concernant l'ampleur et la durée de ces migrations sont incomplètes. Le Dr Kingma se félicite des travaux visant à recueillir des données fiables et à les analyser en vue de mieux planifier les ressources humaines.

L'infrastructure et la capacité de formation des pays doivent être renforcées si l'on veut que ceux-ci deviennent autosuffisants dans le domaine des ressources humaines pour la santé. Les pays industrialisés doivent s'employer à limiter les pertes naturelles d'effectifs parmi les étudiants et les diplômés, qui sont particulièrement élevées dans les professions de santé. Il est essentiel de prendre des mesures d'incitation, comme l'égalité de rémunération et la mise en place de systèmes de fidélisation, pour faire en sorte que les professionnels de santé, et notamment les formateurs, restent dans leur propre pays.

Les professionnels de la santé préparent actuellement une campagne qui visera à améliorer les conditions de travail dans le secteur de la santé. L'OMS et les organisations des Nations Unies devraient s'y associer. Il convient d'instaurer une coopération plus étroite entre l'OMS et les professions de santé, qui devraient être représentées à l'organe directeur de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. Quels mécanismes et stratégies le Secrétariat se propose-t-il d'instituer pour renforcer la coopération avec les professions de santé ?

Le Dr OULTON (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation à laquelle elle appartient représente 13 millions de personnels infirmiers dans 129 pays. Les migrations des personnels de santé ne constituent un problème que dans la mesure où elles ont un rapport avec les pénuries. Tant qu'il n'y aura pas d'égalité de rémunération pour des emplois de valeur égale dans les systèmes nationaux de santé et que les professionnels de santé ne pourront pas bénéficier de conditions de travail positives, les personnels infirmiers et les médecins qualifiés continueront à quitter leur pays. Selon les données disponibles, la mobilité des personnels de santé qui, à l'intérieur des pays, quittent le milieu rural pour les zones urbaines et le

secteur public pour le secteur privé constitue un problème encore plus considérable que les migrations internationales. Le Conseil international des Infirmières a entrepris une grande étude de deux ans sur les personnels infirmiers et, en collaboration avec la Commission of Graduates of Foreign Nursing Schools, a créé un Centre international des Migrations d'Infirmières, qui constituera une source d'informations au niveau mondial. Le Dr Oulton serait heureuse que des organisations comme celle qu'elle représente puissent participer aux programmes mis en place en collaboration avec des organisations internationales.

Le Conseil international des Infirmières approuve l'intention du projet de résolution. S'agissant des ressources humaines pour la santé, les principes fondamentaux doivent être les suivants : pour l'ensemble des nations, l'autosuffisance ; pour les pays développés, l'éthique du recrutement ; pour tous les pays, la liberté de décider quelle doit être la composition des personnels de santé dont ils ont besoin ; enfin, dans l'ensemble des Etats Membres, la nécessité d'établir une planification et des orientations appropriées et complètes. Il est essentiel de faire en sorte que les professionnels de santé qualifiés soient suffisamment nombreux – en les réemployant, en les réaffectant et en les formant – pour pouvoir assurer la sécurité des soins, former les étudiants de manière appropriée et permettre à ces derniers d'acquérir une pratique clinique. Toutefois, s'ils concentrent leur attention sur les personnels les moins qualifiés, les pays en développement risquent de connaître une crise analogue à celle à laquelle ils ont été confrontés il y a 30 ans. Il ne faudrait pas répéter les erreurs du passé. La capacité de formation clinique revêt une importance cruciale. Le Conseil international des Infirmières sait bien, comme l'indique son étude, que les personnels infirmiers s'inquiètent d'avoir trop peu de temps pour superviser d'autres catégories de personnels de santé et dispenser des soins aux patients. Quelles mesures l'OMS prend-elle actuellement pour donner un degré de priorité élevé à l'accroissement des effectifs des professions de santé de manière à faire en sorte que les professionnels soient suffisamment nombreux pour s'occuper des patients et superviser d'autres agents de santé ?

Le Dr SHIVA (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* aidera les planificateurs à concentrer leurs efforts sur la formation et le recyclage des personnels de santé. L'organisation qu'elle représente prend l'engagement de contribuer à rassembler des données sur l'incidence des migrations sur les systèmes de santé en Afrique. Deux rapports établis récemment soulignent combien il est difficile de fidéliser les personnels des systèmes de santé nationaux des pays africains et donnent des exemples de méthodes concrètes de fidélisation.¹ Il pourrait aussi être utile d'associer les personnels de santé au processus de planification et de mobiliser la diaspora et les syndicats afin de fidéliser les effectifs. Les ministres de la santé devraient faciliter le retour des agents de santé qui ont quitté leur pays. Pour réellement fidéliser les personnels, il conviendrait que les pays investissent davantage dans leurs propres systèmes de santé – de même que les donateurs internationaux –, comme le recommande le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. Il leur faudrait consacrer au moins US \$10 par personne et par an pour former et fidéliser le million d'agents de santé supplémentaire dont l'Afrique a besoin. La question de la compensation devrait aussi être examinée.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) prend note de la contribution apportée par les Etats Membres de la Région africaine à l'adoption de la résolution WHA57.19, ce qui a donné au Secrétariat la possibilité de faire face à la question complexe des personnels de santé. Le plan d'urgence mis en place au Malawi montre combien il est urgent de faire en sorte de disposer d'un nombre suffisant de personnels de santé. Les migrations des personnels de santé devant se poursuivre durant une longue période, il conviendrait d'établir des plans analogues dans d'autres pays. Des politiques doivent être élaborées pour gérer les migrations, tant dans les pays d'origine que dans les pays bénéficiaires. Un financement spécial est nécessaire pour former les personnels de santé et les ministres de l'éducation,

¹ Blanchet K, Keith R, Shackleton P. *One million more – healthcare professionals for capacity building in Africa*. London, Save the Children, 2006; *Whose charity? Africa's aid to the NHS*. Briefing. London, Save the Children, 2005.

et les établissements d'enseignement supérieurs doivent jouer un rôle plus important. Le soutien apporté par les donateurs devrait être réorienté de manière à fournir un appui direct aux personnels de santé et il conviendrait d'engager un débat approfondi pour déterminer quels devraient être les niveaux de rémunération satisfaisants. Pour faciliter le recueil de renseignements cruciaux, l'OMS soutient activement la mise en place d'un observatoire des ressources humaines pour la santé dans la Région africaine. Les technologies d'apprentissage à distance pourront améliorer l'accès à la formation, surtout dans les petits pays. Une stratégie nouvelle pour les personnels de santé positifs pour le VIH, baptisée « Traiter, former, fidéliser », est en cours d'élaboration et viendra compléter les stratégies nationales en matière de ressources humaines. L'OMS se réjouit à la perspective de travailler avec ses divers partenaires, et notamment les communautés économiques régionales et d'autres partenaires dans des secteurs autres que celui de la santé, dans le cadre de la nouvelle Alliance mondiale pour les personnels de santé.

Le Dr PRESERN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) propose de supprimer les termes « et les fonds mondiaux » au paragraphe 1.3) du projet de résolution, qui contient déjà le membre de phrase « encourageant un soutien financier par des partenaires de l'action de santé mondiale ».

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) donne lecture des quatre amendements qu'il est proposé d'apporter au projet de résolution. L'Australie a proposé de remplacer les termes « créant des » figurant au paragraphe 1.1) par les termes « en envisageant la création de ». Le Royaume-Uni a proposé de supprimer les termes « et les fonds mondiaux » figurant au paragraphe 1.3). Au paragraphe 1.5), les Palaos proposent d'ajouter les termes « et des organisations non gouvernementales » après les termes « les secteurs public et privé » et d'ajouter le membre de phrase « et envisage notamment des mécanismes efficaces de recours à des bénévoles formés » à la fin du paragraphe.

Le Dr WINT (Jamaïque) propose d'insérer les termes « les capacités de formation et » avant les termes « la qualité » au paragraphe 2.3).

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) exprime son inquiétude devant les incidences financières du projet de résolution. Le coût estimatif total de sa mise en oeuvre dépasse US \$18 millions, soit un coût de plus de US \$9 millions pour la période biennale en cours, le montant manquant s'élevant à plus de US \$6 millions. Quelles sont les possibilités de financement pour les fonds manquants ?

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) explique que les fonds qui risquent de faire défaut devraient être obtenus par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé. Les engagements pris depuis sa mise en place, au début de la semaine, représentent déjà entre US \$4 et 5 millions et l'Alliance aura un budget annuel se situant approximativement entre US \$7 et 9 millions.

M. QUASHIGAH (Ghana) dit que l'amendement apporté par l'Australie au paragraphe 1.1) affaiblira la résolution.

M. SAWERS (Australie) indique que, pour le Gouvernement de son pays, l'idée de créer des mécanismes pour atténuer la perte de personnels de santé ne présente pas de difficulté, mais que ce dernier demande que les Etats Membres jouissent d'une certaine latitude pour déterminer quels types de mécanisme conviennent le mieux dans différentes situations. M. Sawers n'a pas encore eu le temps de consulter son Gouvernement sur la question.

Le Dr YOOSUF (Maldives) propose d'insérer le terme « développés » entre les termes « pays » et « d'accueil » au paragraphe 1.1). De petits pays bénéficiaires comme son propre pays n'auront peut-être pas la capacité d'apporter un soutien à d'autres pays.

