

COMMISSION B

PREMIERE SEANCE

Jeudi 25 mai 2006, 9 h 30

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)

1. OUVERTURE DES TRAVAUX DE LA COMMISSION : Point 12 de l'ordre du jour (document A59/44)

Le **PRESIDENT** souhaite la bienvenue aux participants et présente M. M. N. Khan, le Dr Shangula, Mme Halton et le Dr Hansen-Koenig, qui assisteront aux séances de la Commission en leur qualité de représentants du Conseil exécutif. Ils s'exprimeront donc au nom du Conseil et non de leur Gouvernement.

Il appelle l'attention de la Commission sur le troisième rapport de la Commission des Désignations,¹ qui contient les propositions pour les fonctions de vice-présidents et de rapporteur.

Décision : La Commission B a élu le Dr F. T. Duque III (Philippines) et M. V. Meriton (Seychelles) Vice-Présidents et le Dr B. Carey (Bahamas) Rapporteur.²

2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le **PRESIDENT** encourage les délégations à participer au maximum au débat, mais à limiter la durée de leurs interventions à trois minutes. Il suggère que l'horaire de travail normal de la Commission soit de 9 heures à 12 h 30 et de 15 heures à 18 heures.

Il en est ainsi convenu.

3. RAPPORT SUR LA SITUATION SANITAIRE DANS LE TERRITOIRE PALESTINIEN OCCUPE, Y COMPRIS JERUSALEM-EST, ET DANS LE GOLAN SYRIEN OCCUPE : Point 13 de l'ordre du jour (documents A59/24, A59/INF.DOC./1, A59/INF.DOC./3 et A59/INF.DOC./4)

Le **PRESIDENT** appelle l'attention sur un projet de résolution proposé par la délégation des pays suivants : Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Cuba, Djibouti, Egypte, Emirats arabes unis, Indonésie, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Madagascar, Malaisie, Mali,

¹ Voir p. 283.

² Décision WHA59(4).

Mauritanie, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie et Yémen, ainsi que sur ses incidences financières et administratives :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Attentive au principe primordial énoncé dans la Constitution de l'OMS, selon lequel la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix et de la sécurité ;

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

Accueillant avec satisfaction le rapport du Directeur général sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;¹

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

Préoccupée également par la crise sanitaire et le niveau croissant de l'insécurité alimentaire dans le territoire palestinien occupé due à la retenue par Israël des recettes douanières palestiniennes et à l'arrêt de l'aide extérieure ;

Affirmant la nécessité de garantir la couverture universelle par les services de santé et de maintenir le fonctionnement des services de santé publique dans le territoire palestinien occupé ;

Reconnaissant que la pénurie aiguë de ressources financières et médicales qui touche le Ministère palestinien de la Santé chargé du fonctionnement et du financement des services de santé publique compromet l'accès de la population palestinienne aux services curatifs et préventifs ;

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

Déplorant les assauts répétés de l'armée israélienne contre les ambulances et le personnel médical palestiniens et les entraves apportées à leur liberté de mouvement, en violation du droit humanitaire international ;

1. EXIGE qu'Israël lève le bouclage du territoire palestinien occupé, en particulier le bouclage des points de passage de la Bande de Gaza occupée, qui est à l'origine de la grave pénurie de médicaments et de fournitures médicales constatée à cet endroit ;

2. EXIGE qu'Israël arrête la construction du mur et le démolisse, et s'acquitte des obligations juridiques dont il est fait mention dans l'avis consultatif rendu par la Cour internationale de Justice le 9 juillet 2004 ;

3. SE DECLARE profondément préoccupée par les graves conséquences du mur sur l'accessibilité et la qualité des services médicaux fournis à la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est ;

4. SE DECLARE également très préoccupée par les graves conséquences pour les femmes enceintes et les patients des restrictions imposées par Israël à la circulation des ambulances et du personnel médical palestiniens ;

5. ENGAGE INSTAMMENT Israël, puissance occupante, à assumer ses responsabilités concernant les besoins humanitaires du peuple palestinien, conformément au droit humanitaire international ;

6. EXIGE qu'Israël, puissance occupante, verse régulièrement et sans retard à l'Autorité palestinienne ses recettes douanières pour permettre à celle-ci de s'acquitter de ses responsabilités concernant les besoins essentiels de l'être humain, y compris les services de santé ;

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

¹ Document A59/24.

8. DEMANDE INSTAMMENT aux Etats Membres ainsi qu'aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales d'aider à résoudre la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé en portant assistance au peuple palestinien ;
9. DEMANDE aux Etats Membres de soutenir financièrement les services de santé publique et les services vétérinaires afin de mettre en oeuvre le plan national palestinien destiné à prévenir la propagation de la grippe aviaire dans le territoire palestinien occupé ;
10. REMERCIE vivement le Directeur général de ses efforts pour apporter l'assistance nécessaire au peuple palestinien dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et à la population syrienne dans le Golan syrien occupé ;
11. PRIE le Directeur général :
- 1) d'organiser une réunion d'urgence d'une journée sur la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé ;
 - 2) de seconder les services sanitaires et vétérinaires palestiniens dans la création d'un laboratoire moderne de santé publique capable de diagnostiquer la grippe aviaire chez l'homme et chez l'animal ;
 - 3) de soumettre un rapport d'enquête sur la situation sanitaire et économique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé ;
 - 4) de fournir une assistance technique en matière de santé à la population syrienne du Golan syrien occupé ;
 - 5) de continuer à fournir l'assistance technique nécessaire pour faire face aux besoins sanitaires du peuple palestinien, et notamment des handicapés et des blessés ;
 - 6) de soutenir le développement du système de santé en Palestine, y compris des ressources humaines ;
 - 7) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application de la présente résolution.

1. Résolution Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	Importance accrue accordée aux questions de santé dans le cadre des activités humanitaires moyennant une plus grande participation et visibilité de l'OMS dans les mécanismes de coordination interinstitutions des Nations Unies pour la préparation et l'intervention en cas de catastrophe.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La réunion a été demandée en vue de discuter de la situation sanitaire et de l'état des services de santé dans le territoire palestinien occupé.	
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 \$150 000	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$150 000	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? Aucun	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions	
Il est prévu que la réunion se tienne au Siège de l'OMS, à Genève, avec la participation du personnel de pays et de collègues du Bureau régional de la Méditerranée orientale.	

b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)

Deux membres du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps pendant un mois (médecins ou spécialistes de la santé publique ayant l'expérience de la planification sanitaire dans les situations d'urgence).

Un membre du personnel de la catégorie des services généraux à plein temps pendant deux mois.

c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)

Juin-juillet 2006.

Le Dr EL SAYED (Egypte) présente le projet de résolution au nom de ses auteurs. La détérioration de la situation sanitaire de la population dans les territoires arabes occupés est le résultat direct de l'occupation israélienne qui, en particulier ces derniers mois, a conduit à de graves violations de l'ensemble des droits de l'homme reconnus par la communauté internationale, qui se sont traduites par un boycott, un blocus et la construction d'un mur de sécurité empêchant la livraison de fournitures médicales au territoire palestinien. La communauté internationale doit prendre des mesures d'urgence pour éviter une catastrophe. L'objet du projet de résolution est d'appeler l'attention sur l'état de santé tragique de la population palestinienne.

Au nom de la légitimité internationale et conformément à l'avis consultatif rendu par la Cour internationale de Justice, il demande à Israël de lever son siège et d'arrêter la construction du mur. Il invite en outre instamment l'OMS, en tant que principale organisation internationale chargée de la santé publique, d'intensifier ses efforts pour faire en sorte que la population palestinienne bénéficie de services de santé. Une mission d'enquête devrait être envoyée sur place pour rendre compte de la situation sanitaire et économique dans les territoires arabes occupés, en prévision d'une réunion d'urgence sur la crise sanitaire. Le projet de résolution veut faire comprendre clairement au Gouvernement israélien que la communauté internationale condamne ses pratiques.

Afin de tenir compte des préoccupations exprimées par certaines autres délégations, les auteurs ont accepté certains amendements pour refléter l'opinion de la majorité. Nul n'ignore que le peuple palestinien est confronté à une situation sans précédent, étant le seul à vivre encore sous l'occupation au XXI^e siècle. Anticipant l'argument selon lequel l'OMS n'est pas l'instance la mieux placée pour adopter une telle résolution, il précise que le texte couvre exclusivement des questions de santé et s'inscrit pleinement dans la mission de l'OMS. Il invite instamment tous les Etats Membres à assumer leur part de responsabilité dans la situation de la population palestinienne, et à éviter ainsi un effondrement des valeurs humaines et morales qui aurait à son tour des répercussions sur les organisations internationales.

M. WAN AZNAINIZAM YUSRI WAN ABDUL RASHID (Malaisie) se félicite que l'Assemblée de la Santé examine à nouveau la question, car la santé de tous les peuples est fondamentale à l'instauration de la paix et de la sécurité, but inscrit dans la Constitution de l'OMS. Malgré l'attention portée à cette question par l'OMS, la situation sanitaire dans les territoires arabes occupés ne s'est pas améliorée. La situation va atteindre des proportions critiques en raison des politiques et des pratiques suivies par Israël, puissance occupante, et de certaines réactions inamicales de la communauté internationale des donateurs face aux évolutions politiques récentes.

Le peuple palestinien doit-il être privé des moyens de satisfaire ses besoins fondamentaux, alimentation et soins de santé notamment, sans parler de son droit politique fondamental à l'autodétermination, à titre de punition collective pour avoir exercé son droit d'élire ses représentants à travers un processus démocratique ? L'hypocrisie, le double langage et le manque d'objectivité persistent encore aux dépens de la justice, de la compassion humaine et des valeurs démocratiques. Il demande instamment à l'OMS de se montrer à la hauteur de sa mission humanitaire et de réagir d'urgence pour répondre aux besoins du peuple palestinien ; la communauté internationale devrait assurer le financement nécessaire pour protéger la santé de la population. Il soutient pleinement le projet de résolution et insiste sur la demande d'organisation d'une réunion d'urgence d'une journée sur la crise sanitaire dans le territoire palestinien occupé.

M. M. KHAN (Pakistan) se dit profondément préoccupé par la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, où la population arabe est confrontée à des niveaux élevés de pauvreté et de chômage, encore aggravés par des contraintes structurelles telles que le système des permis et des bouclages et l'absence de contrôle sur les ressources en eau. L'économie palestinienne ne s'est pas suffisamment adaptée au régime des bouclages et des restrictions pour faire face aux multiples stress qu'elle subit. Les effets sociaux et psychologiques d'années de conflit ont des terribles conséquences, notamment pour les jeunes. Le rapport d'enquête indique que la désorganisation des services de santé ne fera qu'augmenter si la crise persiste. L'infrastructure sanitaire d'ensemble s'est détériorée et l'évolution récente des politiques des donateurs s'est répercutée sur les programmes essentiels de soins de santé primaires, tels que la vaccination et la santé de la mère et de l'enfant.

M. Khan se félicite de l'assistance apportée par l'OMS au peuple palestinien. Il faudrait faire davantage pour mettre un terme à une situation d'urgence sanitaire. L'OMS devrait accroître son aide et son soutien technique à l'UNRWA et inviter instamment les donateurs à mettre un terme à l'asphyxie économique et politique qui compromet le fonctionnement des services de santé dans les territoires occupés. Il demande instamment que des efforts soient faits pour instaurer une paix juste, complète et durable en se fondant sur une solution reconnaissant l'existence des deux Etats.

Le Dr PETRITSCH (Autriche), s'exprimant 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 – Croatie et Ex-République yougoslave de Macédoine –, les pays du processus de stabilisation et d'association et pays candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro –, ainsi que l'Ukraine s'alignent sur cette déclaration. Il exprime sa vive préoccupation au sujet de la détérioration de la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et le Golan syrien occupé, et regrette que l'Assemblée de la Santé n'ait pas été capable de se mettre d'accord sur un texte qui témoigne de la gravité de la situation. Il rappelle la position de l'Union européenne au sujet du processus de paix au Moyen-Orient, et en particulier les conclusions du Conseil de l'Union européenne du 15 mai 2006, qui a examiné les besoins fondamentaux du peuple palestinien, notamment les soins de santé, et réitère son appel pour que l'Autorité palestinienne applique trois principes : la non-violence, la reconnaissance du droit à l'existence d'Israël et l'acceptation des accords et obligations existants, y compris la Feuille de route. Rappelant aux auteurs du projet de résolution que l'Union européenne et ses Etats Membres sont de loin le plus important contributeur sur le terrain, il déplore que le texte ne mette pas suffisamment l'accent sur les questions de santé. L'Union européenne ne peut appuyer le projet de résolution et s'abstiendra donc s'il y a vote.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud) note que le rapport de l'Observateur permanent de la Palestine correspond à celui du Directeur de la Santé par intérim de l'UNRWA concernant les graves répercussions pour la santé des populations dans les territoires occupés. Les activités militaires israéliennes ont provoqué un nombre important de victimes, dont des enfants, et beaucoup de gens ont perdu leur logement. Les restrictions de mouvement limitent l'accès des Palestiniens aux services sociaux et à l'activité économique.

Elle est profondément préoccupée par la situation et soutient toutes les initiatives de paix au Moyen-Orient. Un accord équitable entre la Palestine et Israël améliorerait radicalement la situation sanitaire dans les territoires occupés. Les responsables palestiniens et israéliens ont suffisamment de sagesse et sont en mesure d'instaurer la paix et la stabilité dans toute la région. L'OMS devrait redoubler d'efforts pour remédier à la situation sanitaire dans les territoires occupés. Elle soutient le projet de résolution.

M. BAYAT MOKHTARI (République islamique d'Iran) rappelle que chaque année la Commission reçoit des rapports sur les conséquences de l'occupation sur la santé physique, mentale et sociale des Palestiniens. Il se félicite de l'engagement de l'OMS vis-à-vis des autorités palestiniennes, mais regrette que les efforts consistent en grande partie à réparer les dommages commis par les forces d'occupation. La population palestinienne doit payer de sa santé et de sa vie le choix démocratique de son Gouvernement ; sa dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure sape sa fierté et nuit à

l'autodétermination. Il invite instamment l'OMS à faire en sorte que l'oppression et l'injustice ne triomphent pas de la santé. L'Iran condamne le traitement par Israël de la population palestinienne et soutient pleinement le projet de résolution.

Le Dr AMMAR (Liban) se félicite des rapports présentés qui confirment les préoccupations soulevées à la précédente Assemblée de la Santé quant à la détérioration de la situation sanitaire dans les territoires palestiniens occupés. Les effets préjudiciables des restrictions de mouvement imposées aux personnes et aux marchandises sont évidents : isolement, chômage et pauvreté accrus et manque de sécurité alimentaire.

Le Ministère palestinien de la Santé a apporté des contributions positives malgré des difficultés extrêmes, mais la situation est encore compliquée par les pressions financières exercées sur l'Autorité palestinienne – la moitié des fonds destinés à son système de santé publique proviennent de l'aide extérieure. La communauté internationale ne peut ignorer les effets préjudiciables de l'arrêt de ses contributions. Il appelle chacun à soutenir le projet de résolution.

M. CAMARA (Sénégal), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, constate que les restrictions de mouvement imposées à la population palestinienne ont des conséquences sanitaires graves, qui ont empiré depuis la construction du mur de séparation et le blocus sur les marchandises et les médicaments essentiels imposé depuis les dernières élections. Les chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Union africaine ont réitéré leur soutien sans réserve au peuple palestinien lors du Sommet de Khartoum en janvier 2006. M. Camara invite instamment le Secrétariat à faire en sorte que le plan d'urgence élaboré réponde aux attentes du peuple palestinien. Il en appelle à la communauté internationale pour qu'elle augmente son aide à la population palestinienne pour assurer une situation sanitaire digne et convenable. La stratégie de coopération pour le territoire palestinien occupé (2006-2008) doit être mise en oeuvre pour renforcer les services de santé et répondre aux besoins humanitaires en situation de crise. Il soutient pleinement le projet de résolution.

Le Dr AL-HOUSAMI (République arabe syrienne) fait observer que le rapport du Directeur général ne traite pas la question du Golan syrien occupé. Le rapport de l'Autorité palestinienne confirme que la situation dans le territoire palestinien occupé, y compris les Hauteurs du Golan, équivaut à un siège, empêchant toute liberté de mouvement. Il indique sa préférence pour une décision de l'Union européenne plutôt que pour une abstention, qui va à l'encontre de la position de l'Union sur le processus de paix. Les agents de santé dans le Golan syrien occupé ne sont pas en mesure de suivre les programmes de formation, et il demande à l'OMS d'aider à établir des centres de santé dans le Golan syrien occupé, qui dépend actuellement du Croissant-Rouge syrien. Seuls les ressortissants israéliens ont accès aux hôpitaux locaux dans le Golan syrien et les ressortissants syriens n'ont pas accès aux soins médicaux. Il faudrait établir un rapport d'enquête, comme le demande le projet de résolution.

Mme PÉREZ ALVAREZ (Cuba) fait part de son soutien aux efforts déployés par l'OMS pour défendre le droit à la santé de la population palestinienne. Elle rappelle les résolutions de l'Assemblée de la Santé demandant la fin de l'occupation du territoire palestinien et le démantèlement du mur de séparation. Le rapport du Directeur général minimise les effets, en particulier sur les services de santé d'urgence, des attaques et des fermetures de frontières par les forces d'occupation. Les droits d'un pays sont violés et de nombreux Palestiniens trouvent la mort. Le mur de séparation restreint la liberté de mouvement et de résidence des Palestiniens titulaires de permis de résidence à Jérusalem-Est et coupe de nombreuses personnes de leur famille, de leur terre, de leur emploi ou de services de base. Les terres les plus fertiles et les ressources en eau ont été annexées, et on empêche la Palestine de devenir un pays viable. Les ressources hydriques vitales sont mal réparties, les Palestiniens n'en obtenant que 15 %.

Ces derniers mois, la force d'occupation et certains pays occidentaux ont opéré un chantage sur le Gouvernement palestinien nouvellement élu. L'aide de l'Union européenne et des Etats-Unis d'Amérique a été gelée. Les taxes et droits de douane prélevés au nom du Gouvernement n'ont pas été

rétrocédés, ce qui menace de créer une crise humanitaire dans le territoire occupé. Le peuple palestinien a besoin de l'appui de tous, y compris de l'OMS. Malgré les difficultés économiques résultant du blocus instauré par les Etats-Unis d'Amérique, Cuba partage le peu dont il dispose avec ceux qui en ont besoin : des Palestiniens font actuellement des études à Cuba dans des disciplines sanitaires. Cuba soutient pleinement la paix au Moyen-Orient et le droit à la santé des Palestiniens. Ceux qui gardent le silence se rendent complices de la situation sanitaire inquiétante qui prévaut dans la région.

Mme CASSEL (Etats-Unis d'Amérique) regrette que le projet de résolution introduise des considérations politiques dans le débat au sein d'un organisme mondial consacré à la santé. La communauté internationale est particulièrement inquiète de la situation sanitaire dans la Bande de Gaza. Le projet de résolution complique toutefois la situation sans faire progresser la recherche de la paix au Moyen-Orient ni améliorer la santé de la population. Le Gouvernement de l'Autorité palestinienne dirigé par le Hamas est le seul responsable des difficultés que connaît la population et de l'isolement international qu'elle rencontre.

Le 9 mai 2006, le Quartet (Organisation des Nations Unies, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie et Union européenne) a déclaré que le Gouvernement de l'Autorité palestinienne devait s'acquitter de ses responsabilités et respecter les droits fondamentaux, y compris en matière de santé. Son refus d'accepter les principes établis par le Quartet en janvier perpétue des difficultés qui pourraient être évitées pour la population. Le Quartet a demandé à la communauté internationale de réagir d'urgence aux demandes d'assistance des organisations internationales, en particulier les organisations des Nations Unies actives en Cisjordanie et à Gaza. Pour aider à répondre aux besoins humanitaires, il a soutenu la création d'un mécanisme international temporaire qui permet d'apporter directement une aide au peuple palestinien ; les autres donateurs et les organisations internationales sont invités à y participer. Parallèlement, Israël a également demandé que des mesures soient prises pour améliorer la situation humanitaire de la population palestinienne. Dans le cadre de leur engagement à consacrer US \$10 millions à l'aide médicale d'urgence, pris lors de la réunion du Quartet le 9 mai, les Etats-Unis d'Amérique ont déjà réagi aux pénuries de médicaments et de matériel médical en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza en envoyant sept camions de médicaments et de fournitures aux communautés palestiniennes.

Le projet de résolution, rédigé en des termes politisés et biaisés, ignore l'obligation qu'a le Gouvernement de l'Autorité palestinienne de gouverner de manière responsable, de mettre fin au terrorisme et de s'engager à rechercher une solution pacifique. Mme Cassel est opposée à son approbation et demande un vote par appel nominal.

M. QIANG Bo (Chine) se dit préoccupé par la situation sanitaire de la population palestinienne qui, malgré les efforts inlassables de l'ancien Directeur général, de l'Organisation dans son ensemble et de la communauté internationale, ne s'est pas améliorée. Dans de nombreux secteurs, la situation s'est même détériorée. Il demande à Israël d'assumer ses responsabilités et d'inverser la tendance actuelle, et à l'OMS et à la communauté internationale de fournir une aide financière pour aider à améliorer rapidement la situation de la santé publique. La Chine continuera à fournir un soutien financier à l'UNRWA. Toutefois, les améliorations souhaitées concernant la situation sanitaire et le logement dépendent d'un changement politique. Il faut que soit mis fin à la violence et que reprennent les négociations sur la base du principe des territoires contre la paix.

Mme SOLTANI (Algérie) dit que le fait de priver la population palestinienne d'accès à des denrées alimentaires et aux médicaments essentiels revient à une violation des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Une violation aussi flagrante du droit humanitaire international appelle une riposte immédiate et concertée de la communauté internationale.

M. AL-FAKHERI (Arabie saoudite) appelle la communauté internationale à faire son examen de conscience au sujet de la situation du peuple palestinien et lui demande d'appuyer le projet de résolution.

Le Dr ELABASSI (Soudan) indique que les rapports contenus dans les documents A59/INF.DOC./3 et A59/INF.DOC./4 reflètent les difficultés de la situation de la population palestinienne dans le territoire palestinien occupé et le Golan occupé. Les récents changements politiques, qui sont le résultat d'un processus démocratique, ne devraient pas entraîner des détériorations de la santé et des conditions de vie. Il demande instamment aux Etats Membres de prendre note de la détérioration de la situation dans le territoire palestinien occupé et d'adopter le projet de résolution.

M. LEVANON (Israël) dit que le projet de résolution vise des buts politiques plutôt qu'humanitaires. L'OMS devrait s'en tenir à son rôle d'institution spécialisée et ne pas se laisser influencer par des argumentations politiques. De nombreuses situations d'urgence de par le monde requièrent une aide de l'OMS, or aucun peuple ne bénéficie d'autant d'attention que le peuple palestinien. De nombreuses allégations formulées antérieurement à l'encontre d'Israël étaient sans fondement, par exemple le fait que le détecteur israélien présentait un danger pour les personnes qui passaient à travers. Ces allégations ont été dissipées suite à une enquête de l'OMS.

La situation a radicalement changé depuis l'élection du Hamas, qui appelle à l'anéantissement d'un Etat Membre. Israël n'a pas cherché à détériorer plus encore la situation de ses voisins mais a plutôt amélioré le niveau de vie, la santé et les services sociaux, ainsi que la prospérité. Toutefois, le Gouvernement dirigé par le Hamas représente un obstacle car il rejette les critères définis par la communauté internationale, à savoir la renonciation à la violence et la reconnaissance d'Israël, ainsi que les accords signés par Israël et le précédent Gouvernement de l'Autorité palestinienne.

En 2005, plus de 60 000 patients de Cisjordanie et de Gaza ont été traités dans des hôpitaux israéliens. Bien que l'Autorité palestinienne ait cessé ses paiements aux hôpitaux israéliens, les centres médicaux israéliens continuent d'admettre des patients palestiniens et Israël envoie des médicaments et des fournitures médicales en Cisjordanie et à Gaza. Sa politique consiste à poursuivre l'aide humanitaire au peuple palestinien. Il demande aux Palestiniens de revenir aux commissions conjointes sur la santé et la médecine, car ce n'est que par la coopération et l'assistance mutuelle que l'on pourra surmonter les difficultés, et non à travers des résolutions contreproductives.

Le Dr NAIM (Palestine) estime que les conditions sanitaires actuelles dans lesquelles vit la population palestinienne sont pires que jamais. Le blocus international punit la population alors que ses représentants appliquent des principes démocratiques. Répondant à l'affirmation du délégué d'Israël, selon laquelle de nombreuses déclarations faites par les Palestiniens étaient infondées, il fait observer que des rapports récents de l'OMS, de l'UNRWA et de la Banque mondiale ont décrit la détérioration de la situation. Israël entrave la liberté de mouvement, organise des raids militaires et continue à construire un mur illégalement. Israël retient par ailleurs les recettes douanières et fiscales et empêche l'aide de parvenir au peuple palestinien. La Banque mondiale a fait observer que les restrictions de mouvement dont sont victimes les Palestiniens et les privations dont ils souffrent auront des conséquences graves sur l'économie. L'envoyé spécial du Quartet pour le désengagement de Gaza a récemment déclaré que 940 000 Palestiniens, soit un quart de la population, dont beaucoup sont employés dans les secteurs de la santé et de l'éducation, n'ont pas reçu leur salaire. Le Ministère palestinien de la Santé, qui gère près de 60 % des centres de soins de santé primaires, reçoit 87 % de son budget d'exploitation de donateurs. L'effondrement des services sanitaires et éducatifs aurait des conséquences très graves. La frontière entre la Bande de Gaza et Israël a été fermée 51 % du temps depuis le 1^{er} janvier 2006. En vertu du droit international humanitaire, une puissance occupante doit répondre aux besoins fondamentaux de la population civile, en ce qui concerne l'alimentation, les fournitures médicales et le logement. La population palestinienne connaît 3000 nouveaux cas de maladie par an ; des chauffeurs d'ambulance et des agents de santé ont été attaqués, des ambulances et des services de santé ont été détruits, des patients sont décédés et des mères contraintes d'accoucher alors qu'elles attendaient à un poste-frontière, ce qui a fait des victimes.

Le projet de résolution n'est politisé qu'au sens où il déclare que le fait de priver la population palestinienne de denrées alimentaires et de médicaments va à l'encontre des résolutions internationales, situation qui mérite de retenir l'attention de la communauté internationale. Le

Dr Naim en appelle à l'OMS pour qu'elle soutienne le peuple palestinien en continuant à lui accorder une aide et en persuadant Israël de s'acquitter de ses obligations au titre des instruments internationaux. Les auteurs du projet de résolution se sont efforcés de trouver un libellé qui garantisse les droits des Palestiniens.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) reconnaît que les conditions sanitaires et économiques des populations arabes du territoire palestinien occupé se détériorent. Il prie instamment la communauté internationale de convaincre Israël de respecter les instruments internationaux applicables, mais dit qu'il ne serait pas opportun de donner une dimension politique à la santé.

Le Dr AL-HOUSAMI (République arabe syrienne) désapprouve l'affirmation du délégué d'Israël selon laquelle le débat en cours et le projet de résolution sont politisés. C'est la santé du peuple palestinien qui fait débat, non sa libération. Israël et ses partisans maintiennent qu'il faudrait se féliciter de l'occupation israélienne plutôt que la condamner. Toutefois, il faut avoir à l'esprit qu'Israël ne s'est pas contenté d'occuper Jérusalem-Est et le Golan syrien, mais qu'il les a annexés avec un mépris évident des Conventions de Genève et du droit humanitaire. Cette attitude rappelle le régime nazi lorsqu'il a annexé la Pologne et d'autres territoires européens. Suite à l'occupation israélienne, quatre millions de Palestiniens ont été forcés de vivre sur un territoire restreint entouré de frontières qui ont des effets dévastateurs sur leur existence. Les Syriens qui vivent dans le Golan occupé ne peuvent obtenir de médicaments dans les hôpitaux israéliens, sauf s'ils consentent à prendre la nationalité israélienne, ce qui revient à accepter l'annexion du Golan. Le délégué de la Malaisie a parlé de mandat humanitaire et le peuple palestinien souhaite que sa situation soit examinée en en tenant compte.

Même s'il ne désirait pas donner un caractère politique au débat, le délégué d'Israël a fait plusieurs références au Hamas. Les attaques contre les Etats-Unis d'Amérique en septembre 2001 n'ont duré que quelques heures, alors que la population arabe des territoires occupés fait l'objet d'attaques depuis de nombreuses années. Les conditions pénibles et la violence qu'elle continue à subir constituent une punition collective qui devrait être condamnée dans les tribunaux internationaux ; pourtant, aucune tentative n'a été faite pour traduire Israël en justice.

M. ISLAM (Bangladesh) attire l'attention sur le rôle que joue l'OMS pour atténuer la souffrance humaine. Une organisation qui a adopté une approche intégrée et transfrontière de la promotion de la santé ne saurait tolérer la souffrance du peuple palestinien. Il remercie le délégué d'Israël d'avoir reconnu que la maladie ne connaît pas de frontières, mais souhaite qu'il comprenne qu'empêcher la fourniture d'une assistance au peuple palestinien revient à le condamner à la maladie. Il prie instamment l'ensemble des Etats Membres d'assumer leurs responsabilités pour faire reculer la maladie et la pauvreté en Palestine.

M. LEVANON (Israël) souligne que le débat devrait se dérouler en toute dignité, conformément à la pratique habituelle au sein des organisations des Nations Unies. Il condamne vivement l'analogie faite par le délégué de la République arabe syrienne et lui demande de retirer ses propos.

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

A l'invitation du PRESIDENT, M. BURCI (Conseiller juridique) explique les modalités du vote par appel nominal. Les Etats Membres dont le droit de vote a été suspendu en vertu de l'article 7 de la Constitution, ou qui ne sont pas représentés à l'Assemblée de la Santé, et qui ne pourront donc pas participer au vote sont les suivants : Afghanistan, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Arménie, Comores, Dominique, Guinée-Bissau, Guyana, Kirghizistan, Libéria, Nauru, Niger, Nioué, République centrafricaine, République dominicaine, Sainte-Lucie, Somalie, Turkménistan.

Il est procédé à un vote par appel nominal, les noms des Etats Membres étant appelés dans l'ordre alphabétique français, en commençant par Saint-Kitts-et-Nevis, la lettre S ayant été tirée au sort.

Le résultat du vote est le suivant :

Ont voté pour : Afrique du Sud, Algérie, Arabie saoudite, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Bhoutan, Bolivie, Brésil, Brunéi Darussalam, Chili, Chine, Congo, Cuba, Djibouti, Emirats arabes unis, Egypte, Fédération de Russie, Guinée, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Lesotho, Madagascar, Malaisie, Malawi, Maldives, Mali, Maroc, Mauritanie, Mexique, Namibie, Népal, Nigéria, Oman, Pakistan, Pérou, Philippines, Qatar, République arabe syrienne, République bolivarienne du Venezuela, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Soudan, Togo, Tunisie, Turquie, Uruguay, Viet Nam, Yémen, Zimbabwe.

Ont voté contre : Australie, Canada, Fidji, Etats-Unis d'Amérique, Géorgie, Iles Marshall, Israël, Micronésie (Etats fédérés de), Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Se sont abstenus : Allemagne, Angola, Autriche, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Burkina Faso, Cameroun, Chypre, Costa Rica, Croatie, Danemark, El Salvador, Espagne, Estonie, ex-République yougoslave de Macédoine, Finlande, France, Gabon, Grèce, Guatemala, Guinée équatoriale, Haïti, Honduras, Hongrie, Iles Cook, Irlande, Islande, Italie, Jamaïque, Japon, Kenya, Kiribati, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Monaco, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République de Corée, République démocratique du Congo, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Marin, Seychelles, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Sri Lanka, Suède, Suisse, Swaziland, Thaïlande, Timor-Leste, Tonga, Ukraine.