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

Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 11.7 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R4 et annexe 4, et A59/12) (suite de la neuvième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution révisé, ainsi libellé :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;²

Reconnaissant que plus de 161 millions de personnes dans le monde sont atteintes de déficiences visuelles, parmi lesquelles 37 millions d'aveugles, et que, selon les estimations, 75 % des cas de cécité sont évitables **ou guérissables par des techniques établies et financièrement abordables** ;

Rappelant la résolution WHA56.26 sur l'élimination de la cécité évitable ;

Notant avec inquiétude que 32 % seulement des pays visés avaient rédigé un plan national Vision 2020 en août 2005 ;

Reconnaissant les liens entre pauvreté et cécité et le fait que la cécité fait peser une lourde charge économique sur les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;

Reconnaissant en outre que la lutte contre l'onchocercose et le trachome a progressé grâce à l'engagement de vastes alliances internationales ;

Constatant que de nombreux Etats Membres se sont engagés à fournir un soutien à l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, connue sous le nom de Vision 2020 – le droit à la vue ;

Se félicitant des mesures importantes élaborées aux niveaux sous-régional, régional et international par les Etats Membres en vue de réaliser des progrès notables sur la voie de l'élimination de la cécité évitable moyennant un renforcement de la coopération et de la solidarité internationale ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à redoubler d'efforts pour établir les plans nationaux Vision 2020 demandés dans la résolution WHA56.26 ;

2) à fournir un soutien aux plans Vision 2020 en ~~maintenant le~~ **mobilisant un financement nécessaire au niveau national interne** ;

3) à inclure la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans les plans et objectifs nationaux de développement ;

4) à promouvoir l'intégration de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables **dans les soins de santé primaires** et dans les plans et programmes sanitaires existants aux niveaux régional et national ;

5) à encourager les partenariats entre le secteur public, les organisations non gouvernementales, ~~et le secteur privé,~~ **la société civile et les communautés** dans le cadre de programmes et d'activités de prévention de la cécité à tous les niveaux ;

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.23.

² Document A59/12.

- 6) **à mettre en place et renforcer des services de soins oculaires et à les intégrer dans le système de soins de santé existant à tous les niveaux, y compris la formation et le perfectionnement des agents de santé dans le domaine de la santé oculaire ;**
 - 7) **à mettre à disposition dans les systèmes de santé nationaux les médicaments essentiels et les fournitures médicales nécessaires à la santé oculaire ;**
2. PRIE le Directeur général :
- 1) d'accorder la priorité à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;
 - 2) **a) de fournir l'appui technique nécessaire aux Etats Membres ; et**
b) de soutenir—fournir un soutien à la collaboration entre les pays pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, en particulier dans le domaine de la formation de toutes les catégories de personnel concernées ;
 - 3) de suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, en collaboration avec les partenaires internationaux, et de faire rapport au Conseil exécutif tous les trois ans ;
 - 4) **d'inclure des activités de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans le onzième programme général de travail de l'OMS pour aider à fournir l'appui technique nécessaire aux Etats Membres, et de renforcer les activités nationales, régionales et mondiales de prévention de la cécité ;**
 - 5) **d'ajouter des activités de prévention de la cécité dans le plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et le projet de budget programme 2008-2009 ;**
 - 6) **de renforcer la coopération moyennant des efforts sous-régionaux, régionaux et internationaux en vue de réaliser les objectifs énoncés dans la présente résolution.**

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) ajoute que la délégation de la République bolivarienne du Venezuela a proposé d'insérer deux nouveaux alinéas au paragraphe 1, qui sont libellés comme suit :

- « 7) à promouvoir et à assurer un meilleur accès aux services de santé, en ce qui concerne aussi bien la prévention que le traitement des affections oculaires ;
- 8) à encourager l'intégration, la coopération et la solidarité entre pays dans les domaines de la prévention et des soins s'agissant de la cécité et des déficiences visuelles ; ».

La numérotation du paragraphe 1 serait modifiée en conséquence. De plus, les termes « des activités de » figurant aux alinéas 4) et 5) du paragraphe 2 devraient être supprimés.

A propos des alinéas 4) et 5) du paragraphe 2, M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) demande de quelle manière la question de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables pourra être inscrite au onzième programme général de travail, qui a déjà été approuvé. Dans un même ordre d'idée, comment est-il proposé de l'inclure dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ?

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) déclare que, sous réserve de l'approbation par les Etats Membres, la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables sera incorporée dans les activités visant à réduire la mortalité et la morbidité associées aux maladies chroniques et non transmissibles, où l'accent est mis sur les programmes par pays. Les objectifs stratégiques et les résultats escomptés pour la période considérée sont en train d'être définis et il devrait être possible d'inclure les activités envisagées dans le projet de résolution.

Le Dr LASSMANN (Autriche) dit que l'Union européenne accueille favorablement le nouveau libellé proposé pour les alinéas 4) et 5) du paragraphe 2, mais partage la préoccupation exprimée par le délégué des Etats-Unis d'Amérique. Une autre solution serait de modifier le début de l'alinéa en le libellant comme suit : « de tenir compte de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles

évitables dans la mise en oeuvre du onzième programme général de travail de l'OMS ». L'alinéa 5) du paragraphe 2 pourrait alors être libellé comme suit : « de prendre les activités de prévention de la cécité en considération dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique à moyen terme de l'OMS 2008-2013 et du projet de budget programme 2008-2009 ; ». L'Union européenne préférerait que l'on supprime le paragraphe 1.4).

Le Dr AL-RAJHI (Arabie saoudite) souligne l'importance de la prévention ; il serait facile de réduire de moitié la charge que représente la cécité évitable dans les Etats Membres. Sept des objectifs du Millénaire pour le développement reposent sur des mesures liées à la réalisation des objectifs des plans VISION 2020. La prévention de la cécité devrait donc faire partie du onzième programme général de travail de l'OMS. Il est également évident que la majeure partie des délégués souhaitent faire de cette question un objectif prioritaire dans le cadre du plan stratégique à moyen terme.

Le PRESIDENT invite les délégués de l'Autriche et de l'Arabie saoudite à chercher un accord sur un projet de libellé pour les alinéas considérés.

Mme HEFFORD (Australie) demande ce qui pourrait être fait concernant le paragraphe 2.4) proposé.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) explique que le onzième programme général de travail n'a pas encore été adopté en séance plénière. Il suggère que la Commission approuve un libellé de projet de résolution qui permettrait au Secrétariat de mettre les deux documents en corrélation, un lien existant ainsi entre les activités de prévention de la cécité et le programme général de travail.

Le PRESIDENT suggère de ne pas clore l'examen de ce point de l'ordre du jour afin de permettre de nouvelles consultations.

Il en est ainsi convenu.

(Voir l'approbation du projet de résolution à la page 191 ci-après.)

Le Dr Leppo assume la présidence.

Commerce international et santé : Point 11.10 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R5 et annexe 4, et A59/15) (suite de la dixième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la version révisée du projet de résolution dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur le commerce international et la santé ;¹
Rappelant les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14
et WHA57.19 ;

Constatant la demande d'information sur les répercussions possibles du commerce international et des accords commerciaux sur la santé et la politique de santé aux niveaux national, régional et mondial ;

Consciente de la nécessité pour tous les ministères concernés, y compris les ministères de la santé, du commerce, des finances et des affaires étrangères, de travailler ensemble de façon

¹ Document A59/15.

constructive pour veiller à ce que les intérêts du commerce et de la santé soient pris en compte de façon équilibrée et coordonnée ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à promouvoir un dialogue **entre les différentes parties prenantes** au niveau national afin d'étudier l'interaction entre commerce international et santé ;
- 2) à adopter, si nécessaire, des politiques, des lois et des réglementations relatives aux questions que ce dialogue aura permis de recenser, ainsi qu'à tirer parti des possibilités et à relever les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé ;
- 3) à appliquer ou à élaborer, si nécessaire, des mécanismes de coordination associant les ministères des finances, de la santé et du commerce, et d'autres institutions compétentes, pour étudier les aspects du commerce international liés à la santé publique ;
- 4) à établir des relations constructives et interactives entre le secteur public et le secteur privé afin d'assurer la cohérence des politiques commerciales et sanitaires nationales ;
- 5) à continuer à développer les capacités au niveau national pour rechercher et analyser les possibilités et les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la performance du secteur de la santé et les résultats sur le plan sanitaire **en tenant également compte des problèmes particuliers des pays par lesquels transitent des biens et services de santé ;**
- 6) **à traduire dans des textes de loi nationaux toutes les flexibilités qu'autorisent les accords commerciaux internationaux afin de faire face aux problèmes de santé ;**

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande et en collaboration avec les organisations internationales compétentes, pour qu'ils puissent élaborer des politiques cohérentes de gestion des liens entre commerce et santé ;
- 2) de répondre aux demandes d'appui des Etats Membres qui s'efforcent de développer leur capacité à mieux comprendre les répercussions du commerce international et des accords commerciaux pour la santé et à traiter les questions pertinentes à travers des politiques et une législation qui tirent parti des possibilités et relèvent les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé ;
- 3) de continuer à collaborer avec les organisations internationales compétentes afin de favoriser la cohérence des politiques des secteurs du commerce et de la santé aux niveaux régional et mondial, y compris en produisant et en échangeant des données factuelles sur les liens entre le commerce et la santé ;
- 4) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) fait observer que le libellé initial a été adopté par consensus par le Conseil exécutif. Il s'interroge sur le sens des termes « problèmes particuliers des pays par lesquels transitent des biens et services de santé » figurant au paragraphe 1.5). Il semble que d'autres résolutions de l'Assemblée de la Santé, et notamment la proposition de résolution sur les droits de propriété intellectuelle, prévoient de manière appropriée ce qu'il est proposé d'ajouter par l'insertion d'un nouveau paragraphe 1.6).