Etaient absents : Albanie, Andorre, Azerbaïdjan, Bélarus, Belize, Bénin, Botswana, Burundi, Cambodge, Cap-Vert, Colombie, Côte d'Ivoire, Equateur, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Grenade, Iles Salomon, Iraq, Kazakhstan, Maurice, Mongolie, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Ouganda, Ouzbékistan, Palaos, Panama, Paraguay, Rwanda, République démocratique populaire de Corée, République de Moldova, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Samoa, Sao Tomé-et-Principe, Serbie-et-Monténégro, Sierra Leone, Suriname, Tadjikistan, Tchad, Trinité-et-Tobago, Tuvalu, Vanuatu, Zambie.

Le projet de résolution est donc approuvé par 57 voix contre 9, avec 61 abstentions.

Mme GAN (Singapour), expliquant le vote, dit que Singapour reconnaît les conditions sanitaires difficiles dans lesquelles vit le peuple palestinien, mais que l'Assemblée de la Santé n'est pas l'instance appropriée pour soulever des questions politiques. Singapour a toujours soutenu le processus de paix au Moyen-Orient, comme l'attestent les positions qu'elle a toujours adoptées lors des votes à l'Assemblée générale des Nations Unies.

M. MARTABIT (Chili), expliquant le vote, se dit préoccupé par l'état de santé de la population palestinienne. Il aurait préféré un texte plus nuancé auquel davantage d'Etats Membres auraient pu adhérer et partager les préoccupations de plusieurs pays qui se sont abstenus. Les considérations humanitaires abordées dans le projet de résolution devraient l'emporter. Il rappelle que le Chili reconnaît le droit d'Israël et du peuple palestinien à vivre en paix, à l'intérieur de frontières reconnues.

M. SAWERS (Australie), expliquant le vote, dit qu'il continue à se préoccuper des problèmes de santé de la population palestinienne. Toutefois, ce point de l'ordre du jour a soulevé des questions

politiques hors de propos, dont l'examen à l'Assemblée de la Santé est incompatible avec la nécessité de rationaliser les activités de l'Organisation des Nations Unies et ne contribue ni au processus de paix au Moyen-Orient ni à l'amélioration des conditions sanitaires de la population palestinienne.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne), soulevant une motion d'ordre, souhaite exercer son droit de réponse plutôt que d'expliquer le vote de son pays.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que le droit de réponse s'exerce pendant le débat sur un point de l'ordre du jour. Comme le débat sur le point en question est clos et que la Commission a déjà voté, le droit de réponse ne peut plus s'exercer.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne), soulevant une motion d'ordre, demande au Conseiller juridique si l'explication qu'il a donnée est un avis ou s'il est catégorique sur la question. En vertu du Règlement intérieur, le droit de réponse est accordé à tout Etat Membre avant que le Président n'ajourne la séance. Si cette interprétation est la bonne, il souhaite exercer son droit de réponse.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que seul le Président peut prendre une décision et que l'interprétation qu'il a donnée se fonde sur les articles 59 et 60 du Règlement intérieur et sur la pratique de l'Assemblée de la Santé.

Le PRESIDENT approuve l'explication donnée par le Conseiller juridique.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne), soulevant une motion d'ordre, demande le droit d'expliquer le vote de son pays.

M. BURCI (Conseiller juridique) dit qu'en vertu de l'article 77 du Règlement intérieur, l'auteur d'une proposition ne peut pas expliquer son vote, sauf si la proposition a été modifiée. Comme elle est auteur de la proposition et que cette dernière a été adoptée sans amendement, la République arabe syrienne ne peut pas expliquer son vote.

Le Dr JA'AFARI (République arabe syrienne), soulevant une motion d'ordre, dit que le projet de résolution a été approuvé après avoir été amendé et qu'en conséquence il a le droit d'expliquer le vote de son pays.

Le PRESIDENT souligne que le projet de résolution approuvé n'a pas été amendé par la Commission à la présente séance et que les amendements qui pourraient être évoqués ont été apportés dans des documents précédents. Par conséquent, l'article 77 du Règlement intérieur s'applique en l'espèce.

Mme SCHAEER BOURBEAU (Suisse), expliquant le vote, se dit très préoccupée par la situation dans les territoires arabes occupés. Elle déplore les problèmes de santé de la population et la dégradation de ses conditions de vie. Toutefois, il importe de ne pas s'écarter des problèmes en les politisant. L'OMS a pour mandat de définir des mesures concrètes pour améliorer la situation sanitaire. En tant qu'Etat dépositaire des Conventions de Genève, la Suisse attache une importance fondamentale au respect du droit humanitaire international, meilleur moyen d'assurer la sécurité des personnes qui oeuvrent pour la promotion de la santé. La Suisse appelle à nouveau toutes les parties au conflit à remplir les obligations que leur impose le droit humanitaire international et à prendre toutes les mesures nécessaires pour améliorer la situation.

M. CORMIER (Canada), expliquant le vote, se dit profondément préoccupé par la situation humanitaire en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza. Il est regrettable que le projet de résolution

cherche à faire peser sur Israël l'ensemble des responsabilités concernant les besoins sanitaires du peuple palestinien. Israël a l'obligation de contribuer au bien-être du peuple palestinien dans le cadre de ses propres exigences de sécurité, mais c'est à l'Autorité palestinienne qu'il incombe de répondre aux besoins sanitaires de son peuple en prenant toutes les mesures possibles pour assurer la mise en place d'un système de santé qui fonctionne bien. Le Canada va continuer à apporter une aide humanitaire par le biais des organisations non gouvernementales et multilatérales.

M. DA ROCHA PARANHOS (Brésil), expliquant le vote, dit qu'il a voté pour le projet de résolution parce qu'il est gravement préoccupé par la situation sanitaire en Palestine. Toutefois, il aurait préféré un projet de résolution plus nuancé qui tienne compte du résultat des négociations auxquelles ont pris part les principaux intéressés.

Mme DE BELLIS (Uruguay), expliquant le vote, dit qu'elle a voté pour le projet de résolution, car la situation sanitaire du peuple palestinien est préoccupante. Elle aurait préféré un projet de résolution du même type que celui approuvé par l'Assemblée de la Santé l'année précédente, car il portait exclusivement sur des questions de santé publique. Elle rappelle que son pays est favorable au processus de paix et au respect du droit humanitaire international.

4. ONZIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL, 2006-2015 : Point 14 de l'ordre du jour (documents A59/25, A59/25 Add.1 et A59/25 Add.2)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président de la première réunion extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que cette réunion s'est tenue à Genève le 24 février 2006, comme le Conseil exécutif en avait convenu à sa cent dix-septième session, pour examiner notamment le projet de onzième programme général de travail, 2006-2015, programme qui avait fait l'objet d'une analyse approfondie dans le cadre des comités régionaux. Le Comité a amendé et approuvé le projet de texte, ainsi que le projet de résolution, dans lequel l'Assemblée de la Santé invite le Directeur général à commencer à travailler sur le dispositif de suivi, décrit dans le document A59/25 Add.2, qui doit s'appliquer au onzième programme général de travail.

Le **PRESIDENT** invite la Commission à examiner le projet de résolution contenu dans le document A59/25.

Le Dr LASSMANN (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, ainsi que des pays en voie d'adhésion, la Bulgarie et la Roumanie, souligne que, dans l'Union européenne, les compétences sont partagées entre les Etats Membres et la Communauté européenne représentée par la Commission européenne. Bien que cette dernière jouisse du statut d'observateur auprès de l'OMS, les observateurs de la Commission européenne ne sont pas autorisés à participer aux travaux des sous-commissions ou autres subdivisions, à moins qu'ils n'y soient invités en vertu de l'article 48 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. En vertu de l'article 86, ces dispositions s'appliquent également aux Commissions de l'Assemblée de la Santé. Le Dr Lassmann demande donc à la Commission d'inviter la Commission européenne à assister aux réunions de tous groupes de rédaction ou groupes de travail qu'elle pourra établir.

S'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres sur le point de l'ordre du jour à l'examen (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'alignant sur sa déclaration), le Dr Lassmann dit qu'à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Europe (Bucarest, 12-15 septembre 2005), l'Union européenne s'est inquiétée de ne disposer que d'un résumé d'orientation du programme général de travail. Elle attendait alors avec intérêt de pouvoir examiner l'intégralité du document en janvier 2006 ; toutefois, ces préoccupations demeurent.

Aux termes de l'article 28 g) de la Constitution de l'OMS, le Conseil exécutif est tenu de soumettre un programme général de travail pour examen et approbation à l'Assemblée de la Santé. Le programme pour 2006-2015 permet à l'OMS de mettre en place des activités sur une période plus longue que les deux années du budget programme. Ce programme constitue une base de discussion pour le plan stratégique à moyen terme et le budget programme suivant. Le plan permettra de mieux comprendre quelle est la place respective de ces documents. Le onzième programme général de travail révisé tient compte des observations formulées à la réunion extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, mais certaines questions importantes demanderont à être examinées de manière plus approfondie dans le cadre du plan stratégique à moyen terme, qui devra notamment préciser davantage les mesures que l'OMS devrait prendre pour s'acquitter de ses fonctions essentielles. Par exemple, on peut penser que la réforme des Nations Unies aura une incidence sur les activités de l'OMS, qui sont financées à 70 % – ce qui est remarquable – par des contributions volontaires, que celles-ci soient ou non affectées à un usage déterminé.

Un débat transparent devrait avoir lieu concernant le plan stratégique à moyen terme qui permettrait d'apporter des précisions dans les domaines suivants : définition claire des atouts et des avantages de l'OMS par rapport à d'autres organisations compétentes dans le domaine de la santé au niveau mondial ; rôle de l'OMS dans la perspective de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ; nécessité d'inscrire l'ensemble des activités dans le cadre de la réforme des Nations Unies, y compris au niveau des pays ; renforcement des fonctions normatives de l'OMS, en particulier pour les activités au niveau des pays ; renforcement du rôle joué par l'OMS dans la définition des priorités de la recherche – notamment pour les travaux novateurs sur des questions sanitaires négligées –, en respectant les divers systèmes sanitaires, juridiques et économiques des Etats Membres et les conditions préalables à ces activités dans les pays à faible revenu ; nécessité de maintenir un juste équilibre entre le programme d'action sur les maladies transmissibles, qui n'est pas achevé, et le programme d'action sur les maladies non transmissibles, qui se prolonge ; mise en conformité de la terminologie et des priorités avec les accords internationaux et prise en compte des progrès réalisés sur le plan international, par exemple dans le domaine de la santé sexuelle et génésique et des droits fondamentaux liés à la santé ; prévention des maladies chroniques non transmissibles, l'accent étant mis sur les déterminants de la santé, parmi lesquels le mode de vie et leur lien étroit avec, notamment, la promotion de la santé et les soins de santé primaires ; et, enfin, rôle que doit jouer l'OMS pour faire mieux comprendre les politiques de santé au niveau mondial. Le plan stratégique à moyen terme et le budget programme devront définir non seulement les objectifs de l'OMS, mais aussi l'ensemble de ces questions et indiquer comment l'Organisation mènera à bien cette tâche et mesurera, évaluera et, le cas échéant, adaptera son action, et ils devront également garantir la transparence et une participation des Etats Membres. Dans le cadre du suivi du programme général de travail et des instruments subsidiaires, le Secrétariat devrait mettre l'accent sur les liens entre la planification à long terme, à moyen terme et à court terme ; la planification, l'appréciation de l'exécution et l'évaluation ; les activités entreprises par le Siège et les activités entreprises par les bureaux régionaux et les bureaux de pays ; et enfin, la réforme des ressources humaines et la réforme budgétaire. Il conviendra également d'attacher une importance particulière au financement équitable des différents domaines d'activité.

Le Dr Duque III assume la présidence.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, salue et approuve le programme mondial d'action sanitaire prévu dans le programme général de travail, car il constitue un projet bien conçu qui met l'accent sur les priorités de la prochaine décennie et les défis qui devront être relevés. Il accueille favorablement la planification stratégique à long terme et se félicite de l'importance croissante accordée à la justice sociale et aux ressources humaines dans le domaine sanitaire. Le programme de travail devrait faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Son succès dépendra de la coordination, de la détermination et de la mise en commun d'informations à tous les niveaux. Ce document devrait être considéré comme un outil souple qui permettra d'adapter le plan stratégique à

moyen terme à chaque Région et à chaque pays. Il devrait y avoir un équilibre entre la capacité d'adaptation et les priorités définies dans le plan. Le Dr Parirenyatwa s'inquiète du retard dans la mise au point définitive du programme de travail qui détermine le champ d'action de l'OMS et de tous les autres partenaires. Bien qu'aucune date limite précise ne soit prévue pour la mise au point définitive de ce document, l'OMS ne devrait pas travailler sans cet outil de planification qui revêt une importance primordiale.

Il approuve le projet de résolution et invite tous les Etats Membres à utiliser le programme de travail aux fins de la planification stratégique nationale. Le Directeur général devrait fonder la planification stratégique, le suivi et l'évaluation de l'action de l'OMS sur le onzième programme général de travail et faire rapport à la Soixante-Troisième et à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur le maintien de la pertinence de ce programme.

M. PALU (Australie) approuve le projet de onzième programme général de travail qui constitue un bon point de départ pour l'élaboration du plan stratégique à moyen terme. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr NOTTAGE (Bahamas), prenant la parole au nom des pays membres de la Communauté des Caraïbes, dit qu'il appuie le onzième programme général de travail qui permettra d'adapter les mesures d'intervention, notamment pour les pays des Caraïbes qui sont exposés aux catastrophes naturelles, comme les ouragans, dont les conséquences sont lourdes sur le plan économique, social et sanitaire.

Le programme mondial d'action sanitaire prévoit le renforcement des systèmes de santé et un accès plus équitable, ce qui facilite la mise en place d'une couverture universelle et favorise l'égalité des sexes et le respect des droits fondamentaux liés à la santé. Au Bahamas, des progrès sont réalisés actuellement dans l'instauration d'un système de sécurité sociale et d'un accès universel à des soins de santé intégrés. L'OMS et l'Organisation panaméricaine de la Santé fournissent un appui technique. Le budget montre un accroissement des financements des vaccinations – qui a progressé de 150 % – pour les situations d'urgence en 2004, mais les crédits manquent pour les services de vaccination dont le financement doit être rigoureux pour pouvoir maintenir la couverture vaccinale. La Région des Caraïbes a montré la voie pour l'éradication de certaines maladies évitables par la vaccination. Le Dr Nottage attend avec intérêt l'application de l'ambitieux programme général de travail et la notification des résultats obtenus, à intervalles réguliers et dans les délais impartis.

La séance est levée à 12 h 35.

DEUXIEME SEANCE

Jeudi 25 mai 2006, 15 h 10

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)
puis : M. V. MERITON (Seychelles)

1. ONZIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL, 2006-2015 : Point 14 de l'ordre du jour (documents A59/25, A59/25 Add.1 et A59/25 Add.2) (suite)

Le Dr PYAKALIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que le projet de onzième programme général de travail définit de grandes orientations, en faisant une place aux nombreuses questions de santé publique auxquelles tous les pays sont confrontés, et mérite d'être approuvé par l'Assemblée de la Santé. Il conviendrait de mentionner expressément le coût du matériel médical, qui joue un rôle de plus en plus important dans les soins de santé, au titre de la troisième des fonctions essentielles de l'OMS (voir notamment les paragraphes 104 et 105 de l'annexe 2 du document A59/25). Les pays en développement, en particulier, connaissent des difficultés sur le plan des normes et de la qualité, et la mondialisation rapide des échanges risque de mettre à mal les normes observées par les Etats Membres. Le Dr Pyakalia appuie le projet de résolution.