Le Dr BOR (Turquie) modifie l'amendement proposé par son pays au paragraphe 1.5), qui est donc libellé comme suit : « en tenant également compte des problèmes particuliers auxquels tous les pays par lesquels transitent des biens et services de santé peuvent être confrontés ». Les accords commerciaux internationaux causent d'importants problèmes de santé publique, que l'on ne devrait pas ignorer. Les produits visés par ces accords ont une incidence sur la santé publique dans les pays

par lesquels ils transitent. L'amendement élargit la portée du projet de résolution de manière à tenir compte de cette préoccupation.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que cette explication ne suffit pas à dissiper ses doutes.

M. SHARMA (Inde) déclare que le nouveau paragraphe 1.6) qu'il a proposé est pleinement conforme à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et à la Déclaration de Doha. Les pays en développement devraient traduire dans les textes de loi nationaux les flexibilités qu'autorisent les divers accords commerciaux internationaux. Néanmoins, il n'est pas opposé à une modification du libellé de la proposition d'amendement.

M. SAWERS (Australie) déclare partager les préoccupations exprimées par les Etats-Unis d'Amérique concernant les amendements qu'il est proposé d'apporter à un texte qui est le résultat d'un accord minutieusement mis au point au Conseil exécutif. La logique de l'amendement proposé par le délégué de la Turquie est difficile à comprendre. L'amendement proposé par le délégué de l'Inde et le projet de résolution sur les droits de propriété intellectuelle font double emploi ; enfin, d'autres points que ce dernier a soulevés sont déjà pris en compte, dans une certaine mesure, au paragraphe 1.5). L'Accord sur les ADPIC permet aux pays de faire usage des flexibilités prévues dans les accords internationaux, sans toutefois le leur imposer.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que, dans ce cas, il préférerait que le nouveau paragraphe 1.6) proposé soit tout simplement supprimé.

M. SHARMA (Inde) suggère qu'il serait peut-être possible de supprimer le paragraphe 1.6) et d'ajouter le membre de phrase « en utilisant les flexibilités prévues par ces accords » à la fin du paragraphe 1.2).

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que le projet de résolution permet d'attirer l'attention sur les répercussions positives et négatives des échanges internationaux sur la santé publique. Il s'agit d'accroître les effets positifs et de réduire les effets négatifs. Il appuie la proposition visant à supprimer le paragraphe 1.6). Si la Commission décide d'approuver le projet de résolution sans amendement, elle devrait au moins prendre note des préoccupations exprimées par les délégués de l'Inde et de la Turquie.

Le Dr BOR (Turquie) dit que, même si la question sur laquelle porte l'amendement proposé revêt pour son pays une grande importance, il est prêt à le retirer pour faciliter le consensus.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique), se félicitant de l'esprit de coopération dont font preuve les auteurs des amendements, dit qu'il pourrait accepter la proposition de l'Inde si le libellé du paragraphe 1.2) était modifié comme suit : « en envisageant, le cas échéant, d'utiliser les flexibilités prévues par ces accords ».

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 sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.26.

Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique : Point 11.5 de l'ordre du jour (documents A59/10 et A59/10 Add.1) (suite de la septième séance)

Le PRESIDENT rappelle que le projet de résolution figurant dans le document A59/10 a été examiné par un groupe de travail.

Le Professeur WICHIT SRISUPHAN (Thaïlande), prenant la parole en sa qualité de Président du groupe de travail, dit que, malgré tous ses efforts, le groupe n'a pu parvenir à un consensus sur un texte final. Il propose donc que le texte finalisé par le groupe de travail soit soumis, pour examen, à la cent dix-neuvième session du Conseil exécutif.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que la Commission souhaite recommander l'adoption de la décision suivante par l'Assemblée de la Santé :

« **Décision :** La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de soumettre le texte du projet de résolution intitulé : « Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique », tel qu'il a été proposé par un groupe de travail de la Commission A, au Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, pour un examen plus approfondi ».

Il en est ainsi décidé.¹

Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation : Point 11.17 de l'ordre du jour (document A59.23) (suite)

- **Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux** (résolution WHA54.12) (suite de la troisième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un projet de résolution proposé par les délégations du Botswana, du Canada, de Fidji, de l'Irlande, de la Jamaïque, de la Jordanie, de Nauru, de la Nouvelle-Zélande, du Pakistan, du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, des Seychelles, de la Thaïlande et du Zimbabwe, et dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport de situation sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux ;²

Reconnaissant le rôle primordial des ressources humaines pour la santé dans le bon fonctionnement des systèmes de santé des pays, souligné dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ;³

Reconnaissant également l'importance capitale de la contribution des personnels infirmiers et obstétricaux aux systèmes de santé, à la santé des personnes qu'ils servent et aux activités destinées à réaliser les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, et ceux des programmes prioritaires de l'OMS ;

Rappelant la résolution WHA57.19 sur le défi que constituent les migrations internationales des personnels de santé ;

¹ Cette décision a été transmise à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adoptée sous la cote WHA59(12).

² Document A59/23.

³ Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

Reconnaissant les effets des incitations au départ et des facteurs d'attraction dans les pays concernés ;

Préoccupée par la pénurie durable d'infirmières et de sages-femmes dans de nombreux pays, et par ses répercussions aussi bien sur les soins de santé qu'à un niveau plus général ;

Ayant à l'esprit les résolutions antérieures sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, et notamment les résolutions WHA42.27, WHA45.5, WHA49.1 et WHA54.12, et les orientations stratégiques pour les services infirmiers et obstétricaux établies pour la période 2002-2008 ;¹

Notant avec préoccupation que des Etats Membres ne reconnaissent pas encore pleinement le rôle des soins infirmiers et obstétricaux dans leurs programmes et leurs pratiques ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à confirmer leur détermination à renforcer les soins infirmiers et obstétricaux par les mesures suivantes :

- 1) mettre sur pied des programmes complets de développement des ressources humaines qui, dans leurs services de santé, favorisent le recrutement et la fidélisation d'un nombre suffisant de personnels infirmiers et obstétricaux qualifiés et motivés ;
 - 2) associer étroitement les infirmières et les sages-femmes au développement de leurs systèmes de santé et à l'élaboration, à la planification et à la mise en oeuvre de la politique de santé à tous les niveaux, et notamment veiller à ce que soient créés dans les services publics des postes de responsables des soins infirmiers et obstétricaux dotés d'une réelle influence ;
 - 3) garantir des progrès continus en vue de l'application au niveau national des orientations stratégiques de l'OMS en matière de soins infirmiers et obstétricaux ;
 - 4) examiner régulièrement la législation et la réglementation relatives aux soins infirmiers et obstétricaux pour s'assurer qu'ils permettent aux infirmières et aux sages-femmes de jouer un rôle optimal compte tenu de l'évolution de la situation et des besoins ;
 - 5) fournir un appui pour la collecte et l'utilisation de données de base sur les soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des systèmes nationaux d'information sanitaire ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de garantir la participation des infirmières et des sages-femmes à la planification intégrée des ressources humaines pour la santé, notamment en ce qui concerne les stratégies qui permettront de garder des effectifs suffisants de personnels infirmiers et obstétricaux compétents ;
 - 2) de continuer à fournir un appui au Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux, et de veiller à ce que l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique et des programmes de l'OMS bénéficient de la contribution des soins infirmiers et obstétricaux ;
 - 3) d'apporter un soutien aux Etats Membres pour qu'ils utilisent au mieux la contribution des soins infirmiers et obstétricaux à la mise en oeuvre des politiques nationales de santé et à la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
 - 4) d'encourager et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils puissent offrir des milieux de travail sûrs qui contribuent à fidéliser les personnels infirmiers et obstétricaux ;
 - 5) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010 sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

¹ Organisation mondiale de la Santé, *Orientations stratégiques pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux 2002-2008*. Genève, 2002.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que, malgré le renforcement des moyens de formation du personnel de soins infirmiers et obstétricaux dans les établissements publics et privés, la Thaïlande continue à être confrontée à une pénurie de personnel, dont la répartition demeure par ailleurs inéquitable. La Thaïlande dispose d'une infirmière pour 740 habitants, alors que l'objectif national est d'une infirmière pour 500 habitants. Depuis plusieurs décennies, les personnels de soins infirmiers et obstétricaux, qui constituent l'élément central du système de santé, jouent un rôle primordial dans le développement sanitaire de son pays, où ils sont employés dans des établissements hospitaliers, au niveau provincial et au niveau des districts et des sous-districts, et dans des hôpitaux spécialisés. Les personnels infirmiers ont amélioré la situation sanitaire, notamment par la prévention, les soins curatifs et la réadaptation. Ils remplissent des fonctions multiples, par exemple dans le domaine des soins obstétricaux, des soins communautaires et des soins de santé primaires pour le traitement des maladies courantes et en matière d'anesthésie et de soins infirmiers cliniques. Récemment, la mise en place d'une couverture universelle en Thaïlande a sollicité les ressources humaines jusqu'à la limite dans le secteur public de la santé, y compris le personnel de soins infirmiers. En outre, l'accroissement de la demande de soins dans les hôpitaux privés, due à la croissance économique et à l'existence de salaires bien supérieurs dans le secteur privé, contribue à la migration interne du personnel de soins infirmiers, qui quitte le secteur public pour le secteur privé. On constate également une progression des migrations internationales.