M. A. P. SINGH (Inde) fait l'éloge du projet de programme de travail, qui est centré sur le renforcement des capacités des systèmes de santé. Pour l'essentiel, les stratégies mises en place par son pays dans le cadre de la mission nationale pour la santé en milieu rural sont conformes à ce programme. Les consultations se sont traduites par plusieurs recommandations. La responsabilité en matière sanitaire devant aller de pair avec le droit à la santé, les programmes mis sur pied dans ce domaine devraient être harmonisés avec les stratégies pour la réduction de la pauvreté. Les répercussions sanitaires d'activités menées dans d'autres secteurs devraient faire l'objet d'une évaluation. Il faudrait disposer de meilleurs indicateurs pour rendre compte des écarts qui existent sur le plan de l'équité dans les pays eux-mêmes ou d'un pays à l'autre. Les méthodes de soins devraient être normalisées, et notamment l'agrément octroyé aux prestataires. Il y aurait lieu de mettre l'accent sur les activités portant sur la santé génésique, la santé mentale et la santé des groupes marginalisés et défavorisés, les maladies réémergentes et le Règlement sanitaire international (2005). L'OMS a pour principal atout d'être présente au niveau international, d'avoir accès au savoir-faire technique, de collaborer avec les pays, d'oeuvrer avec de multiples partenaires et de pouvoir intervenir pour faire face aux maladies transmissibles. Ses points faibles sont toutefois les suivants : faible influence sur les politiques mondiales dans le domaine de la santé et du développement, mode de gestion et d'affectation des ressources, qui vont pour la plupart à de petits projets dont les effets ne sont pas bien évalués, carences internes sur le plan du fonctionnement, et notamment existence d'une structure bureaucratique, qualité variable des compétences techniques et changement fréquent de priorités et de jargon, intervention plus réactive qu'anticipative en cas de crises sanitaires et, enfin, faible rôle en matière de réglementation et de fixation de normes. Dans le cadre de son programme général de travail, l'OMS devrait mettre à profit ses atouts et s'attaquer à ses points faibles.

Le Dr BUTLER-JONES (Canada) dit que la révision a permis d'améliorer sensiblement le texte, mais que le document ne parvient toujours pas à présenter clairement les apports particuliers de l'OMS dans le domaine de la santé au niveau mondial, et il souscrit à la déclaration faite au nom de l'Union européenne. Le Canada approuvera le projet de programme général de travail, ainsi que le projet de résolution, qui constitue un progrès vers une planification à long terme. Le plan stratégique à

moyen terme, qui revêt une importance primordiale, devrait définir des approches et des objectifs spécifiques et fixer des orientations plus précises. Le Dr Butler-Jones souhaiterait être informé des consultations qui seront prévues à cet égard, au niveau régional ou à celui des pays.

M. LU Ying (Chine) dit que le programme de travail, qui a jeté les bases en vue de la réalisation des objectifs pertinents du Millénaire pour le développement, permettra aux pays d'élaborer leur propre stratégie en fonction de leur situation nationale. Il approuve ce programme et le projet de résolution. Le Secrétariat devrait encourager la coopération entre Etats Membres et associer le projet de programme et un programme de travail annuel, ce qui contribuerait à l'amélioration de la santé au niveau national. Le suivi et l'évaluation demandent à être renforcés, de sorte que les Etats Membres soient tenus au courant des progrès réalisés dans la mise en oeuvre du programme de travail. Il conviendrait d'informer également d'autres organisations et institutions internationales à ce sujet de manière à pouvoir coordonner les activités qui visent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. M. Lu Ying se félicite de l'intention manifestée dans le texte d'accroître les financements au moyen de contributions volontaires, mais demande que la répartition de ces contributions soit plus transparente et plus équitable afin que l'on puisse oeuvrer en faveur de la santé publique dans différents pays.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) exprime ses remerciements pour les efforts déployés en vue de réviser et d'améliorer le projet de onzième programme général de travail. Il aurait préféré que les objectifs soient clairement définis, ce qui permettrait aux Etats Membres de mesurer les progrès réalisés dans sa mise en oeuvre. Pour évaluer les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs liés à la santé convenus sur le plan international, les Etats Membres et le Secrétariat doivent pouvoir mesurer les effets de telle ou telle action. Il est donc primordial que le programme général prévoit un suivi et une évaluation. Il est regrettable que l'examen du onzième programme général de travail n'ait pas comporté une évaluation du dixième programme de travail, car l'OMS gagnerait à en analyser les succès et les échecs. Le onzième programme général devrait être fondé sur les éléments d'information et les données disponibles. D'autres institutions du système des Nations Unies ont compétence pour traiter de l'inégalité sociale, de la pauvreté et des droits de l'homme, et l'OMS n'est pas nécessairement l'organisation la plus apte à entreprendre des activités de ce type, qui ne font que la détourner de ses fonctions essentielles. Pour parvenir à ses objectifs, l'OMS doit associer tous les partenaires, et notamment le secteur privé ; M. Hohman se félicite de l'appel, contenu dans le projet révisé, en faveur d'un engagement avec ce secteur. Il attend du Secrétariat qu'il donne suite à cet appel, non seulement au Siège, mais aussi au niveau régional et au niveau des pays. Il faut souhaiter que le document soit approuvé sans amendement ; toutefois, si l'on en reprenait l'examen, M. Hohman proposerait d'y apporter d'importantes modifications. Par ailleurs, il appuie le projet de résolution tel qu'il a été proposé, sous réserve qu'un amendement y soit apporté.

M. RAMOTSOARI (Lesotho) dit qu'il a pris part à la réunion extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et a approuvé le projet révisé de programme général de travail. Il convient de mettre l'accent sur le calendrier de mise en oeuvre, notamment pour le plan stratégique à moyen terme. Le système de suivi et d'évaluation devrait permettre au Directeur général de faire rapport aux Etats Membres sur les progrès réalisés. M. Ramotsoari appuie le projet de résolution.

M. IWABUCHI (Japon) dit que la santé n'est pas uniquement une question de longévité et ne se limite pas à la manière de traiter certaines maladies, mais qu'elle joue un rôle essentiel dans le développement. De ce fait, l'OMS a élargi son champ d'action, qui inclut désormais la pauvreté, la sécurité, les droits de l'homme et d'autres questions. Il lui faudrait encore étendre ses activités, mais les capacités de financement disponibles sont limitées et l'accroissement des domaines de compétence ne se traduit pas automatiquement par un financement suffisant. Pour faire face à une demande sans cesse accrue, l'OMS devrait coopérer avec les organisations compétentes afin de ne pas avoir à

prendre en charge tous les besoins en matière de santé. C'est probablement grâce aux contributions volontaires que l'OMS répondra pour l'essentiel à ses besoins croissants durant la période visée par le projet de programme général. Le traitement de ces contributions revêt une grande importance pour le fonctionnement de l'Organisation. Les donateurs qui ont certaines priorités prennent des engagements de financement en réservant les fonds à un usage particulier. L'OMS devrait s'entretenir avec eux, de façon que les affectations soient conformes à ses priorités.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande) appuie le projet de onzième programme général de travail et remercie le Conseil exécutif d'avoir élaboré un document où les orientations sont mieux définies. Le texte de ce projet constitue un élément du cadre stratégique et le Dr Matheson s'associe aux observations de l'Union européenne concernant les domaines à privilégier à l'avenir. Le système de suivi revêtira une importance capitale. Il est fondamental de se demander si la santé dans le monde s'est améliorée, surtout pour les groupes marginalisés à l'intérieur de certains pays, et de savoir si l'OMS a eu une influence sur ce processus. Il convient d'associer les nobles aspirations et la transparence de l'appréciation de l'exécution si l'on veut aller de l'avant.

Le Dr TANGI (Tonga) appuie sans réserve le projet de programme général de travail et le projet de résolution. Les Tonga ont examiné le document à la réunion d'une journée du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dont les résultats ont donné satisfaction à la majeure partie des délégués.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) s'associe à la recommandation selon laquelle l'OMS devrait clairement définir les modalités du suivi et de l'évaluation du programme général de travail. A cette réserve près, il appuie pleinement le document.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que le projet de onzième programme général de travail est exhaustif et englobe divers domaines d'activité, et notamment les objectifs liés à la santé convenus sur le plan international. Malgré les progrès réalisés d'une manière générale dans l'amélioration de la situation sanitaire, les disparités sont fréquentes. L'OMS devrait déployer davantage d'efforts pour réduire ces disparités dans les différentes parties du monde. Elle devrait utiliser ses atouts potentiels en tant qu'organisme technique et développer et encourager les partenariats avec d'autres organisations et la communauté des donateurs. Mme Le Thi Thu Ha appuie le projet de résolution.

Le Dr NUSRI (Indonésie) approuve le projet de programme de travail. La stratégie de l'Indonésie dans le domaine de la santé est conforme aux priorités de ce programme, notamment en ce qui concerne les investissements dans le secteur de la santé pour réduire la pauvreté. Le Gouvernement de son pays a accordé un degré élevé de priorité à la réduction de la pauvreté dans le cadre de ses plans annuels et à moyen terme. Les objectifs du Millénaire pour le développement ne devraient pas être considérés comme une simple déclaration d'intention, mais devraient s'accompagner d'un financement et d'actions concrètes. Par exemple, la réduction du taux de mortalité maternelle nécessite une action globale dans de multiples secteurs, de même qu'un financement et un soutien. Il conviendrait d'élaborer des stratégies présentant un bon rapport coût/efficacité et adaptées à chaque pays, stratégies qui pourraient s'inscrire dans le cadre du plan stratégique à moyen terme.

M. EL ISMAILI LALAOUI (Maroc) appuie le document. Toutefois, vu les déclarations des délégués de l'Autriche, du Canada et des Etats-Unis d'Amérique, diverses propositions devraient être débattues dans un autre cadre. L'OMS devrait examiner quels sont les moyens les plus efficaces d'organiser ce débat de sorte qu'une version révisée et améliorée de ce document, qui tienne compte des diverses propositions, puisse être soumise à la prochaine Assemblée de la Santé.

M. MADYO (Afrique du Sud) note que le projet de programme de travail est l'un des plus novateurs depuis la Déclaration d'Alma-Ata. L'OMS est fidèle à sa Constitution : le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre plutôt que le meilleur niveau de soins constitue l'un des droits de

tout être humain, sans aucune distinction. Le projet de programme de travail met l'accent sur les véritables problèmes qui jouent un rôle dans la dégradation de la santé. Il souscrit aux objectifs prioritaires qui sont présentés, mais propose d'en modifier l'ordre. Si l'on veut assurer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale, il convient de renforcer les systèmes de santé et d'agir avec force, dans le domaine sanitaire ou dans d'autres domaines, sur les déterminants de la santé. Il appuie les cinq objectifs prioritaires à moyen terme, mais souhaiterait qu'un lien plus clair soit établi entre ces objectifs et les priorités fixées pour la période allant de 7 à 10 ans. Le projet de programme de travail pourrait être renforcé dans quelques secteurs. Tout d'abord, il devrait contenir une analyse plus cohérente des raisons pour lesquelles les pays pauvres continuent à connaître la pauvreté. A cet égard, le document fait état – et cela à juste titre – des subventions agricoles et de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, mais ne donne aucune indication sur la manière de traiter ces questions de manière à améliorer la santé des populations dans le monde en développement. Le document laisse entendre qu'« au-delà » d'autres facteurs, les échanges, la fiscalité et les subventions agricoles jouent un rôle, alors qu'ils sont en fait au coeur du problème de la pauvreté que connaissent bon nombre d'agriculteurs en Afrique. Ensuite, il convient de renforcer les ressources humaines pour la santé en formant des personnels de santé et en les fidélisant et en investissant dans la formation de ressortissants des pays développés, afin de limiter le recrutement et les migrations volontaires à grande échelle des agents de santé des pays en développement. Dans ce domaine, les pays en développement ne sont pas en mesure de faire face à la concurrence sur un marché ouvert. L'objectif prioritaire intitulé « Investir dans la santé pour réduire la pauvreté » s'applique donc aussi aux pays développés, qui ne devraient pas recruter des personnels des pays en développement, si ce n'est dans le cadre d'accords bilatéraux. Enfin, il convient d'accorder une plus grande attention aux médecines traditionnelles.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite que le projet de programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme prévoient le renforcement du cadre de gestion fondé sur les résultats. Le programme a été élaboré dans le cadre de consultations transparentes avec les Etats Membres, les donateurs et les organisations non gouvernementales. Le rôle du secteur privé est une question importante. L'OMS devrait jouer un rôle dans la normalisation des services et mécanismes afin de protéger les populations démunies, de façon que l'instauration de la santé pour tous demeure au centre de l'accès aux services de santé.

Le Dr WANI (Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme) dit que le projet de onzième programme général de travail témoigne de l'importance que l'OMS attache aux droits de l'homme. Il salue les efforts qu'elle a déployés pour intégrer les principes des droits de l'homme au développement de la santé et aux activités humanitaires. La Constitution de l'OMS reconnaît le droit de jouir du meilleur état de santé possible et tous les Etats Membres sont au moins parties à un accord dans le cadre duquel la santé est considérée comme l'un des droits de l'homme. Les orientations fixées par l'OMS en matière de santé publique doivent être conformes aux obligations internationales contractées par ses Etats Membres dans le domaine des droits de l'homme. Toutefois, le rôle qu'elle remplit pour promouvoir une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme devrait aller encore plus loin. En 2003, avec d'autres organisations du système des Nations Unies, elle a approuvé une « position commune » concernant l'adoption d'une approche de la coopération pour le développement fondée sur les droits de l'homme. Au Sommet mondial de 2005, tous les Etats Membres de l'Organisation des Nations Unies sont convenus que les droits de l'homme devaient être au centre des considérations sur la politique à mener et de tous les processus de décision et être placés au coeur du système des Nations Unies. Le projet de programme général de travail fait en sorte que l'OMS s'engage dans ce sens dans le cadre de l'ensemble de ses actions et activités.

Le Dr Wani appelle l'attention des participants sur le rôle du Rapporteur spécial de la Commission des Droits de l'Homme s'agissant du droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible. Les droits de l'homme représentent un allié dans la lutte engagée au niveau mondial « pour une meilleure santé ».

Mme PRADHAN (Planification, coordination des ressources et suivi des résultats) note que l'une des principales questions soulevées lors des discussions portait sur le cadre de planification et la manière dont le projet de programme général de travail influencerait sur le cadre de gestion fondé sur les résultats. Ce projet constitue un cadre de référence général pour le plan stratégique à moyen terme et définit une perspective à long terme pour l'Organisation et ses partenaires dans le domaine de la santé au cours des dix prochaines années. Le plan stratégique à moyen terme fixera des objectifs stratégiques pour les six prochaines années, avec des budgets programmes biennaux clairement liés au projet de programme général de travail. Ce plan est en cours d'élaboration au Siège et au niveau régional et sera soumis pour examen aux prochaines réunions des comités régionaux.

S'agissant de la position de l'OMS dans le contexte de la réforme générale des Nations Unies, le projet de programme général souligne le fait que l'Organisation jouera un rôle dans ce processus et agira dans ce domaine d'une manière qui sera précisée dans le plan stratégique à moyen terme.

Concernant le suivi, le programme général devrait être un document adaptable, et non pas figé, dont la mise en oeuvre fait l'objet d'une évaluation de façon à tenir compte de l'évolution des priorités. Des propositions plus détaillées concernant le suivi seront soumises aux réunions ultérieures des organes directeurs.

Le PRESIDENT rappelle que les Etats-Unis d'Amérique souhaitent proposer un amendement au projet de résolution avant qu'il ne soit soumis à la Commission pour approbation.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique) propose d'insérer les mots « , par l'intermédiaire du Conseil exécutif, » au dernier paragraphe du projet de résolution, entre les mots « et de faire rapport » et les mots « à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ».

M. MADYO (Afrique du Sud), se référant au paragraphe 48 de l'annexe 2 du document A59/25, dit que la déclaration selon laquelle les gouvernements et les établissements de santé publique ne savent pas toujours que l'amélioration des politiques et des stratégies de santé passe par des décisions fondées sur des données factuelles est condescendante et inexacte et qu'elle devrait être supprimée. Il conviendrait plutôt de souligner avec force la nécessité d'élaborer des politiques et des stratégies fondées sur des données factuelles. En outre, il ne faudrait pas faire mention du VIH et du SIDA – comme exemples de maladies – isolément, mais il faudrait soit en faire mention en même temps que d'autres maladies comme la tuberculose ou le diabète, soit ne pas en faire état du tout, à moins que le contexte n'exige expressément des exemples de ce type. Le document n'aborde pas la question de l'éthique de la recherche. Vu les problèmes rencontrés par les pays en développement à cet égard, il conviendrait d'accorder une importance plus grande à cette question.