Appuyant fermement le projet de résolution, le Dr Suwit Wibulpolprasert propose d'y apporter certains amendements. Au paragraphe 1.1), il propose d'ajouter le membre de phrase « tout en assurant une répartition géographique équitable » après « fidélisation », d'ajouter les mots « représentant un éventail équilibré de compétences » après les mots « qualifiés et motivés », d'ajouter un nouveau paragraphe 1.6) libellé comme suit « encourager l'élaboration et l'application de principes éthiques de recrutement, aux niveaux national et international, de personnels infirmiers et obstétricaux » et, enfin, d'insérer un nouveau paragraphe 2.3), libellé comme suit « de fournir un appui aux Etats Membres, en collaboration avec des partenaires locaux et mondiaux, afin de renforcer l'application de principes éthiques de recrutement ».

Mme BARNES (Irlande), appuyant le projet de résolution, souligne que les personnels de soins infirmiers et obstétricaux revêtent une importance primordiale pour les services de santé, la promotion de la santé, la prévention, les traitements et la réadaptation. Les soins infirmiers et obstétricaux sont essentiels pour le développement des actions sanitaires en vue d'atteindre les objectifs nationaux. Les soins de santé exigent une main-d'oeuvre abondante et il faudrait que soit intégrée une bonne utilisation du personnel de soins infirmiers et obstétricaux dans la planification des ressources humaines ; dans ce domaine, il est essentiel de pouvoir disposer de personnels compétents.

Le fait d'utiliser pleinement les compétences du personnel de soins infirmiers et obstétricaux permettrait de réduire les coûts et d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients. Mme Barnes demande donc au Directeur général de continuer à fournir un appui au Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux et de veiller à ce que ce secteur apporte une contribution à la politique de l'OMS, de faire en sorte que celui-ci tienne une place importante dans les travaux de la nouvelle Alliance mondiale pour les personnels de santé, et de soutenir les Etats Membres pour qu'ils offrent des conditions de travail sûres, qui encouragent le personnel infirmier à rester.

Mme BANDAZI (Malawi), appuyant le projet de résolution, fait observer que les questions pertinentes ont été pour la plupart examinées au titre du point de l'ordre du jour consacré aux migrations internationales des personnels de santé. Au Malawi, les travailleurs migrants sont en majeure partie des personnels infirmiers ; 60 % des postes de personnels infirmiers sont vacants et, de ce fait, ceux qui restent travaillent dans de mauvaises conditions et sont démoralisés. Les établissements de formation ne produisent pas suffisamment de personnels infirmiers. Il sera donc difficile au Malawi d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Malawi a mis en route un plan d'urgence dans le domaine de la formation et a entrepris d'investir dans l'infrastructure, avec l'appui de partenaires, en vue d'augmenter le nombre de salles de classe, de bibliothèques et de foyers pour étudiants pour que les écoles de soins infirmiers puissent

accueillir deux fois plus d'élèves. Les personnels enseignants en cours de formation sont plus nombreux. La fidélisation du personnel de soins infirmiers étant fondamentale, le Malawi mettra en place des mesures d'incitation à l'intention des personnes qui travaillent dans des zones reculées où les logements font défaut. Le pays fournit à l'heure actuelle du matériel et une formation aux personnels infirmiers du secteur public. Le recrutement du personnel à la retraite et des personnes exerçant des activités autres que les soins infirmiers a commencé, ce qui, d'après une étude récente, donne de bons résultats. Certaines difficultés d'ordre bureaucratique demeurent, par exemple dans le domaine du recrutement et du paiement des traitements. Toutefois, le Malawi s'emploie à régler ces problèmes, et les soins infirmiers bénéficient du soutien nécessaire.

Le Dr Ramadoss assume la présidence.

M. KAZENENE (Zambie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que cette Région connaît une pénurie de personnels de santé, en particulier, d'infirmières et de sages-femmes, due aux migrations, à l'insuffisance des nouveaux personnels et à la réduction des effectifs due au VIH/SIDA. Afin de donner suite à la résolution WHA54.12 sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, les pays de la Région ont adopté des orientations stratégiques pour le renforcement de ces services ; il devrait en résulter une amélioration des systèmes nationaux de santé, de sorte que les objectifs de santé prioritaires et les objectifs énoncés dans la Déclaration du Millénaire puissent être atteints. Certains pays ont modifié leur cadre réglementaire et leurs programmes de formation afin de renforcer le rôle des personnels de soins infirmiers et obstétricaux. La Région a tiré profit de ses orientations stratégiques et de la mise en oeuvre de la résolution WHA54.12, ce qui permettra de renforcer les services de santé. M. Kazenene appuie le projet de résolution.

Mme WANGMO (Bhoutan) appuie le projet de résolution. Elle est pleinement consciente du rôle des services de soins infirmiers et obstétricaux, sans lesquels son pays ne serait pas en mesure d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Une importance particulière est accordée à la bonne planification de ces services, et notamment la formation et la fidélisation des personnels. Elle prie instamment le Directeur général de fournir un appui aux Etats Membres afin qu'ils puissent renforcer leurs services de soins infirmiers et obstétricaux. Etant donné la situation actuelle de ces deux professions, il est impératif que le Secrétariat s'assure de la mise en oeuvre du projet de résolution et fasse rapport sur ce sujet à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr AHMED (Pakistan) dit que, dans la quasi-totalité des pays, les personnels de soins infirmiers et obstétricaux constituent le premier groupe de professionnels de la santé, sur le plan des effectifs ; ils sont également ceux qui ont le plus de contacts avec les patients. Ils jouent un rôle capital pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs des programmes prioritaires de l'OMS. Une pénurie de personnels de santé aurait des conséquences préjudiciables pour les patients et les systèmes de santé. Le Pakistan partage les préoccupations de bon nombre d'autres pays concernant le recrutement et la fidélisation du personnel de soins infirmiers et obstétricaux. La crise exige qu'une action urgente et viable à long terme soit menée par les pays, avec l'appui international. Le Pakistan reconnaît qu'il doit renforcer ses propres capacités ; c'est pourquoi il travaille avec l'OMS et d'autres organisations internationales pour accueillir en 2006 une consultation de haut niveau sur les soins infirmiers et obstétricaux, dans le cadre de laquelle les questions locales, régionales et internationales seront examinées.

Il convient de mener une action concertée pour enrayer la crise, et l'Assemblée de la Santé doit suivre l'évolution de la situation dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux, car les pays sont tributaires des infirmières et des sages-femmes pour assurer les services de santé essentiels.

Mme WISEMAN (Canada) reconnaît que le personnel de soins infirmiers et obstétricaux contribue à la santé des populations dans le monde. Toutefois, la pénurie que connaissent certains pays dans ce secteur représente aujourd'hui un obstacle majeur à la réalisation des objectifs du Millénaire

pour le développement. La crise exige qu'une action urgente et viable à long terme soit conduite par les pays en vue de renforcer les capacités et de parvenir à l'autosuffisance.

Mme VALLIMIES-PATOMÄKI (Finlande) dit que, vu l'importance que l'Assemblée de la Santé attache aux ressources humaines pour la santé, elle s'attendait à ce que la question figure en meilleure place sur son ordre du jour. Exprimant son soutien au projet de résolution, elle propose deux amendements : l'adjonction, au paragraphe 2.2), du membre de phrase « et de recruter des infirmières et des sages-femmes dans tous les programmes pertinents de l'OMS, » après « Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux, et » et, au paragraphe 2.5), l'adjonction d'une invitation, à l'intention du Directeur général, pour le prier de faire rapport à l'Assemblée de la Santé non seulement en 2010, mais aussi en 2008.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) dit que, dans certains pays, les conflits, les maladies et les migrations internationales ont mis les personnels de soins infirmiers et obstétricaux, qui jouent un rôle essentiel dans les soins de santé, dans une situation critique. Il conviendrait de stabiliser et d'inverser la situation en faisant en sorte que les hauts fonctionnaires de l'administration puissent émettre des avis dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux. Il faudrait aussi que ce secteur offre des perspectives de carrière attrayantes tant aux nouveaux venus qu'aux professionnels déjà en poste. Les conditions de travail devraient être en adéquation avec les responsabilités professionnelles et comprendre notamment une rémunération équitable, des perspectives de carrière et la possibilité de faire preuve de jugement sur la façon dont les soins sont dispensés. Le Dr Matheson se félicite du projet de résolution et se réjouit à la perspective de pouvoir collaborer à sa mise en oeuvre avec les gouvernements, l'Assemblée de la Santé et des organisations et organismes tels que l'OMS, l'OIT, le Conseil international des Infirmières et le Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux. Chaque pays devrait conserver, soutenir et renforcer les professions essentielles considérées.

M. RUÍZ MATUS (Mexique) se prononce en faveur du projet de résolution.

(Voir l'approbation du projet de résolution à la page 187 ci-après.)

Droits de propriété intellectuelle : Point 11.11 de l'ordre du jour (suite)

- **Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique** (documents A59/16, A59/16 Add.1 et A59/16 Add.2) (suite de la cinquième séance, section 2)
- **[Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé** (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117/R13 et annexe 4, et A59/17) (suite de la cinquième séance, section 2)

Le PRESIDENT appelle l'attention de la Commission sur un nouveau projet de résolution établi par un groupe de travail à composition non limitée, dont le libellé est le suivant :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA56.27, par laquelle le Directeur général était prié d'établir le mandat d'un organe approprié de durée limitée pour recueillir des données et des propositions auprès des différents acteurs concernés et publier une analyse des droits de propriété intellectuelle, de l'innovation et de la santé publique ;

Rappelant en outre les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA54.10 et WHA57.14 ;

Ayant examiné le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;¹

Consciente de la charge croissante due aux maladies et aux affections qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement, particulièrement les femmes et les enfants, et consciente notamment de la charge accrue des maladies non transmissibles ;

Considérant la nécessité de continuer à mettre au point de nouveaux produits² sûrs et peu coûteux contre des maladies transmissibles telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose et contre d'autres maladies ou pathologies qui affectent dans une mesure disproportionnée les pays en développement ;

Consciente des occasions offertes par les percées biomédicales et de la nécessité de mieux en tirer parti pour mettre au point de nouveaux produits, afin notamment de répondre aux besoins de la santé publique dans les pays en développement ;

Consciente des progrès considérables réalisés ces dernières années par les gouvernements, l'industrie, les fondations à but non lucratif et les organisations non gouvernementales pour financer des initiatives visant à mettre au point de nouveaux produits contre des maladies touchant les pays en développement et à améliorer l'accès aux produits existants ;

Reconnaissant toutefois qu'une action bien plus large s'impose face à l'ampleur des souffrances et de la mortalité évitables ;

Soucieuse de la nécessité de mettre au point des outils sanitaires appropriés, efficaces et sûrs à l'intention des malades qui vivent dans des milieux défavorisés ;

Considérant qu'il est urgent de mettre au point de nouveaux produits contre des menaces émergentes telles que la tuberculose polypharmacorésistante et contre d'autres maladies infectieuses revêtant une importance particulière pour les pays en développement ;

Consciente de la nécessité de disposer de fonds supplémentaires pour les activités de recherche-développement destinées à la mise au point de nouveaux vaccins, moyens diagnostiques et produits pharmaceutiques, y compris les microbicides, contre des maladies, notamment le SIDA, qui touchent avant tout les pays en développement ;

Reconnaissant l'importance et la nécessité de partenariats public/privé consacrés à la mise au point de nouveaux médicaments essentiels et outils de recherche, et consciente de la nécessité, pour les gouvernements, de définir un programme de santé prioritaire axé sur les besoins et de fournir un appui politique et des sources de financement durables pour ces initiatives ;

Reconnaissant également l'importance des investissements publics et privés pour le développement de nouvelles technologies médicales ;

Considérant qu'un certain nombre de pays en développement ont renforcé leurs capacités de recherche-développement pour la mise au point de nouvelles technologies sanitaires et que leur rôle sera de plus en plus décisif, et reconnaissant la nécessité de continuer à soutenir les activités de recherche menées dans les pays en développement et par ces pays ;

Notant que les droits de propriété intellectuelle constituent un stimulant important pour la mise au point de nouveaux produits liés à la santé ;

Constatant toutefois que ce moyen ne suffit pas pour répondre au besoin de mise au point de nouveaux produits lorsque le marché lucratif potentiel lié à certaines maladies est réduit ou incertain ;

¹ *Santé publique, innovation et droits de propriété intellectuelle*. Rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique. Avril 2006.

² Le terme « produits » doit être entendu ci-après comme incluant les vaccins, les produits diagnostiques et les médicaments.

Notant que la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique confirme que l'Accord n'empêche pas, et ne doit pas empêcher, les Membres d'adopter des mesures visant à protéger la santé publique ;

Notant par ailleurs que la Déclaration, tout en réitérant l'engagement en faveur de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), affirme que l'Accord peut et doit être interprété et appliqué de façon à soutenir le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ;

Tenant compte du fait que l'article 7 de l'Accord sur les ADPIC souligne que « la protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances technologiques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations » ;

Soulignant que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme reconnaît que « toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent » et que « chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur » ;

Préoccupée par l'incidence que le prix élevé des médicaments a sur l'accès aux traitements ;

Consciente de la nécessité de promouvoir une réflexion nouvelle sur les mécanismes susceptibles de favoriser l'innovation ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les capacités des institutions et entreprises publiques locales dans les pays en développement pour qu'elles contribuent et participent aux efforts de recherche-développement ;

Notant qu'il est demandé dans le rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique que l'OMS établisse un plan d'action mondial visant à assurer un financement accru et durable en vue de mettre au point des produits permettant de lutter contre des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement et de les rendre accessibles ;

1. SE FELICITE du rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique et exprime ses remerciements au Président, au Vice-Président et aux membres de la Commission pour le travail accompli ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :¹

1) à faire de la santé mondiale et des médicaments un secteur prioritaire, à prendre des mesures résolues pour bien définir les priorités de la recherche-développement axées sur les besoins des malades, notamment là où les ressources manquent, et à mettre en oeuvre des initiatives collectives de recherche-développement associant les pays d'endémie ;

2) à examiner les recommandations contenues dans le rapport, à contribuer activement à l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux et à participer activement, avec le Secrétariat et des partenaires internationaux, au soutien des activités essentielles de recherche-développement dans le domaine médical ;

3) à faire en sorte que les progrès des sciences fondamentales et de la biomédecine débouchent sur la mise au point de produits sanitaires améliorés, sûrs et d'un coût abordable – médicaments, vaccins et moyens diagnostiques – répondant aux besoins de tous les malades et utilisateurs, particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté, compte tenu du rôle déterminant de la sexospécificité, et à veiller à ce que ces capacités soient

¹ Le cas échéant, également les organisations d'intégration économique régionale.

- renforcées pour que des médicaments essentiels soient rapidement fournis à la population ;
- 4) à favoriser la prise en compte dans les accords commerciaux des flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et reconnues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;
 - 5) à veiller à ce que le rapport de la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique figure à l'ordre du jour des comités régionaux de l'OMS en 2006 ;
3. DECIDE :
- 1) de constituer, conformément à l'article 42 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, un groupe de travail intergouvernemental ouvert à tous les Etats Membres intéressés et chargé d'élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux pour fournir un cadre à moyen terme fondé sur les recommandations de la Commission ; cette stratégie et ce plan d'action auront notamment pour objectif d'assurer une base plus solide et durable pour les activités essentielles de recherche-développement en santé axées sur les besoins, qui intéressent des maladies touchant de manière disproportionnée les pays en développement, de proposer des objectifs et des priorités clairs pour la recherche-développement et d'estimer les besoins financiers en la matière ;
 - 2) que les organisations d'intégration économique régionale constituées d'Etats souverains, Membres de l'OMS, auxquelles leurs Etats Membres ont donné compétence pour les questions visées par la présente résolution, y compris pour l'adhésion à des règlements internationaux juridiquement contraignants, peuvent participer, conformément à l'article 55 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, aux travaux du groupe de travail intergouvernemental mentionné au paragraphe 1) ;
 - 3) de demander au groupe de travail susmentionné de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis en accordant une attention particulière à la recherche axée sur les besoins et aux autres domaines pouvant faire l'objet d'actions précoces ;
 - 4) que le groupe de travail présentera la version finale de la stratégie et du plan d'action mondiaux à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de réunir immédiatement le groupe de travail intergouvernemental et de lui allouer les ressources nécessaires ;
 - 2) d'inviter, en qualité d'observateurs aux sessions du groupe de travail intergouvernemental, les représentants d'Etats non Membres, des mouvements de libération visés dans la résolution WHA27.37, des organisations du système des Nations Unies, des organisations intergouvernementales avec lesquelles l'OMS a établi des relations et des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, qui assisteront aux sessions du groupe de travail en application du Règlement intérieur et des résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé ;
 - 3) d'inviter des experts et un nombre limité d'entités publiques et privées intéressées à assister aux réunions du groupe de travail intergouvernemental et à apporter leurs conseils et leurs compétences techniques, le cas échéant, à la demande du Président, compte tenu de la nécessité d'éviter les conflits d'intérêt ;
 - 4) de continuer à publier des rapports de santé publique sur la recherche-développement concernant, du point de vue de la santé publique, les lacunes et les besoins concernant les produits pharmaceutiques et de présenter périodiquement des rapports à ce sujet ;
 - 5) de continuer à surveiller, du point de vue de la santé publique, en consultation avec d'autres organisations internationales selon qu'il conviendra, l'incidence des droits de

propriété intellectuelle et d'autres questions traitées dans le rapport de la Commission sur la mise au point de produits liés à la santé et à l'accès à ces produits, et de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé.

M. SILBERSCHMIDT (Suisse), prenant la parole en sa qualité de Président du groupe de rédaction, dit que les deux projets de résolutions initiaux ont été fondus en un seul projet. Une petite modification d'ordre rédactionnel doit être apportée à la version anglaise du texte : au paragraphe 3.1), le membre de phrase « Such a strategy and plan of action aimed at » devrait être modifié comme suit : « Such a strategy and plan of action aims at ».

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution, ainsi amendé.