Le PRESIDENT considère que la Commission souhaite approuver le projet de résolution tel qu'il a été amendé.

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

M. BONNICI (Malte) dit que, bien qu'il se soit rallié au consensus sur l'approbation du projet de résolution, il souhaite préciser la position de Malte sur la question de la santé sexuelle et génésique et des droits dans ce domaine. La mention des services de la santé sexuelle et génésique, qui figure dans le onzième programme général de travail, ne devrait pas être interprétée comme imposant à toute partie, quelle qu'elle soit, l'obligation de considérer l'avortement comme un service légitime de santé sexuelle et génésique.

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 WHA59.4.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM remercie tous les Etats Membres d'avoir participé au processus de consultation. Le programme général de travail présente une analyse générale des défis à relever, des lacunes et des questions prioritaires à l'avenir. Il sera utile non seulement au Secrétariat et aux Etats Membres, mais aussi aux partenaires de l'action de santé. Le projet de texte a été utilisé lors des discussions qui ont eu lieu avec la Banque mondiale et l'UNICEF, qui souhaitent beaucoup pouvoir mettre à profit ses grandes orientations stratégiques. Il revêt également de l'importance en ce qu'il confirme les six fonctions essentielles de l'OMS et permet à l'Organisation d'accroître son efficacité au sein du système des Nations Unies. L'OMS fixe des normes, joue un rôle mobilisateur, assure la coordination des actions, définit les politiques et fournit un appui technique de haut niveau, et, de ce fait, permet de nouvelles connaissances et intervient en déterminant les priorités en matière de recherche et en exerçant une surveillance dans le domaine sanitaire. Il est donc important de confirmer de nouveau les fonctions essentielles de l'OMS dans le cadre des débats sur l'avenir du système des Nations Unies.

2. QUESTIONS RELATIVES AU BUDGET PROGRAMME ET QUESTIONS FINANCIERES : Point 15 de l'ordre du jour

Questions relatives à la vérification des comptes et à la surveillance : Point 16 de l'ordre du jour

Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution : Point 15.1 de l'ordre du jour (documents A59/26 et A59/INF.DOC./2)

Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés : Point 15.2 de l'ordre du jour (document A59/26)

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner les six projets de résolution contenus dans le document A59/26.

M. JEFFREYS (Contrôleur financier) dit que, depuis la réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, le Suriname a versé des sommes suffisantes pour ne plus tomber sous le coup de l'article 7 de la Constitution, et son droit de vote a donc été rétabli. La Bolivie a procédé à des versements, de sorte qu'elle n'est plus visée par le paragraphe 1 du projet de résolution concernant la suspension des droits de vote à partir de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé (document A59/26, paragraphe 15). Ce paragraphe ne devrait donc s'appliquer qu'à la Dominique et à la République démocratique du Congo. Si l'un de ces deux pays effectue des versements avant l'ouverture de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, cette disposition ne leur sera plus applicable. M. Jeffreys estime, comme M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas), qu'il conviendrait de supprimer les termes « du Suriname » du deuxième alinéa du préambule du projet de résolution, qui figure au paragraphe 15 du document A59/26.

M. MACPHEE (Canada) et M. MNATSAKIAN (Arménie) remercient le Secrétariat et les Etats Membres grâce auxquels la situation en matière de recouvrement des contributions a pu s'améliorer.

Le PRESIDENT invite la Commission à approuver le projet de résolution figurant au paragraphe 15, les mentions de la Bolivie et du Suriname étant supprimées.

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 WHA59.5.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner les projets de résolution A, B, C, D et E, qui figurent au paragraphe 16, concernant l'Afghanistan, l'Arménie, la République centrafricaine, la République dominicaine et le Turkménistan, respectivement, et les demandes présentées par ces pays au sujet de l'application des dispositions spéciales pour le règlement de leurs arriérés de contributions.

Les projets de résolution sont approuvés.¹

Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution : Point 15.3 de l'ordre du jour (document A59/30)

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que le Comité s'est déclaré satisfait du rapport sur l'appréciation de l'exécution, qui a été établi dans les meilleurs délais et définit l'approche à adopter pour les appréciations à venir. Des progrès ont été réalisés dans le suivi de la gestion fondée sur les résultats, ce qui a aidé les Etats Membres à évaluer dans quelle mesure l'Organisation atteignait ses objectifs et le Secrétariat à distinguer les domaines dans lesquels les progrès étaient appréciables et ceux qui demandaient une plus grande attention.

Trois domaines d'activité, qui revêtent un degré élevé de priorité, suscitent certaines préoccupations : l'action en faveur d'une grossesse à moindre risque, la santé de la femme et le VIH/SIDA, autant de domaines dans lesquels l'exécution financière a été insuffisante pendant la période 2004-2005. Les financements proviennent en grande partie de contributions volontaires et le faible niveau d'exécution s'explique dans certains cas par le fait que les recettes sont perçues tardivement, c'est-à-dire uniquement durant le dernier mois de l'exercice. D'autres facteurs, en particulier dans le domaine du VIH/SIDA, sont notamment les obstacles résultant du développement des programmes et de l'absence de dispositif international pour l'achat de médicaments antirétroviraux. Certains Etats Membres ont recommandé de procéder à une évaluation approfondie des trois programmes revêtant le degré de priorité le plus élevé, en termes de crédits. Les crédits nécessaires pour la vaccination et la mise au point de vaccins, ainsi que pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, dépassent de beaucoup les budgets initialement prévus. Cet accroissement est lié pour l'essentiel aux dépenses engagées pour lutter contre l'épidémie de poliomyélite qui a sévi dans plusieurs pays, ainsi qu'au tsunami et aux séismes survenus en Asie. La présentation générale faite par le Comité se fonde sur un document récapitulatif, le rapport complet sur l'exécution du budget programme ne devant être disponible dans toutes les langues officielles que durant l'Assemblée de la Santé qui se tient actuellement. Il devrait être distribué pour examen aux comités régionaux et un rapport complet, dans toutes les langues, devrait être soumis à la session du Conseil exécutif qui aura lieu en janvier 2007. Le rapport sur l'appréciation de l'exécution contribue de manière constructive à faire de l'OMS une Organisation plus responsable.

M. MACPHEE (Canada) se félicite de ce que le rapport soit inscrit à l'ordre du jour de la session du Conseil exécutif qui se tiendra en janvier 2007. C'est là une base excellente pour la planification du nouveau budget biennal.

M. NESVÅG (Norvège) fait observer que c'est la première fois que l'OMS fait rapport sur la totalité des résultats du budget programme et il attend le rapport complet avec intérêt. Le Secrétariat a souligné les difficultés liées à la forte proportion de contributions volontaires et les problèmes posés par l'affectation des fonds à un usage précis et à leur versement tardif par les donateurs. M. Nesvåg constate avec préoccupation que 1500 rapports distincts ont dû être établis à l'intention des donateurs. La Norvège travaillera avec le Secrétariat et les donateurs afin de traiter cette question.

¹ Ces projets de résolution ont été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le premier rapport de la Commission et adoptés respectivement sous les cotes WHA59.6 à 59.10.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) prend note du document qui revêt une grande importance et permettra à l’OMS d’obtenir des résultats. Il approuve l’appréciation réalisée par le Comité du Programme, du Budget et de l’Administration, mais se déclare préoccupé par l’insuffisance du financement dans des domaines d’activité comme la santé de la femme, l’action menée pour une grossesse à moindre risque, et le VIH/SIDA. Il s’agit là d’objectifs prioritaires qui ne devraient pas pâtir de difficultés financières. Il invite le Secrétariat à veiller à ce que la planification financière soit plus efficace. Il souligne l’importance de la vaccination et de la mise au point de vaccins. L’augmentation des ressources ne se traduit pas par des résultats dans tous les secteurs. Il demande au Secrétariat d’examiner la possibilité d’accroître les crédits affectés à la préparation aux situations d’urgence et à l’organisation des secours. Il accueille avec satisfaction l’appréciation du budget du Secrétariat, dont le taux d’exécution est de 97 % ; toutefois, ce taux ne s’applique pas à tous les domaines d’activité et cet aspect demande à être amélioré.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) approuve le rapport, qui montre que l’OMS s’emploie à améliorer sa gestion fondée sur les résultats et constitue en ce sens un exemple au sein du système des Nations Unies. Il se déclare préoccupé par la contribution de l’OMS au budget du Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires, et notamment la Commission du Codex Alimentarius, pour l’exercice 2006-2007. A la cinquante-septième session du Comité exécutif de la Commission, l’OMS a indiqué que les perspectives d’évolution du budget qu’elle consacrait à la sécurité sanitaire des aliments, et notamment sa contribution au Programme sur les normes alimentaires, étaient peu encourageantes. M. Van Der Heiden souhaiterait obtenir des précisions sur la contribution que l’OMS se propose de fournir à ce Programme. Les Pays-Bas prennent bonne note des résultats obtenus par l’OMS et la FAO dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et du Codex Alimentarius, et appuient sans réserve ces activités en détachant des experts néerlandais auprès des organisations internationales et en contribuant au Fonds fiduciaire du Codex FAO/OMS. Vu l’utilité que revêt le Codex Alimentarius pour l’ensemble des pays, il est favorable à ce que les crédits alloués aux activités qui s’y rapportent demeurent au moins au niveau de l’exercice 2004-2005. Cette question semble être liée à l’appréciation de la gestion des résultats puisque, lors de la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, les Etats Membres ont adopté une résolution invitant l’OMS à se préoccuper davantage des activités relatives au Codex Alimentarius.

Le Dr DIAKHABY (Guinée), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, note que le rapport sur l’appréciation de l’exécution et le rapport financier montrent une amélioration dans le fonctionnement et la stabilité financière de l’OMS (voir, par exemple, le document A59/28, Table 6). Toutefois, ces documents montrent également qu’il convient de renforcer la coopération, les partenariats stratégiques et les capacités au niveau des pays ; il faudrait en outre mener des actions de sensibilisation et de mobilisation des ressources financières de sorte que le financement soit plus aisé à prévoir.

Exprimant de nouveau son soutien aux activités de l’OMS visant la prévention et l’éradication des maladies tropicales et des maladies transmissibles dans un contexte régional et interpay, le Dr Diakhaby indique que la Région souhaiterait que les capacités nationales en matière de recherche soient renforcées et que l’accès aux médicaments soit amélioré, notamment pour les populations vulnérables. Elle appuie les recommandations figurant dans les deux rapports et les initiatives prises par le Secrétariat pour mobiliser la communauté internationale face aux principales menaces qui pèsent sur la santé dans le monde. L’Organisation devrait suivre de plus près l’application des recommandations formulées dans le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l’Administration et le rapport de vérification des comptes, accroître la décentralisation en déléguant davantage les responsabilités et les pouvoirs afin de renforcer la transparence, élaborer des politiques novatrices en vue d’améliorer le règlement des arriérés de contributions – qui s’élèvent aujourd’hui à US \$137 250 000 –, veiller à ce que les financements soient mieux répartis sur la base de l’équité, l’efficacité et les résultats, mettre en oeuvre une politique de lutte contre les fraudes, au niveau du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays et, enfin, consolider le Service Budget et Finances du Bureau régional de l’Afrique.

Le Dr DING Baoguo (Chine) se félicite du rapport, qui fournit de nombreuses informations sur les activités de l'Organisation. Les résultats du passé sont utiles si l'on veut mieux faire à l'avenir. Le rapport montre que les contributions volontaires représentent désormais près de 70 % du financement et que les activités extrabudgétaires sont de plus en plus nombreuses – ce qui constitue un problème pour assurer le suivi de l'exécution des programmes. Le Dr Ding Baoguo constate avec satisfaction que le Secrétariat propose un plan et budget par pays, qui devraient être mis en oeuvre. Il accueille avec satisfaction la politique consistant à réorienter les dépenses vers les pays, mais se demande comment les crédits seront utilisés, si les dépenses porteront sur les ressources humaines et, dans ce cas, avec quels types de contrats, et si les fonds serviront aussi à l'achat de matériel. Le Dr Ding Baoguo invite le Secrétariat à fournir des renseignements précis sur tous ces aspects.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) prend note du rapport sur l'appréciation de l'exécution qui, comme le suivi et l'évaluation, revêt une importance primordiale pour garantir la transparence et la responsabilité et est très précieuse pour fixer les objectifs à atteindre. Reconnaissant que tout système de budgétisation et de gestion des programmes constitue une tâche en constante évolution, elle fait observer que le Secrétariat est déterminé à continuer à améliorer son système fondé sur les résultats. La section consacrée aux obstacles et défis dans le document A59/30 et le rapport complet¹ fournissent des informations utiles. Mme Blackwood regrette que le document complet n'ait pas été disponible plus tôt, car il contient des précisions sur l'exécution du budget programme et les grands enseignements qui en ont été tirés. Elle attend avec impatience de pouvoir l'examiner dans le cadre des comités régionaux et à la session du Conseil exécutif qui se tiendra en janvier 2007, où il pourra être étudié en même temps que le projet de budget programme 2008-2009.

Notant les progrès réalisés par le Secrétariat dans le domaine de la gestion fondée sur les résultats (grâce à une meilleure gestion des ressources financières, à une réforme des ressources humaines et à une meilleure capacité à répondre aux attentes au niveau des pays), elle dit que bon nombre de réformes s'appuient sur la mise en oeuvre du système mondial de gestion ; elle se déclare favorable aux travaux dans ce domaine et attend avec intérêt que cette question fasse l'objet d'un examen distinct.

Mme Blackwood partage l'intérêt exprimé par le délégué des Pays-Bas, qui souhaite que l'OMS continue à attacher l'importance voulue aux activités normatives de la Commission du Codex Alimentarius.

Le Dr KANAI (Japon) se déclare satisfait du rapport, qui présente les progrès réalisés et montre que les plans visant à transférer les ressources vers les Régions et les pays portent leurs fruits. Se référant à la table récapitulative qui présente le budget et les dépenses par domaine d'activité (Table 2 du rapport financier, document A59/28), il demande pour quelle raison le taux d'exécution est peu élevé pour les activités menées en faveur d'une grossesse sans risque, de la santé de la femme et du VIH/SIDA.

M. AWONO (Cameroun) fait l'éloge du rapport, qui montre les progrès réalisés dans la réorientation des ressources vers les pays. Les montants affectés aux pays, qui représentaient 56 % des ressources au cours du précédent exercice, représentent maintenant 62 % –, et il conviendrait de poursuivre sur cette voie. Le rapport met en évidence la fragilité de la structure financière de l'Organisation : 40 % des recettes proviennent de ressources relevant du budget ordinaire, qui sont donc prévisibles, tandis que les recettes restantes – soit 60 % – proviennent de ressources extrabudgétaires, que l'on ne peut prévoir. Pour dissiper ces incertitudes, le Secrétariat et les Etats Membres doivent veiller à ce que les ressources soient davantage prévisibles. C'est là une préoccupation essentielle pour garantir l'efficacité de l'Organisation dans un contexte international en évolution, où chaque institution devra avoir les moyens de financer ses politiques.

¹ Document PBPA/2004-2005.

M. KESSLER (Suisse) souscrit aux observations émises par les Pays-Bas et les Etats-Unis d'Amérique concernant les activités normatives de l'Organisation dans le cadre du Codex Alimentarius.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général), répondant aux préoccupations suscitées par le faible taux d'exécution dans le domaine des activités en faveur d'une grossesse à moindre risque et de la santé de la femme, dit que les dépenses sont très élevées dans ce secteur par rapport aux ressources effectivement perçues. La totalité des ressources perçues avant la fin de novembre 2005 pour les activités en faveur d'une grossesse à moindre risque ont en fait été dépensées ; US \$6 millions ont été perçus en décembre 2005, mais n'ont pu être utilisés qu'en 2006.

Pour la vaccination et la mise au point de vaccins, US \$688 millions ont été dépensés au cours de l'exercice. S'agissant des US \$437 millions prévus à ce titre dans le budget programme, les fonds n'ont pas été suffisants pour les activités de vaccination contre des maladies autres que la poliomyélite. US \$275 millions ont été consacrés à l'éradication de la poliomyélite, dont les Etats Membres ont fait un objectif prioritaire ; au total, US \$525 millions ont été utilisés à cette fin. L'essentiel des dépenses dans ce domaine d'activité est donc allé à l'éradication de la poliomyélite, pour laquelle de gros progrès ont été réalisés. Les Etats Membres ont déjà bénéficié d'informations concernant les pays où la maladie est encore endémique et où de nouveaux investissements sont nécessaires pour conserver le bénéfice des US \$4 milliards d'investissements déjà réalisés.

Le Dr MPANJU-SHUMBUSHU (VIH/SIDA, tuberculose et paludisme) dit que, concernant le niveau d'exécution des activités relatives au VIH/SIDA, la moitié des fonds pour l'exercice ont été perçus le 31 décembre 2004 sous forme de contributions volontaires versées par le Canada. Le taux d'exécution est donc supérieur d'environ 125 % à celui de l'exercice précédent. Il a fallu surmonter de grandes difficultés au cours des travaux préparatoires au niveau régional et au niveau des pays avant que les programmes puissent être mis en route, et notamment ceux qui concernent le traitement du VIH. Concernant le VIH/SIDA, le Dr Mpanju-Shumbushu souligne qu'il n'existe pas de dispositif mondial pour l'achat de médicaments comme celui dont bénéficient les activités sur la tuberculose ou le paludisme.

Le Dr SCHLUNDT (Sécurité sanitaire des aliments, zoonoses et maladies d'origine alimentaire) dit que, concernant la Commission du Codex Alimentarius, le Secrétariat s'emploie activement à mobiliser des fonds supplémentaires pour les activités portant sur la sécurité sanitaire des aliments. Des fonds extrabudgétaires qui ne sont pas réservés à des usages précis sont actuellement affectés à ce secteur d'activité aux fins de l'élaboration des avis scientifiques sur lesquels se fondent les travaux relatifs au Codex Alimentarius. Le Secrétariat examine également aujourd'hui par quel moyen utiliser des crédits supplémentaires inscrits au budget ordinaire pour ces activités, comme le prévoient les statuts. Il étudie par ailleurs quels seraient les moyens de présenter le financement des travaux relatifs au Codex avec davantage de transparence, et notamment le Fonds fiduciaire du Codex, qui a donné de bons résultats et a permis à plus de 300 participants de pays en développement de participer aux activités d'élaboration de normes, au niveau international, au cours de la dernière période biennale. Répondant aux souhaits exprimés par les Etats Membres, le Secrétariat est déterminé à renforcer, par tous les moyens additionnels nécessaires, l'apport que représente pour la santé l'élaboration de normes alimentaires dans le cadre du Codex et la contribution de la Commission à cet égard.

Mme PRADHAN (Planification, coordination des ressources et suivi des résultats) présente ses excuses aux participants pour ne pas avoir été en mesure de mettre le rapport complet à leur disposition, dans toutes les langues, pour l'Assemblée de la Santé. Des exemplaires de ce document devraient être disponibles dans un jour. Elle souligne que le Secrétariat est déterminé à continuer d'améliorer la procédure de sorte que le budget programme puisse être examiné dès que possible.

Répondant aux observations formulées à propos du financement inégal des différents domaines d'activité dans le cadre du budget programme, elle fait observer que l'alignement des ressources sur le

budget programme s'est considérablement amélioré par rapport à la situation présentée dans le rapport sur l'appréciation de l'exécution pour l'exercice 2002-2003. Toutefois, de nombreux progrès devaient encore être réalisés ; à cet égard, il est important de noter que l'Organisation s'appuie de plus en plus sur des contributions volontaires, dont certaines sont réservées à des domaines déterminés. Le Secrétariat oeuvre avec les partenaires et les donateurs pour réduire l'écart entre les besoins de l'Organisation, tels qu'ils ont été présentés aux organes directeurs, et ses recettes, et à faire en sorte que les ressources perçues pour les secteurs d'activité prioritaires fixés par les Etats Membres soient réparties d'une manière appropriée entre les différents niveaux – niveau mondial, niveau régional et niveau des pays.

Le rapport sur l'appréciation de l'exécution se fonde sur un cadre de gestion basé sur les résultats et représente donc une analyse stratégique, compte tenu des objectifs de l'Organisation ; le rapport financier contient une analyse financière plus détaillée. Ces deux documents devraient donc être examinés conjointement.

Le PRESIDENT propose que, conformément à la recommandation du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, le rapport complet puisse être disponible lors des réunions des comités régionaux et soit inscrit à l'ordre du jour de la session que le Conseil tiendra en janvier 2007.

Il en est ainsi convenu.

M. Meriton assume la présidence.

Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005 : Point 15.4 de l'ordre du jour (documents A59/28, A59/28 Add.1 et A59/29)

Rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif : Point 16.1 de l'ordre du jour (documents A59/28 et A59/31)

Le PRESIDENT propose que ces deux points subsidiaires soient examinés en même temps et prie les membres de se reporter aux deux rapports y relatifs du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Il invite M. Rayalu à présenter le rapport du Commissaire aux Comptes.

M. RAYALU (Commissaire aux Comptes), présentant son rapport (document A59/28, pages 86 à 95), explique que, conformément à son mandat, le Commissaire aux Comptes exprime une opinion sur les états financiers de l'OMS et le respect du Règlement financier et des autorisations des organes délibérants. Une vérification approfondie des comptes, fondée sur les normes communes du groupe de vérificateurs externes des comptes de l'Organisation des Nations Unies, des institutions spécialisées et de l'Agence internationale de l'Energie atomique, montre que les états financiers représentent avec exactitude la situation financière de l'OMS et le Commissaire aux Comptes n'a émis aucune réserve concernant l'exercice qui s'est achevé en décembre 2005. Une vérification de certains fonds fiduciaires et des comptes du Programme africain de lutte contre l'onchocercose a également été effectuée. L'acceptation du rapport et des recommandations qui y sont formulées témoigne du consensus qu'il a suscité, et M. Rayalu note avec satisfaction que le Secrétariat propose de prendre des mesures dans les meilleurs délais concernant les questions soulevées dans ce rapport. Une coordination régulière et efficace avec les Services de contrôle interne a permis d'éviter le chevauchement des travaux.

Au cours de l'exercice 2004-2005, des vérifications ont été effectuées dans tous les bureaux régionaux, dans certains bureaux de pays et au Siège. En outre, deux examens approfondis ont été réalisés concernant le fonctionnement de l'unité Passation de marchés et achats et la conclusion et l'administration d'accords pour services techniques, au Siège de l'OMS. Le résultat de ces vérifications et les recommandations formulées figurent dans le rapport à l'Assemblée de la Santé.

Dans le domaine des politiques et procédures, la politique de prévention des fraudes et les lignes directrices s'y rapportant, ainsi qu'un cadre pour la responsabilisation, ont tous été publiés. Un cadre détaillé pour la délégation des pouvoirs et des responsabilités est également en cours d'élaboration. Le Secrétariat a été invité à achever dès que possible la révision du Manuel de l'OMS, en cours actuellement, ainsi que la mise au point de la politique en matière d'environnement et l'élaboration d'une politique globale en matière d'éthique.

En 2004, un bureau de consultants extérieurs a réalisé une étude sur la réorganisation des fonctions budgétaires et financières au Bureau régional de l'Afrique ; le rapport de ces consultants contenait certaines recommandations, mais aucune mesure n'a pu être prise à cet égard en 2004. Par la suite, en 2005, il a été envisagé de renforcer l'unité Budget et finances à Brazzaville ; toutefois, cette consolidation n'a pas encore eu lieu et les difficultés associées à la division des opérations entre deux lieux d'affectation vont donc persister.

S'agissant de l'examen de l'unité Passation de marchés et achats, M. Rayalu souligne que l'achat de biens est un domaine à risques et qu'il est donc essentiel de disposer de mécanismes de contrôle. Vu le non-respect des procédures particulières applicables aux achats, qui sont énoncées dans le Manuel de l'OMS, il est probable que les mesures spécifiques de contrôle envisagées ne sont pas appliquées actuellement. A l'issue de cet examen, certaines mesures ont été recommandées au Secrétariat, qui a indiqué qu'il veillerait à ce que des dispositions appropriées soient prises pour régler la question. Un examen de suivi, qui serait effectué en temps voulu, a également été proposé dans ce domaine. La conclusion et l'administration des accords pour services techniques, qui régissent les activités de recherche menées en collaboration par l'OMS et des établissements de recherche, ont aussi donné lieu à une vérification. Certains domaines qui demandent à être renforcés ont été mis en évidence et le Secrétariat a indiqué que des mesures appropriées seraient prises pour mettre en oeuvre les recommandations formulées.

Le Secrétariat travaille depuis un certain temps à l'élaboration de politiques et procédures concernant les subventions aux dépenses locales. En janvier 2006, les principes du soutien financier aux pays ont été définis. Ces principes s'inscrivent dans le cadre de la gestion axée sur les résultats et de l'élaboration de rapports techniques, qui porteront principalement sur les résultats des programmes. Précédemment, certains gouvernements n'ont pas été en mesure de présenter des documents comptables concernant les fonds dégagés. Le Secrétariat est invité à s'assurer que les exemptions envisagées dans le cadre de la politique révisée sont accordées uniquement lorsque toute possibilité d'obtenir les états de dépenses a été écartée. Les dépenses locales représentant une part importante des dépenses, il est essentiel de contrôler étroitement la mise en oeuvre des procédures révisées relatives aux rapports techniques et financiers pour que des difficultés analogues ne se reproduisent pas à l'avenir.

Le suivi de la mise en oeuvre des recommandations formulées par le Commissaire aux Comptes fait partie intégrante du processus de responsabilisation. Le Secrétariat a mis en place un programme de suivi à cette fin. Le Commissaire aux Comptes rendra également compte de la mise en oeuvre des recommandations qui revêtent une grande importance dans son rapport à l'Assemblée de la Santé. Ces mesures devraient contribuer à renforcer le processus de responsabilisation et faire en sorte que les recommandations soient mises en oeuvre dans les meilleurs délais. M. Rayalu exprime ses vifs remerciements pour la coopération et l'aide dont il a bénéficié dans sa tâche de vérification des comptes.

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

La séance est levée à 17 h 5.

TROISIEME SEANCE

Vendredi 26 mai 2006, 9 h 55

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)

1. PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A59/48)

Le Dr CAREY (Bahamas), Rapporteur, donne lecture du projet de premier rapport de la Commission B.

M. AMIRBAYOV (Azerbaïdjan) souhaite qu'il soit inscrit au procès-verbal que, s'il avait été présent lors du vote sur la résolution sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé, il aurait voté en faveur de celle-ci.

Le Dr OTTO (Palaos) souhaite qu'il soit inscrit au procès-verbal que, s'il avait été présent, il aurait voté contre la résolution sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé. La situation est complexe et il ne peut soutenir une résolution qui formule unilatéralement des exigences envers un Etat Membre, en particulier en ce qui concerne les droits de l'homme.

Le Dr CAREY (Bahamas), Rapporteur, indique que la Bolivie s'est acquittée de ses arriérés avant l'ouverture de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et doit par conséquent être retirée du troisième alinéa du préambule de la résolution relative aux Etats Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution et les dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés.

Le rapport, ainsi modifié, est adopté.¹

2. QUESTIONS RELATIVES AU BUDGET PROGRAMME ET QUESTIONS FINANCIERES : Point 15 de l'ordre du jour (suite) QUESTIONS RELATIVES A LA VERIFICATION DES COMPTES ET A LA SURVEILLANCE : Point 16 de l'ordre du jour (suite)

Rapport financier sur les comptes de l'OMS pour 2004-2005 : Point 15.4 de l'ordre du jour (documents A59/28, A59/28 Add.1 et A59/29) (suite de la deuxième séance, section 2)

Rapport du Commissaire aux Comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif : Point 16.1 de l'ordre du jour (documents A59/28 et A59/31) (suite de la deuxième séance, section 2)

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) demande s'il existe un plan qui permettrait de résoudre les problèmes se posant au Bureau régional de l'Afrique du fait que les opérations sont

¹ Voir p. 287.

partagées entre deux lieux, comme indiqué au paragraphe 21 du document A59/28. En outre, mentionnant les paragraphes 26 à 31, il s'interroge sur l'efficacité de la politique révisée pour traiter la question des avances au titre des dépenses locales qui restent en suspens. Il demande au Secrétariat de préciser ce qu'il entend faire pour résoudre la question des avances versées au titre des voyages qui n'ont pas été réglées (paragraphes 32 et 33), en mentionnant en particulier un bureau de pays de la Région africaine.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) se félicite de la franchise de cette opinion. Elle note avec satisfaction qu'un tableau a été introduit pour donner des précisions sur l'état des mesures correctives prises en réponse aux conclusions du Commissaire aux Comptes ; il importe d'assurer le suivi des progrès réalisés afin de satisfaire à l'obligation de rendre compte de leur mise en oeuvre. Elle demande que des informations soient fournies en retour sur l'examen de la politique relative aux coûts d'appui au programme, la progression constante du niveau des contributions volontaires rendant la gestion efficace de ces ressources de plus en plus importante. Elle encourage le Secrétariat à donner la priorité aux recommandations concernant les activités d'achat, qui doivent faire l'objet d'un suivi étroit dans un souci de cohérence et de respect des politiques de l'Organisation, d'autant plus qu'un nombre croissant d'activités de ce type sont prises en charge en dehors du Siège.

Mme NICETTE (Seychelles), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, se dit confiante dans la manière dont les différents bureaux régionaux gèrent leurs ressources financières ; le Bureau régional de l'Afrique fait en particulier un travail remarquable malgré les problèmes sanitaires parfois écrasants auxquels la Région est confrontée. De manière générale, le Secrétariat gère ses finances dans le respect des normes et règlements établis, et a contribué à renforcer les systèmes de santé et à améliorer la santé dans le monde. Dans les quelques cas où les fonds n'ont pas été utilisés de manière appropriée, des mesures correctives ont été prises et de nouveaux mécanismes de contrôle introduits. Une politique de tolérance zéro en matière de fraude est fondamentale si l'Organisation veut rester performante, et des efforts doivent être faits pour recouvrer les fonds indûment dépensés. Elle appelle instamment le Secrétariat à systématiser ses politiques en matière d'éthique et d'environnement, et à mettre la dernière main à la révision du Manuel de l'OMS et du cadre pour la délégation des pouvoirs. Du fait que le Bureau régional de l'Afrique est situé dans deux villes distinctes, les ressources humaines de l'unité Budget et finances ne sont pas suffisantes pour exercer des contrôles financiers et une surveillance appropriés ou pour donner des orientations. Mme Nicette convient que l'unité doit être renforcée et se félicite que le Bureau régional affine ses mécanismes de contrôle financier. Elle prend également note des projets visant à améliorer l'efficacité par le transfert de personnel clé de Harare à Brazzaville et à créer des équipes interpays. Elle appuie sans réserve les changements nécessaires afin de mettre en oeuvre ces réformes et estime que davantage de ressources doivent être attribuées à la Région africaine.

M. MACPHEE (Canada), accueillant avec satisfaction les rapports plus détaillés du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que l'augmentation importante des contributions volontaires rend l'Organisation de plus en plus tributaire d'un financement non prévisible pour des programmes normatifs essentiels. Les retards dans les paiements se répercutent également sur l'exécution des programmes. Le Commissaire aux Comptes comme le Comité ont attiré l'attention sur le montant du budget ordinaire consacré aux frais administratifs de gestion des contributions volontaires et se sont félicités de l'examen de la situation par le Corps commun d'inspection des Nations Unies. Bien que le rapport financier (document A59/28, p. 5) fasse référence à une analyse complète des sources de contributions volontaires, l'annexe correspondante semble n'être qu'un simple relevé de compte. Il conviendrait que les rapports futurs incluent une analyse complète de la manière dont les fonds bénévoles qui, selon les rapports, s'élèvent à près de 13 % de l'ensemble des contributions volontaires sont utilisés dans l'ensemble du budget programme. Le tableau (document A59/28 Add.1, p. 15) résume utilement les domaines qui ont bénéficié de contributions volontaires, mais M. Macphee souhaiterait qu'une comparaison soit faite entre ces chiffres et les montants prévus pour ces mêmes domaines.