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

Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation : Point 11.17 de l'ordre du jour (document A59/23) (reprise)

• **Renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (résolution WHA54.12)** (reprise)

Mme ZHANG Lingli (Chine) se félicite de ce que la question des soins infirmiers et obstétricaux ait été inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé. La Chine a établi un plan en matière de soins infirmiers pour 2005-2010 et travaille actuellement à l'élaboration d'une réglementation. Un manuel sur la gestion des qualifications dans le domaine des soins obstétricaux est en cours d'élaboration, de manière à améliorer les services de soins infirmiers et obstétricaux. La pénurie de personnels dans ce secteur constitue un problème au niveau mondial, auquel la Chine est elle aussi confrontée. Mme Zhang Lingli appuie le projet de résolution. Le Directeur général devrait continuer à consacrer son attention à la question des soins infirmiers et obstétricaux, et notamment en fournissant un appui aux pays en développement dans le cadre de politiques préférentielles et d'une assistance technique.

Mme CHASOKELA (Zimbabwe) appuie le projet de résolution.

Le Dr AL-THANI (Qatar) dit que le Qatar connaît une pénurie de personnels de soins infirmiers et obstétricaux qualifiés, le pays ne fournissant que 14 % de ces personnels. Il remercie le Secrétariat pour son soutien dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux et invite instamment les Etats Membres à redoubler d'efforts pour renforcer ces deux professions. Il appuie le projet de résolution.

Mme SOUSA (Portugal) appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par la Finlande. Les personnels de soins infirmiers et obstétricaux représentent jusqu'à 80 % des personnels de santé et il est essentiel d'élaborer une stratégie pour consolider ces deux professions et renforcer ainsi la motivation des personnels de manière qu'ils se sentent davantage valorisés.

Mme TRUELSEN (Danemark), exprimant sa large adhésion au projet de résolution, estime toutefois que les recommandations détaillées figurant au paragraphe 1.2) sur la façon dont les Etats Membres devraient organiser les services chargés de la santé ne relèvent pas du mandat naturel de l'OMS. Elle suggère donc de remplacer le libellé de l'alinéa, après « à tous les niveaux, et notamment

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.24.

veiller à ce que », par le membre de phrase « les soins infirmiers et obstétricaux soient représentés à tous les niveaux gouvernementaux appropriés ».

Mme IWASAWA (Japon) appuie le projet de résolution, car le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux est primordial si l'on veut préserver les systèmes de santé. Elle annonce que le Conseil international des Infirmières et l'Association japonaise des Personnels infirmiers accueilleront conjointement la Conférence internationale du Conseil international des Infirmières, qui se tiendra à Yokohama du 27 mai au 1^{er} juin 2007.

M. KINGHAM (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) appuie vivement les mesures visant à renforcer les soins infirmiers et obstétricaux. Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle capital dans les systèmes de santé car non seulement elles permettent d'offrir des soins de santé à la population au niveau national, mais elles contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par la Finlande.

Mme BEHRENS (Etats-Unis d'Amérique) dit que les personnels infirmiers et obstétricaux représentent dans le monde la catégorie de personnels de santé la plus importante et sont donc essentiels si l'on veut dispenser des soins de qualité et assurer la santé générale des populations. La pénurie à laquelle un grand nombre de pays sont déjà confrontés devient un phénomène mondial qui a une grave incidence sur les soins, même aux niveaux les plus élémentaires. Selon un rapport, il manque 6000 infirmières en Afrique subsaharienne si l'on veut pouvoir accélérer les actions prioritaires.

Les personnels infirmiers vieillissent. Les gouvernements, les établissements d'enseignement supérieur et le secteur de la santé doivent investir dans l'infrastructure de formation pour former des personnels infirmiers, et les rémunérations doivent correspondre aux niveaux élevés de qualification des infirmières et des sages-femmes. Elle est favorable à l'adoption du projet de résolution, tel qu'il est présenté ; l'Assemblée de la Santé montrera ainsi qu'elle reconnaît que la pénurie de personnels de soins infirmiers et obstétricaux entrave gravement la qualité des soins de santé. Le fait de demander qu'un rapport soit soumis à l'Assemblée de la Santé en 2010 permettra de s'assurer que la question fait l'objet d'une attention constante.

Mme COOPER-SHARPE (Jamaïque) dit que, dans son pays, le personnel de soins infirmiers et obstétricaux est associé à toutes les initiatives dans le domaine des ressources humaines liées à la santé, notamment pour ce qui est de la recherche, l'élaboration des politiques et la prise de décision à tous les niveaux. Les programmes des écoles de soins infirmiers ont été régulièrement actualisés, la formation a été améliorée et les besoins en matière de formation postsecondaire ont fait l'objet d'une réglementation, ce qui a permis de garantir l'utilité pratique et de renforcer les capacités afin de relever les défis en matière de santé. Bien que la Jamaïque soit confrontée à de graves obstacles qui entravent le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux, elle continuera à chercher de nouveaux moyens de les surmonter.

Le Dr MOETI (Botswana) déclare que les soins infirmiers et obstétricaux sont essentiels pour les services de santé de son pays. Ces services étant de plus en plus complexes, le rôle des infirmières s'est élargi et inclut désormais des tâches et attributions nouvelles. Il se félicite du projet de résolution, dont il est par ailleurs coauteur, tel qu'il a été amendé par le Danemark.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba) dit que les migrations du personnel de soins infirmiers et obstétricaux représentent l'un des problèmes les plus graves, à l'échelle mondiale, dans le domaine des soins de santé. A Cuba, les effectifs des infirmières et des sages-femmes ont augmenté ; ils représentent désormais près de 90 000 personnes, ce qui est un avantage non seulement pour Cuba, mais pour d'autres pays, et sont répartis de manière appropriée dans l'ensemble du pays. La formation

du personnel de soins infirmiers a été révolutionnée : elle débute à présent au cours des trois dernières années d'enseignement secondaire. A l'heure actuelle, les écoles de soins infirmiers et obstétricaux comptent près de 8200 élèves, qui acquerront des qualifications techniques avant de poursuivre leur formation en vue de l'obtention d'un diplôme de soins infirmiers. En outre, avec l'adoption de méthodes nouvelles, dans le cadre d'un enseignement décentralisé, quelque 31 000 élèves suivent aujourd'hui une formation aux soins infirmiers à travers tout le pays. Un projet est en cours, qui vise à encourager le personnel de soins infirmiers et obstétricaux à participer à l'initiative sur la « maternité sans risque », dans le cadre de laquelle un certain nombre de professionnels de soins infirmiers reçoivent une formation spécialisée.

Le Dr PILLAY (Afrique du Sud) dit que, dans son pays, le secteur des soins infirmiers est bien réglementé et organisé mais que, comme d'autres pays en développement, l'Afrique du Sud est confrontée à des difficultés pour former du personnel de soins infirmiers et obstétricaux qualifié et le fidéliser. Elle met donc actuellement en oeuvre une stratégie dans le domaine des soins infirmiers, élaborée en consultation avec les infirmières et les sages-femmes, dans le cadre du plan national sur les ressources humaines pour la santé, qui vient d'être mis en place. Le Dr Pillay appuie le projet de résolution, tel qu'il a été amendé par le Danemark.

Mme ROROI (Papouasie-Nouvelle-Guinée) appuie le projet de résolution. La grande majorité des personnels de santé sont des infirmières et des sages-femmes, qui assurent les services essentiels de santé nécessaires à la réalisation des objectifs 3, 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Les indicateurs sociaux pour les pays du Pacifique Sud sont aujourd'hui, malheureusement, au niveau le plus bas. Elle exprime sa gratitude pour le soutien et l'appui accordés par les partenaires régionaux du développement et par l'OMS.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que le Kenya est confronté à une grave pénurie de personnels de santé, en particulier de personnels infirmiers, qui sont la clé de voûte des services de santé de district, lesquels dispensent des soins à la majeure partie de la population. Le Kenya a besoin de 47 000 infirmières mais n'en a que 16 000, ce qui l'empêchera d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il a révisé la loi sur les personnels de soins infirmiers, conformément au paragraphe 1.4) du projet de résolution, afin d'améliorer la formation et les conditions de travail et de donner une place nouvelle à la profession dans le secteur de la santé. Bien que le problème des migrations ait déjà été examiné, le Dr Nyikal tient à souligner que les pays de destination ont le devoir de contribuer à la formation dans les pays d'origine. Il exprime son soutien au projet de résolution, tel qu'il a été amendé.

Le Dr FAUVEAU (FNUAP) se félicite que l'OMS ait décidé de mettre l'accent sur les personnels de santé lors de la Journée mondiale de la Santé et dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. Il appuie les projets de résolutions sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux et sur les migrations internationales des personnels de santé. Le FNUAP concentre son attention sur les personnels de santé chargés de la santé génésique, en particulier la santé maternelle et les soins obstétricaux. S'agissant de l'indicateur « proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié », qui relève de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, il considère que le terme « personnel qualifié » englobe non seulement les sages-femmes, mais aussi tous les autres personnels ayant des compétences en matière de soins obstétricaux. Tous les problèmes et toutes les difficultés évoqués dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* concernent les sages-femmes et autres personnels ayant des compétences en matière de soins obstétricaux. Cette catégorie de personnels de santé, qui est en majeure partie féminine et s'occupe principalement de femmes, fait souvent l'objet d'une discrimination liée au sexe, pour ce qui est des comportements et des atteintes à leurs droits. Le FNUAP s'associe à l'OMS et à d'autres pour demander qu'une alliance soit constituée par les partenaires, les gouvernements, les organisations internationales, la société civile, les associations professionnelles, les établissements de recherche et de formation et les donateurs en vue non seulement de mobiliser des ressources financières et techniques, mais aussi de

mieux faire connaître cette catégorie particulière de personnels de santé et de renforcer l'engagement politique à son égard.