Les tableaux relatifs aux contributions extrabudgétaires pour des activités soutenues par l'OMS – par compte, et pour le fonds bénévole pour la promotion de la santé, qui figurent dans le document A59/28 Add.1, font apparaître un contraste saisissant entre les contributions volontaires dont a bénéficié l'OPS par comparaison à celles destinées aux autres bureaux régionaux. Certes, l'OPS dispose de son propre budget, mais il conviendrait à l'avenir de fournir un graphique mentionnant la totalité des fonds, y compris ceux obtenus à partir des sources propres de l'Organisation.

Il se félicite du rapport du Commissaire aux Comptes et de l'excellente qualité des relations de travail entre le Commissaire aux Comptes et le Secrétariat, y compris le Bureau des services de contrôle interne. Il accueille avec satisfaction l'ajout d'un tableau indiquant l'état de la mise en oeuvre des recommandations et souligne l'importance du suivi.

M. BHUSHAN (Inde) prend note du rapport financier et des observations du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (document A59/29) et appuie le projet de résolution figurant dans ce rapport. Les possibilités d'allocation des fonds extrabudgétaires ont été limitées du fait que la plupart des fonds ont été alloués à des domaines d'activité spécifiques. A l'avenir, au fur et à mesure que les fonds extrabudgétaires sans objet désigné progresseront, il conviendrait de donner la priorité aux déficits de financement, en particulier aux médicaments essentiels, à la qualité et à l'usage rationnel des médicaments, y compris à leur accès, aux bases factuelles à l'appui des politiques de santé, et aux politiques de recherche et de promotion de la santé. Il souligne la nécessité d'un suivi du cadre de responsabilité financière et juge indispensable d'accélérer le traitement des rapports en attente d'une adjudication et des rapports techniques et financiers relatifs aux contrats de services conclus. Il convient aussi d'entreprendre une évaluation des performances des vendeurs moyennant la création concomitante d'une base de données des vendeurs, en particulier dans les cas de contrats d'achat à long terme. Ces mesures sont indispensables à la fois au Siège et dans tous les bureaux régionaux. Il demande à être tenu informé des mesures prises par le Secrétariat sur ces questions.

Le Dr SAMBO (Directeur régional pour l'Afrique) explique que les fraudes graves qui ont été mises au jour au Bureau régional de l'Afrique ont ensuite fait l'objet d'une enquête et que des mesures disciplinaires ont été prises. Le membre du personnel concerné a été licencié et l'unité Fournitures a été réorganisée afin d'améliorer les services d'achat au Bureau régional et dans la Région africaine dans son ensemble. Une politique de tolérance zéro en matière de fraude a été mise en oeuvre au Bureau régional et dans les bureaux de pays. Les qualités du personnel travaillant dans les domaines du budget et des finances sont soigneusement évaluées afin de s'assurer que l'on peut se fier à eux pour respecter les Règles de Gestion financière de l'OMS. Les capacités du personnel existant seront renforcées. S'agissant des recommandations figurant dans le rapport du Commissaire aux Comptes, il affirme que le Bureau régional travaille avec le Siège afin d'y apporter rapidement une réponse. Il souligne que les recommandations ont été faites pendant la période au cours de laquelle il prenait ses fonctions en tant que Directeur régional. Il a par la suite décidé de renforcer les différentes divisions du Bureau régional, y compris l'unité Budget et finances, à Brazzaville, ce qui facilitera l'encadrement du personnel. Ces mesures font partie d'une stratégie plus globale visant à renforcer la capacité d'apporter un soutien aux Etats Membres, en particulier dans les domaines d'activité liés aux objectifs du Millénaire pour le développement, afin d'obtenir des résultats plus tangibles dans les domaines de santé prioritaires. Le Bureau régional s'est engagé à appliquer une gestion fondée sur les résultats et une politique de tolérance zéro en matière de fraude. Le Dr Sambo remercie le Commissaire aux Comptes et le vérificateur intérieur des comptes pour avoir mis en lumière les problèmes et permis d'améliorer la gestion des opérations de l'OMS dans la Région africaine.

M. JEFFREYS (Contrôleur financier) déclare que les recommandations seront suivies. Il y a eu un nombre record d'opérations concernant les recettes au cours de l'exercice 2004-2005, ce qui a représenté un défi considérable en termes de comptabilisation et de traitement. Ce défi a été relevé. Une grande partie de l'augmentation des dépenses s'est produite dans la Région africaine. Une équipe venant du Siège veille actuellement, avec le Bureau régional, à l'introduction des mécanismes

appropriés et au règlement des questions soulevées par le Commissaire aux Comptes et le vérificateur intérieur des comptes.

Faisant référence à une observation formulée par le délégué de la Thaïlande, M. Jeffreys confirme que le principe des subventions aux dépenses locales est appliqué et que celles-ci ont représenté près de 14 % des dépenses au cours de l'exercice 2004-2005. Il assure au délégué des Etats-Unis d'Amérique que les informations obtenues à la suite de l'examen des coûts d'appui aux programmes seront fournies dès que l'examen de cette politique sera terminé. Les stratégies en matière d'achat sont en voie d'amélioration. Il informe le délégué du Canada qu'il trouvera des détails complets sur la manière dont les crédits du budget ordinaire et les fonds extrabudgétaires ont été dépensés dans le Tableau 4 du document A59/28. Les dépenses du Bureau régional des Amériques et de l'OPS seront bientôt disponibles sous forme combinée dans les comptes de cette dernière. Répondant à la question du délégué de l'Inde sur le cadre de responsabilité financière et la politique de prévention des fraudes, il indique que de nouveaux mécanismes sont en train d'être appliqués et que le personnel est actuellement formé à leur utilisation.

Mme PRADHAN (Planification, coordination des ressources et suivi des résultats), répondant aux observations plus générales concernant le financement des activités de l'Organisation et la manière dont le budget programme peut être pleinement mis en oeuvre, déclare que le niveau élevé des contributions volontaires rend la tâche très difficile. Des discussions ont actuellement lieu avec les principaux partenaires et donateurs afin de veiller à ce que, dans toute la mesure possible, les fonds extrabudgétaires ne soient pas à objet désigné, de sorte qu'ils puissent être utilisés pour les priorités fixées par l'Assemblée de la Santé. Ce type de financement a sans nul doute une incidence sur la planification et la mise en oeuvre du budget programme. Un groupe consultatif sur les ressources financières, composé de hauts responsables des Régions et du Siège, a été mis sur pied afin de recenser les déficits de financement et d'évaluer l'utilisation des ressources en vue d'une efficacité optimale. Le groupe se réunit tous les deux mois et présente ses conclusions au Directeur général de façon à ce que les ressources puissent combler les déficits dans les domaines prioritaires.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution recommandé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration qui figure dans le document A59/29.

Le projet de résolution est approuvé.¹

Rapport du vérificateur intérieur des comptes et observations y relatives faites au nom du Conseil exécutif : Point 16.2 de l'ordre du jour (documents A59/32 et A59/33)

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) se félicite du rapport mais se dit préoccupée par le nombre important de recommandations en matière de vérification qui n'ont toujours pas reçu de réponse ni été mises en oeuvre. Depuis 2005, cinq rapports de vérification intérieure n'ont toujours pas reçu de réponse initiale. L'efficacité du vérificateur intérieur des comptes est directement liée à la mise en oeuvre des recommandations. Il serait souhaitable que le travail du vérificateur intérieur ainsi que les rapports qui concernent des Régions particulières soient portés à l'attention des comités régionaux correspondants.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas), reconnaissant l'utilité des informations contenues dans le rapport du vérificateur intérieur des comptes pour toutes les parties, salue les observations positives figurant dans les paragraphes 12 à 14 du document A59/32. En 2005, il a fait part de son inquiétude au

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le deuxième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.13.

sujet du Bureau régional de l'Afrique et du risque financier qui pouvait s'ensuivre pour l'OMS.¹ Il est par conséquent décevant de constater à la lecture du paragraphe 42 que les mêmes problèmes persistent, sans véritable changement. Il remercie le Directeur régional pour l'Afrique des renseignements fournis au titre du point 15.4 de l'ordre du jour sur les mesures adoptées et le suivi réalisé.

Le Dr SANGALA (Malawi), faisant référence au paragraphe 15 du document A59/32, fait part de la nomination d'une représentante de l'OMS au Malawi. Elle exerce ses fonctions depuis six mois et prend en charge les problèmes mis en lumière dans le rapport. Le Malawi participe à une approche sectorielle dans le cadre de laquelle les ressources allouées par plusieurs donateurs importants sont utilisées pour mettre en oeuvre un programme de travail convenu. Il invite l'OMS à se joindre aux donateurs existants conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et les réformes des Nations Unies en cours. Le programme fera l'objet d'un seul examen, ce qui ne soumettra pas les donateurs et les gouvernements à une pression trop forte.

M. MACPHEE (Canada) déclare qu'un système efficace de vérification intérieure est essentiel à la bonne gouvernance que l'on attend d'une Organisation qui reçoit un soutien financier important du Canada. Il se félicite de la clarté du rapport du vérificateur intérieur des comptes. La critique formulée à l'encontre de certains bureaux est troublante et le Directeur général par intérim ne doit pas tolérer une application laxiste des procédures et principes directeurs de l'OMS. Il prend note du fait que le Bureau des services de contrôle interne a rempli son mandat et qu'il a pu exercer ses fonctions sans entrave. Il se félicite des conclusions positives – en particulier le tableau de suivi – et attend avec intérêt les rapports plus détaillés que présentera le vérificateur intérieur des comptes.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie), se félicitant de l'efficacité du contrôle interne, convient avec le délégué des Etats-Unis d'Amérique que le Secrétariat doit fournir des renseignements sur la mise en oeuvre des recommandations du vérificateur intérieur des comptes. Il demande au Secrétariat de préparer un tableau reprenant les recommandations et indiquant les dates de mise en oeuvre.

M. LU Ying (Chine) dit que le rapport présente un bilan objectif de la situation financière de l'Organisation et met également en lumière les risques associés à une mauvaise gestion des ressources financières et humaines. Il faut renforcer le rôle du vérificateur intérieur des comptes afin d'éliminer les insuffisances actuelles et d'éviter les problèmes financiers à l'avenir. Il conviendrait par la suite que les rapports du vérificateur intérieur des comptes incluent une évaluation financière afin de définir des objectifs de travail et de formuler des recommandations appropriées pour traiter les questions en suspens.

M. SAWERS (Australie) souscrit aux préoccupations formulées par les intervenants précédents concernant le suivi des recommandations antérieures, en particulier dans la Région africaine et dans la Région des Amériques. Il remercie le Directeur régional pour l'Afrique de son explication et espère bien recevoir un rapport plus positif sur les progrès réalisés. Au paragraphe 27 du document A59/32, le vérificateur intérieur des comptes fait état de possibles insuffisances dans les dispositions concernant la gouvernance du système mondial de gestion ; il demande que des informations plus précises soient fournies sur les domaines faisant l'objet de préoccupations et sur les réponses du Secrétariat en la matière.

M. LANGFORD (Vérificateur intérieur des comptes) dit que le niveau général d'exécution est acceptable, certains rapports étant encore en suspens. Toutes les vérifications entreprises avant 2004

¹ Document WHA58/2005/REC/3, procès-verbal de la première séance de la Commission B, section 4.

ont été mises en oeuvre et clôturées. En ce qui concerne les rapports de vérification publiés à partir du plan de travail de 2004, qui sont énumérés aux paragraphes 42 à 47 du document A59/32, ainsi que les rapports publiés à partir du plan de travail de 2005 qui figurent en annexe, des progrès sont attendus dans un avenir proche. Plusieurs mises à jour ont été fournies depuis la présentation du rapport. En outre, il espère pouvoir faire état des progrès réalisés en ce qui concerne le Bureau régional de l'Afrique lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé. Comme il s'y est engagé à la dernière réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, un rapport plus détaillé sera rédigé pour la prochaine Assemblée de la Santé. En outre, les comités régionaux recevront dans les meilleurs délais toute les informations qu'ils souhaitent.

Mme WILD (Changements opérationnels), répondant à la question posée par l'Australie concernant le projet de système mondial de gestion, indique que, depuis que la vérification a été effectuée, plusieurs modifications ont été apportées aux dispositions en matière de gouvernance. Le responsable du projet a intégré le conseil chargé du projet, qui se réunit régulièrement afin d'examiner la planification et la budgétisation et de veiller à ce que toutes les mesures nécessaires soient prises avant de clôturer une phase du projet. La gouvernance est devenue plus pragmatique, à la fois dans les bureaux régionaux et au Siège, moyennant l'organisation régulière de vidéoconférences pour faire le point de la situation. Le bureau de gestion du projet et la stratégie de communication ont été considérablement renforcés. Des discussions ont eu lieu avec le vérificateur intérieur des comptes en ce qui concerne le suivi de la vérification intérieure, afin d'évaluer les progrès des méthodes de gouvernance et d'améliorer celles-ci.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM se félicite de l'étroite collaboration entre le Commissaire aux Comptes et le Secrétariat, et de la description sans artifice de la situation actuelle qui a été faite dans les rapports de vérification. Grâce à ces vérifications, les difficultés que rencontre inévitablement une organisation de la taille de l'OMS seront clairement identifiées et traitées. Le grand nombre de recommandations en attente est préoccupant, mais ne devrait pas nuire aux travaux déjà entrepris qui, pour une grande part, n'ont pas encore fait l'objet d'un rapport officiel aux vérificateurs. Il convient ainsi de prendre note de l'engagement résolu en faveur de la réalisation rapide de progrès et de la poursuite de la collaboration. Le soutien permanent des Etats Membres est indispensable pour veiller à la transparence et à la responsabilisation au sein de l'Organisation.

La Commission prend note du rapport.

3. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 18 de l'ordre du jour

Ressources humaines : rapport annuel : Point 18.1 de l'ordre du jour (document A59/35)

Le Dr SHANGULA (représentant du Conseil exécutif) dit que le document fournit des données complètes sur le profil du personnel de l'OMS au 31 décembre 2005 et met à jour le rapport soumis au Conseil exécutif à sa cent dix-septième session.¹ Il contient des données sur la dotation générale en personnel par lieu d'affectation et classe, la répartition par sexe, la représentation géographique, la structure par âge, les projections concernant les départs à la retraite, le type d'engagement et la répartition des postes selon les principaux groupes professionnels.

¹ Documents EB117/21 Add.1 et EB117/21 Add.1 Corr.1.

M. MACPHEE (Canada) accueille avec satisfaction le plan d'action du Secrétariat concernant les ressources humaines, qui représentent le coeur de l'Organisation. Il prend note des efforts déployés pour traiter la question de la représentation et de recruter dans le même temps un personnel de haut niveau. Les Etats Membres, en particulier ceux qui ne sont pas représentés ou sont sous-représentés, ont un rôle actif à jouer dans le cadre du recrutement, en assurant la publicité des avis de vacance auprès de leurs ressortissants hautement qualifiés. L'Assemblée de la Santé a, à maintes reprises, reconnu l'importance d'une coopération interprofessionnelle et le rôle essentiel joué par les infirmières et les sages-femmes pour assurer une politique de santé efficace. Il se dit préoccupé par le fait que les infirmières et les sages-femmes ne représentent qu'un faible pourcentage du personnel de santé professionnel à l'OMS, et que ce chiffre a diminué depuis 2003. Cette représentation minimale fait qu'il est difficile pour l'Organisation de soutenir les orientations stratégiques des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr KANAI (Japon) partage l'avis du délégué du Canada sur la question de la représentation. Malgré une plus grande importance accordée à une participation équitable, de nombreux pays sont encore sous-représentés ou non représentés. Il appelle l'Organisation à corriger ce déséquilibre.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) se félicite des réformes relatives aux contrats et à l'affectation des ressources humaines, ainsi que des initiatives visant à améliorer la motivation et la mobilité du personnel. Il convient d'offrir des conditions plus favorables au personnel travaillant dans des circonstances difficiles. La notion de zones d'opérations spéciales devrait être élargie. Par ailleurs, le nombre des fonctionnaires de l'OMS qui prendront leur retraite dans un futur proche représente un défi pour l'Organisation mais aussi une occasion de redistribuer les ressources humaines de façon plus efficace et de réduire le niveau des catégories de poste. Il demande aux responsables de la gestion des ressources humaines de saisir ces occasions et de faire part de la stratégie particulière qu'ils adopteront à cet égard.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) se dit également préoccupée par le fait que la sous-représentation ou la non-représentation de certains pays persiste au sein du personnel. Elle se félicite de l'augmentation du pourcentage de femmes dans les catégories professionnelle et supérieure et se dit impatiente de voir de nouvelles améliorations dans ce domaine. Faisant référence au Tableau 5 sur le degré de représentation des pays, elle souhaiterait que des éclaircissements soient apportés à l'avenir sur la question de savoir si les employés sont payés directement par l'OMS ou bien détachés auprès de l'Organisation.