Le Dr OULTON (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, appuie le projet de résolution. Pour pouvoir progresser, l'OMS doit examiner plusieurs questions. Des responsables du personnel infirmier venant de 101 pays se sont réunis récemment à Genève et ont publié un communiqué. Concernant ses propres ressources, le Secrétariat doit tenir compte du fait que, ces trois dernières années, le pourcentage de personnel de soins infirmiers et obstétricaux, dans les postes de la catégorie professionnelle, est passé de 2,6 % à 1,8 %. Il est regrettable de constater que le Siège dispose de si peu de crédits dans ce domaine que le Conseil a dû utiliser les cotisations de ses membres pour payer au Secrétariat les travaux de traduction de son système de recueil de données essentielles sur les soins infirmiers et obstétricaux : manifestement, quelque chose ne va pas. L'OMS doit renforcer les soins infirmiers et obstétricaux, puisqu'il est avéré que le personnel infirmier et les sages-femmes dispensent des soins d'un bon rapport coût/efficacité, ce qui donne de meilleurs résultats. Le Dr Oulton demande quelles mesures seront prises par le Secrétariat pour que soient renforcés les soins infirmiers et obstétricaux à l'OMS et dans les ministères et les systèmes de santé nationaux à l'échelle mondiale.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) remercie le Pakistan, qui a offert d'accueillir une consultation mondiale sur les soins infirmiers et obstétricaux dans le courant de 2006. Il confirme l'importance que l'OMS attache aux travaux du Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux et le soutien suivi qu'elle apporte à ses activités. Répondant à l'orateur précédent, il dit que le Secrétariat continuera à renforcer les soins infirmiers et obstétricaux à tous les niveaux au sein de l'Organisation et dans le cadre des systèmes de santé en général, en mettant l'accent sur les personnels de santé.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) donne lecture des amendements qu'il est proposé d'apporter au projet de résolution. Au paragraphe 1.1), la Thaïlande a proposé d'ajouter le membre de phrase « tout en assurant une répartition géographique équitable », mis entre virgules, après « fidélisation », et d'insérer les mots « représentant un éventail équilibré de compétences » après « qualifiés et motivés ». Au paragraphe 1.2), le Danemark a proposé de supprimer les mots « soient créés dans les services publics des postes de responsable des » et d'insérer le membre de phrase « les soins infirmiers et obstétricaux soient représentés à tous les niveaux gouvernementaux appropriés et puissent exercer une réelle influence » après les mots « et notamment veiller à ce que ». La Thaïlande a également proposé d'ajouter un nouveau paragraphe 1.6), ainsi libellé : « encourager l'élaboration et l'application de principes éthiques de recrutement, aux niveaux national et international, de personnels infirmiers et obstétricaux ».

Au paragraphe 2.2), la Finlande a proposé d'ajouter le membre de phrase « et de recruter des infirmières et des sages-femmes dans tous les programmes pertinents de l'OMS pour faire en sorte que l'élaboration et ... » après « Groupe consultatif mondial sur les soins infirmiers et obstétricaux ». La Thaïlande a proposé un nouveau paragraphe 2.3), dont le libellé est le suivant : « de fournir un appui aux Etats Membres, en collaboration avec des partenaires locaux et mondiaux, afin de renforcer l'application de principes éthiques de recrutement ». Au paragraphe 2.5), il a été proposé de modifier le libellé comme suit : « de faire rapport à la Soixante et Unième et à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2008 et 2010 sur les progrès accomplis ... ».

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) souhaiterait obtenir des éclaircissements sur l'amendement que la Thaïlande propose d'apporter au paragraphe 1.1) à propos de l'adjonction des mots « répartition géographique équitable ».

Le Professeur WICHIT SRISUPHAN (Thaïlande) dit que ces mots visent à faire en sorte que les personnels de soins infirmiers et obstétricaux ne soient pas concentrés dans les villes, mais soient uniformément répartis à travers tout le pays, y compris dans les zones reculées.

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

Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 11.7 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R4, et A59/12) (reprise)

Le Dr AL-RAJHI (Arabie saoudite) dit qu'un accord a été trouvé sur un amendement au paragraphe 2.4), dont le libellé est le suivant : « de faire en sorte que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables soit prévue dans la mise en oeuvre et le suivi du onzième programme général de travail de l'OMS, de fournir l'appui technique nécessaire aux Etats Membres et de renforcer les activités nationales, régionales et mondiales de prévention de la cécité ». Un amendement a également été apporté au paragraphe 2.5), dont le libellé est désormais le suivant : « d'ajouter des activités de prévention de la cécité dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de l'OMS et le projet de budget programme 2008-2009 actuellement en préparation ».

Le projet de résolution, ainsi amendé, est approuvé.²

Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation : Point 11.17 de l'ordre du jour (document A59/23) (reprise)

- **Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille (résolution WHA57.11)**

M. MSELEKU (Afrique du Sud) dit que son pays a mis en oeuvre un grand nombre de mesures pour protéger les familles vulnérables, et notamment divers programmes sociaux comme le libre accès aux services d'assainissement de base, à l'eau et aux soins de santé, programmes auxquels tous les départements du Gouvernement ont participé. Ces services, assurés d'une manière coordonnée et ciblée, s'inscrivent dans le cadre de la stratégie globale mise en place par l'Afrique du Sud pour aider les plus vulnérables à bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible. C'est là un droit fondamental de chaque être humain, inscrit dans la Constitution de l'OMS.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) dit que son pays a mis en oeuvre des projets visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans le cadre d'infrastructures bien établies, qui concernent la totalité des familles. Reconnaissant que la famille constitue la cellule de base de la société, le Ministère de la Santé publique, le Ministère du Développement social et de la Sécurité et d'autres secteurs travaillant dans ce domaine unissent actuellement leurs efforts pour promouvoir la notion de « famille heureuse » – l'un des 17 objectifs du programme national « Une Thaïlande en bonne santé » qui met en avant les liens familiaux. En outre, le dimanche a été proclamé « Journée de la famille heureuse », toutes les familles étant encouragées à passer un moment ensemble, de sorte qu'existent des communautés heureuses, constituant une nation heureuse et en bonne santé.

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.27.

² Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le sixième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.25.

M. HILMERSON (Suède), prenant la parole au nom des cinq pays nordiques, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, rappelle que l'évolution rapide intervenue sur les plans démographique et socio-économique a influé sur la physionomie de la vie familiale et a modifié la composition et la structure de la famille. Les notions traditionnelles de fonction parentale et de vie familiale ne reflètent plus les réalités et aspirations actuelles. Il conviendrait de tenir compte des diverses formes de famille dans l'ensemble des politiques familiales, et notamment celles qui concernent la santé. En d'autres termes, toutes les familles sont composées de personnes qui jouissent de droits individuels, que ce soient des adultes, des adolescents ou des enfants.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) prend note des progrès réalisés actuellement par les Etats Membres dans la protection de la famille, qui constitue la cellule de base de la société. Elle les invite instamment à poursuivre cette action et leur assure que le Secrétariat leur accordera son soutien au fur et à mesure des besoins.

- **Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international (résolution WHA57.12)**

Mme KONGSVIK (Norvège) dit que les cinq pays nordiques, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, suivent avec un intérêt particulier la mise en oeuvre, par le Secrétariat et les Etats Membres, de la stratégie relative à la santé génésique et des recommandations du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Il semble que cette stratégie soit utilisée activement au niveau national pour sensibiliser davantage la population et améliorer l'accès à des services de qualité. Mme Kongsvik attend avec impatience que ses effets soient évalués. La question des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité ayant été examinée par le Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, elle invite instamment les Etats Membres à mettre en oeuvre les recommandations formulées à ce sujet dans le cadre de la stratégie, de sorte que ce problème, qui est largement négligé, fasse l'objet d'une attention appropriée. Les pays nordiques soulignent l'importance qu'il convient d'accorder à la responsabilisation des femmes, à l'éducation et aux services de conseil en matière de santé sexuelle à l'intention des jeunes gens et des jeunes filles, et notent la nécessité de disposer de ressources humaines pour développer l'accès aux services de santé génésique et en améliorer la qualité.

Mme AMIN (Ethiopie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite des efforts déployés par le Secrétariat en vue d'intégrer la santé sexuelle et génésique dans les politiques nationales, d'améliorer la qualité des services de santé sexuelle et génésique par l'élaboration de normes en matière de pratique clinique et de renforcer la collaboration entre partenaires pour la prestation de ces services. Les principaux problèmes associés à la santé sexuelle et génésique en Afrique sont notamment l'inégalité entre les sexes, les mariages précoces, les mutilations sexuelles féminines, les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH. La situation est exacerbée par un mauvais accès à l'information et aux services (et notamment à la contraception), l'insuffisance des systèmes de santé, le peu de possibilités en matière de soins obstétricaux d'urgence, la forte croissance de la population et le fait que les jeunes représentent la majeure partie de la population. Compte tenu de ces facteurs, l'objectif qui consiste à assurer un accès universel à la santé génésique d'ici 2015, tel qu'il a été défini lors de la Conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue en 1994 au Caire, sera difficile à atteindre.

Les pays africains placent désormais la question de la santé sexuelle et génésique au premier rang de leurs priorités en matière de développement. En Ethiopie, les services de santé maternelle et de santé des adolescents bénéficient d'un degré de priorité élevé, tout comme le plan de développement accéléré et de longue durée, qui vise à mettre un terme à la pauvreté. Les services de santé génésique sont assurés dans le cadre d'un programme de vulgarisation. L'OMS devrait réunir des partenaires concernant les questions de santé sexuelle et génésique, mettre l'accent sur les priorités nationales et les approches communes et mobiliser des ressources en vue de renforcer les systèmes de santé.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) dit qu'en Thaïlande, le taux général de fécondité, qui était de 5 durant la période 1970-1975, est passé à 1,9 durant la période 2000-2005, soit un taux inférieur au seuil de renouvellement. La Thaïlande a donné une nouvelle orientation au programme sur la famille, qui est désormais tourné vers la promotion du bien-être. Le nouveau système de couverture universelle, dans le cadre duquel le prix n'est pas un facteur fondamental, garantit l'accès aux services de santé sexuelle et génésique, comme le dépistage du cancer du col de l'utérus et les mammographies. En application du programme d'accès universel aux médicaments antirétroviraux, qui s'applique de façon égale aux hommes et aux femmes, plus de 80 000 personnes qui vivent avec le VIH/SIDA ont à ce jour bénéficié de médicaments. En outre, un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant permet de garantir à toutes les femmes enceintes contaminées par le virus un accès égal et gratuit à un schéma thérapeutique type et à des substituts du lait maternel. Le projet destiné à réduire le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité a bien progressé depuis 1998. La Thaïlande introduit actuellement des modifications qui visent à élargir la portée de la réglementation sur la protection de la santé des femmes, afin d'y inclure la santé physique et mentale dans le cadre de la grossesse.

Mme MUIRURI (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays, premier donateur bilatéral du monde pour ce qui est de l'assistance dans le domaine de la santé génésique et de la planification familiale, souscrit pleinement au principe du choix volontaire en matière de planification familiale, mais se déclare opposé à la promotion de l'avortement comme méthode de planification familiale. Les femmes qui y ont recours devraient toujours bénéficier de services de conseil et être traitées avec humanité. Les droits de la personne en matière de procréation, s'agissant des enfants ou des adolescents, sont liés aux droits, devoirs et responsabilités des parents, qui sont responsables au premier chef de l'éducation et du bien-être de leurs enfants.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) dit que la question de la santé sexuelle et génésique est sans doute celle qui revêt le plus d'importance pour la santé au niveau mondial et qu'elle est essentielle à la réalisation d'au moins trois des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Les Etats Membres sont donc instamment invités à accroître les crédits budgétaires et les investissements et à développer les actions concrètes. La mise au point de notes d'orientation qui doivent leur être distribuées est à présent achevée. Les Etats Membres devraient faire usage des informations nouvelles figurant dans les lignes directrices sur les soins obstétricaux, qui seront publiées prochainement. Les mesures à prendre concernant les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité sont exposées dans la stratégie et le Secrétariat continuera à fournir un appui aux Etats Membres qui souhaitent mettre en oeuvre les lignes directrices pertinentes dans ce domaine.

(Voir la suite du débat sur la mise en oeuvre des résolutions à la section 4 ci-après.)

3. SIXIEME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A59/55 (projet))

Le Dr CISSE (Guinée), Rapporteur, donne lecture du projet de sixième rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

¹ Voir p. 286.

4. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (reprise)

Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation : Point 11.17 de l'ordre du jour (document A59/23) (reprise de la section 2)

- **Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale (résolution WHA58.33)**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) se félicite de l'action menée par l'OMS en vue d'encourager les Etats Membres à se procurer des ressources supplémentaires, à les utiliser de manière efficace et à fournir une protection sociale aux populations démunies. La Thaïlande a mis en place une couverture universelle au début de 2002, pour laquelle elle utilise un contrat type ; elle demande instamment à l'OMS de souligner l'intérêt que présentent les méthodes de paiement des prestataires, vu leur effet potentiel sur l'efficacité des systèmes de santé. Le système de comptes de la santé, institué en 1994, a permis de suivre la bonne exécution de la politique de santé. Ce système, fondé sur un manuel de l'OCDE,¹ sera davantage diversifié, de sorte que l'on puisse connaître les montants consacrés aux différentes catégories de maladies, aux divers groupes de population et à chaque sexe, de manière à mieux affecter les ressources.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la charge de morbidité, l'insuffisance des financements, la pénurie de personnels de santé, la mauvaise infrastructure et la grande pauvreté grèvent très lourdement les systèmes de santé en Afrique. De manière générale, les pays africains mettent aujourd'hui en place un mélange de stratégies de financement de la santé ; le Bureau régional de l'Afrique coordonnera la mise en commun des données d'expérience de ces pays. Malgré les gros obstacles auxquels ils sont confrontés pour mettre sur pied des systèmes de sécurité sociale, comme la faiblesse du secteur institutionnel, un grand nombre de gouvernements ont décidé d'instituer un système de ce type, qui constituera une stratégie supplémentaire pour financer les services de santé, améliorer les soins de santé et assurer l'équité. L'OMS est instamment invitée à fournir un appui technique, en collaboration avec l'OIT, pour le développement de systèmes de sécurité sociale dans les pays africains, surtout dans la mesure où le paiement direct par les usagers, qui est habituel en Afrique, accroît la pauvreté et l'inégalité devant les soins de santé.

Le Dr UWEJA (Nigéria) dit que, dans son pays, le système national de sécurité sociale, qui a été mis en place en 2005 dans le cadre du secteur institutionnalisé, couvre environ 3 millions de personnes. Le Nigéria déploie aujourd'hui des efforts pour élargir ce système au secteur privé institutionnalisé et exécute des programmes pilotes pour étendre la couverture aux zones rurales et au secteur informel. Il aura besoin d'une aide importante de la part de l'OMS dans ce domaine.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), répondant au délégué de la Thaïlande, dit que le Secrétariat élabore actuellement un document sur les mécanismes de paiement des prestataires.

- **Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé (résolution WHA56.25)**

Mme ANDRIANJAKA (Madagascar), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que, depuis l'adoption de la résolution WHA56.25, certains pays africains comme le Burkina Faso, Madagascar, le Mali, le Sénégal, le Tchad et le Togo ont élaboré des politiques contractuelles, en définissant clairement le rôle des différentes parties. Pour pouvoir

¹ Organisation de Coopération et de Développement économiques. *Système de comptes de la santé*. Paris, Editions OCDE, 2000.

développer des compétences dans ce domaine, le soutien technique sera essentiel, de même que le concours apporté par l'OMS en vue de favoriser la mise en commun des données d'expérience, à intervalles réguliers, entre les pays. Il conviendrait aussi d'encourager la recherche, la formation et l'application de bonnes pratiques aux fins de la contractualisation dans les pays en développement, avec l'appui du Bureau régional de l'Afrique. Les ateliers qui se sont tenus au Bénin et au Sénégal, avec le concours de l'OMS et de l'Institut de la Banque mondiale, ont été particulièrement utiles pour renforcer les capacités techniques, le transfert des connaissances et la mise en commun des données d'expérience sur la conception des politiques nationales de contractualisation. Les pays africains, qui portent un intérêt grandissant à la contractualisation, devront évaluer les stratégies adoptées et leur efficacité dans le cadre des systèmes de santé.

Mme TJIPURA (Namibie) note avec satisfaction le rapport de situation et, en particulier, la section relative au rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande) dit que, depuis 1990, dans le cadre d'un système de sécurité sociale, les services de soins hospitaliers et les services de consultations externes assurés par des prestataires publics et privés sont mis en concurrence sur la base d'un contrat type fondé sur le nombre de bénéficiaires. Une évaluation réalisée montre que les résultats obtenus sont bons, les prestataires étant davantage tenus de rendre compte de leur gestion. En 2002, la Thaïlande a adopté un contrat type fondé sur le nombre de bénéficiaires dans le cadre du système de couverture universelle pour les 48 millions de personnes qui ne sont pas couvertes sur le plan professionnel ou par un régime de protection sociale. L'un des principaux problèmes est le manque de prestataires pouvant se trouver en concurrence dans les zones rurales ; parmi les autres obstacles, on peut notamment citer l'élaboration et l'exécution des contrats, l'achat de services et les mesures à prendre en cas de non-respect des dispositions du contrat. Il convient de renforcer les capacités institutionnelles pour la gestion des arrangements contractuels.

Le Dr HASSAN (Tchad) déclare que le Tchad, avec l'appui de l'OMS, a élaboré et adopté une politique nationale en matière de contractualisation. Une évaluation effectuée récemment montre que les résultats sont satisfaisants ; ainsi, une convention-cadre a été conclue avec les organisations non gouvernementales qui travaillent dans ce domaine. La contractualisation pourrait représenter une aide précieuse pour les pays africains ; il demande donc à l'OMS d'apporter son soutien au Tchad pour la mise en oeuvre et l'amélioration de la politique engagée dans ce domaine.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit qu'il se réjouit à la perspective de poursuivre les travaux avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays aux fins de la mise en oeuvre de la résolution WHA56.25.

La Commission prend note des rapports de situation qu'elle a examinés.

(Voir la suite du débat sur la mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation dans le procès-verbal de la cinquième séance de la Commission B, section 2.)

5. CLOTURE DES TRAVAUX

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare que la Commission a terminé ses travaux.

La séance est levée à 13 h 10.