M. NDOUTOUMOU (Gabon) indique qu'il aimerait savoir quelles initiatives devraient être prises pour améliorer la sous-représentation de pays tels que le Gabon.

Le Dr CHETTY (Afrique du Sud) prend note de l'augmentation du nombre de femmes au sein du personnel et appelle le Secrétariat à accélérer ce processus afin de parvenir à un niveau équitable. Elle demande que le terme « sex » utilisé dans le rapport (version anglaise) soit remplacé par le terme plus adapté de « gender » (sans objet en français). Elle demande instamment au Directeur général par intérim de prendre note du fait que plus de la moitié du personnel de la catégorie professionnelle a plus de 50 ans, et de remédier à cette situation en recrutant un personnel plus jeune, dans un souci de renforcement des capacités.

M. HENNING (Gestion des ressources humaines), répondant au délégué du Canada, souligne que les tableaux présentent le nombre de programmes ou de postes concernant des soins infirmiers ou obstétricaux plutôt que le nombre effectif d'infirmiers ou de sages-femmes employés. Des données supplémentaires sur le nombre d'infirmiers ou de sages-femmes travaillant dans le cadre d'autres programmes pourront toutefois être fournies ultérieurement. En ce qui concerne la répartition géographique, il rappelle que le Conseil exécutif a pris note de la stratégie de recrutement l'année

précédente.¹ En 2006, les relations avec les centres collaborateurs, les organisations non gouvernementales et les autres partenaires au niveau national seront renforcées et renouvelées afin de mieux faire connaître les possibilités d'emploi auprès des associations professionnelles, en ciblant en particulier les organisations féminines. Sur la question du vieillissement, il déclare que la stratégie de recrutement prévoit la nomination de personnes plus jeunes, dans le cadre de plans de ressources humaines plus larges. Pour conclure, les zones où l'approche opérations spéciales est appliquée sont définies en accord avec d'autres partenaires opérationnels des Nations Unies. Chaque fois qu'une nouvelle zone est définie comme une zone à haut risque par le coordonnateur pour les questions de sécurité, le lieu d'affectation correspondant est également ajouté à la liste des zones d'opérations spéciales.

La Commission prend note du rapport.

Amendements au Règlement du Personnel et au Statut du Personnel : Point 18.2 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R11 et annexe 4, et EB117/2006/REC/1 Corr.1)

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) se demande si les événements de cette semaine auront une incidence sur la résolution à l'étude.

M. HENNING (Gestion des ressources humaines) croit comprendre que l'intervenant fait référence au fait que le niveau de traitement du Directeur général adjoint ne figure pas dans le projet de résolution. Cette question sera soulevée à la prochaine session du Conseil exécutif.

Le PRESIDENT invite le Comité à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R11 (telle qu'elle figure dans le document EB117/2006/REC/1 Corr.1).

Le projet de résolution est approuvé.²

Nomination de représentants au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS : Point 18.3 de l'ordre du jour (document A59/36)

Le PRESIDENT indique que, conformément au calendrier de renouvellement des membres expliqué dans le document A59/36, la Commission est invitée à nommer un membre et un membre suppléant au Comité des Pensions du Personnel de l'OMS. En l'absence d'objection, il considérera que la Commission souhaite transmettre le projet de décision suivant en séance plénière.

Décision : La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a nommé le Dr A. J. Mohammad, délégué de l'Oman, membre du Comité des Pensions du Personnel de l'OMS, et M. D. Á. Gunnarsson, délégué de l'Islande, membre suppléant du Comité, l'un et l'autre pour une période de trois ans, c'est-à-dire jusqu'en mai 2009.

Le projet de décision est approuvé.³

¹ Voir le document EB115/2005/REC/2, procès-verbal de la douzième séance, section 5.

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 WHA59.14.

³ Décision WHA59(9).

4. COLLABORATION A L'INTERIEUR DU SYSTEME DES NATIONS UNIES ET AVEC D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES, Y COMPRIS LE PROCESSUS DE REFORME DES NATIONS UNIES : Point 19 de l'ordre du jour (document A59/37)

M. MACPHEE (Canada) se félicite de la collaboration active de l'OMS au sein du système des Nations Unies, avec d'autres organisations intergouvernementales, et dans le cadre du processus de réforme des Nations Unies. Il serait souhaitable que les rapports futurs fassent ressortir la valeur ajoutée par cette collaboration. Il soutient les efforts déployés par l'OMS pour mettre en oeuvre le processus de réforme des Nations Unies et demande instamment que les avantages tirés de cette réforme soient concrétisés dans le système des Nations Unies et dans les pays. Il demande si le Directeur général par intérim publiera un rapport de situation sur l'initiative de réforme à l'échelle de l'Organisation décrite au paragraphe 13 du document A59/37, et quand un résumé détaillé des initiatives mentionnées au paragraphe 14 sera disponible. Il se félicite de l'introduction dans le rapport d'exemples de collaboration aux niveaux régional et des pays et demande instamment à l'OMS de donner des exemples de cas où une telle collaboration a représenté une valeur ajoutée en termes de coût/efficacité pour la réalisation des objectifs de l'Organisation.

Reconnaissant la complexité des questions de santé mondiale, telles que celle que poserait une pandémie, il souligne la nécessité d'une collaboration de l'OMS à la fois avec les organisations des Nations Unies et celles qui ne font pas partie des Nations Unies. Le Canada a fourni US \$1 million pour apporter son soutien au Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine et fournira à l'OMS US \$15 millions sur une période de cinq ans pour renforcer la collaboration avec la FAO et l'OIE afin de faire face à cette menace sanitaire mondiale. Il a hâte de recevoir un rapport de situation sur cette initiative.

M. NESVÅG (Norvège) regrette que le rapport mette davantage l'accent sur les méthodes plutôt que sur les réalisations concrètes. Il devrait donner une description plus claire du rôle de l'OMS en tant qu'institution spécialisée du programme de réforme des Nations Unies, de sa collaboration au sein du système des Nations Unies au niveau des pays et de la manière dont elle participe au processus de réforme et de coordination dans les pays. Il faut que l'OMS contribue à l'harmonisation de la présence des Nations Unies au niveau des pays et améliore la coordination au titre du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, conformément aux priorités des gouvernements hôtes.

Le rapport mentionne les domaines de collaboration dans lesquels l'OMS a joué un moteur, mais omet les domaines plus délicats dans lesquels d'autres institutions assuraient la coordination. M. Nesvåg demande au Secrétariat de fixer des points de repère et un calendrier pour le suivi des progrès. Une meilleure collaboration avec d'autres organisations des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales permettra d'améliorer l'efficacité de l'OMS.

Mme VON STEIGER (Suisse) dit que l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies exige l'engagement de tous les partenaires concernés. Elle salue l'intention de l'OMS de participer plus activement au Groupe des Nations Unies pour le Développement, ce qui lui permettra de comparer les avantages de ce Groupe et du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination. La répétition des mêmes activités est source de confusion. Afin de simplifier et d'harmoniser la collaboration entre les institutions des Nations Unies au niveau des pays, le représentant de l'OMS pourrait faire partie des équipes de pays des Nations Unies. Une évaluation du rôle de l'OMS en tant que principal organisme normatif permettrait de réorienter les activités opérationnelles vers les domaines de spécialisation de l'Organisation et, à long terme, de consolider l'Organisation elle-même. La délégation de l'autorité financière aux représentants dans les pays permettrait de renforcer encore la présence de l'OMS au niveau national. Les campagnes thématiques lancées et dirigées par les états-majors sont un obstacle à la flexibilité requise au niveau des pays pour orienter les flux financiers vers les secteurs qui en ont le plus besoin. Etant donné sa responsabilité en tant que pays donateur, la Suisse prend au sérieux la

demande du Directeur général de simplifier la manière dont les donateurs assurent l'organisation du financement et se dit prête à revoir sa façon de procéder en la matière. Mme von Steiger se félicite des efforts d'intégration de l'OMS et sera heureuse de recevoir la stratégie et le plan d'action de l'Organisation dans ce domaine.

Mme WETTENHALL (Australie) dit que le rapport met en lumière le mandat et le rôle futurs de l'OMS au sein du système opérationnel des Nations Unies. Le Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies en matière de développement, d'aide humanitaire et d'environnement analyse les chevauchements de structures et d'efforts, ainsi que la concurrence qui existe entre les fonctions des institutions spécialisées et les opérations des divers fonds et programmes des Nations Unies, et la pression qui s'ensuit sur les gouvernements partenaires. Il convient de veiller à l'équilibre entre les fonctions techniques et normatives de l'OMS et son activité opérationnelle. L'OMS définit des normes, des règles et les meilleures pratiques au niveau mondial, mais certaines de ses activités opérationnelles pourraient être externalisées au niveau des pays auprès d'autres fonds ou programmes des Nations Unies. Le défi consiste à mieux relier l'activité normative de l'OMS aux organisations opérationnelles de sorte que la politique de l'Organisation et ses activités de recherche soient mises en oeuvre de manière plus satisfaisante au niveau des pays.

Il faut accélérer la mise en oeuvre de l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement : celui-ci comporte des mesures visant à assurer une meilleure coordination entre les bureaux des Nations Unies au niveau des pays. Cet examen a permis de réaffirmer la nécessité d'accorder un rôle essentiel aux coordonnateurs résidents et de consolider les équipes de pays des Nations Unies moyennant l'adoption d'une gestion, d'une programmation et de cadres de suivi communs.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas) souscrit à la déclaration du délégué de la Suisse. Il demande une nouvelle confirmation de la participation de l'OMS au projet pilote visant à une coopération plus étroite dans les activités de terrain des Nations Unies au Viet Nam.

M. GREEN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) s'associe aux déclarations des délégués de la Suisse et de l'Australie. Le rôle des institutions spécialisées dans les activités opérationnelles doit être revu compte tenu de l'examen entrepris par le Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies. Le Groupe des Nations Unies pour le Développement favorise la mise en place d'une politique plus homogène des bureaux des Nations Unies dans les pays, et M. Green encourage l'OMS à harmoniser plus encore son travail avec celui d'autres organisations du système des Nations Unies à ce niveau.

M. Green appelle aussi instamment l'Organisation à continuer à envisager des moyens de réformer son financement, sachant que plus de 70 % de celui-ci est constitué de contributions volontaires, dont la plus grande partie est à objet désigné. Le financement au niveau des pays pourrait être rationalisé à condition qu'il y ait une source de financement unifié reposant sur un plan intégré. Il conviendrait également que les donateurs au niveau des pays adaptent leur financement en fonction d'un plan commun.

Il se félicite de l'engagement de l'OMS à poursuivre les travaux du Groupe d'experts de haut niveau en collaboration avec la Banque mondiale. Les gouvernements et leurs partenaires internationaux doivent veiller à ce que les recommandations de ce forum soient suivies d'effets au niveau des pays. Les systèmes de santé nécessitent de nouvelles ressources importantes émanant d'entités à la fois nationales et internationales. L'OMS devrait définir son rôle et les avantages relatifs qu'elle offre dans le domaine des systèmes de santé par rapport à d'autres organisations multilatérales, notamment la Banque mondiale. La Banque mondiale devrait reconnaître à son tour le rôle que joue l'Organisation lorsqu'elle donne des orientations normatives et techniques pour soutenir les efforts des pays en vue d'améliorer le financement des systèmes de santé nationaux. Il appelle l'OMS à définir clairement la manière dont elle prévoit d'atteindre cet objectif.

M. DELVALLÉE (France) encourage l'OMS à poursuivre son action concernant le processus de réforme des Nations Unies. Comme l'a souligné le délégué de la Norvège, le rapport aurait gagné à être plus détaillé sur les efforts entrepris depuis l'adoption de la résolution WHA58.25 sur le processus de réforme des Nations Unies.

La création du Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies constitue une avancée en faveur de laquelle l'Organisation doit pleinement s'engager. La question de la coordination onusienne se pose à la fois sur le terrain et au niveau mondial. S'agissant des activités opérationnelles, la France soutient une présence forte des Nations Unies qui doit se traduire par un coordonnateur résident avec une autorité et des pouvoirs renforcés, des locaux communs pour l'ensemble des organisations du système des Nations Unies, quand cela est possible, et une stratégie ou un programme unique des Nations Unies, aligné sur les priorités nationales elles-mêmes définies par les gouvernements. Le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement devrait assurer une stratégie cohérente du système des Nations Unies dans un pays donné, quel qu'il soit. La France est attachée à une approche globale de la réforme du système opérationnel. Les expériences pilotes en cours dans certains pays, telles que celle qui a été évoquée par la délégation des Pays-Bas, doivent associer les institutions spécialisées, et en particulier l'OMS, ainsi que les fonds et programmes des Nations Unies. L'ensemble de la question des fonctions opérationnelles, normatives et de protection des droits de la personne doit être repensé.

La réflexion sur le financement des activités opérationnelles doit être poursuivie pour faire en sorte que les institutions spécialisées, les fonds et les programmes bénéficient de financements plus prévisibles et pérennes. Ces questions pourraient être abordées à la prochaine session du Conseil économique et social.

M. RADEBE (Afrique du Sud) se félicite de l'amélioration de la collaboration au sein du système des Nations Unies et convient qu'elle doit faire l'objet d'un suivi plus étroit. Il est souhaitable que les bureaux régionaux de l'OMS ainsi que les bureaux de pays travaillent en liaison étroite avec les autres organisations du système des Nations Unies. Cela est particulièrement important dans les pays en développement, qui sont tenus de coordonner le soutien technique qui leur est apporté.

Le DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM dit que l'OMS s'est engagée à devenir un partenaire plus efficace au sein du système des Nations Unies. Toutefois, l'Organisation doit être en mesure d'obtenir des résultats et de remplir ses fonctions essentielles, comme le prévoit le programme général de travail. Il se dit attaché à la recherche de mécanismes de gestion appropriés au niveau des pays. L'OMS participe au plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement au moyen de ses stratégies nationales, contribuant ainsi à la formulation des plans nationaux. Dans certains pays, la présence des Nations Unies pourrait faire l'objet d'une réflexion en termes de compétences et d'effectifs afin d'harmoniser les priorités, les résultats à obtenir et la dotation en personnel sur le terrain. L'OMS participe également au Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence du système des Nations Unies, en accordant une attention particulière au rôle des institutions spécialisées. L'OMS est la plus grande institution spécialisée si on considère sa présence dans les pays, puisqu'elle est représentée dans plus de 140 d'entre eux. Un document plus détaillé sur l'OMS et la réforme des Nations Unies sera présenté au Conseil exécutif en janvier 2007.

Le Dr KEAN (Directeur exécutif, Bureau du Directeur général) dit que le Dr Lee a participé à une réunion du Groupe d'experts de haut niveau avec le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination, soulignant qu'il ne doit pas y avoir de chevauchement ou de répétition inutile entre les deux organes. Il décrit le processus de réforme de l'OMS, qui est de plus en plus utilisé comme modèle pour la réforme d'autres institutions spécialisées. Il invite le Groupe d'experts à se rendre aux sièges de ces institutions. Le Dr Lee a clairement perçu le changement dans le rôle de l'OMS sur le terrain. Le rapport qui sera présenté au Conseil en janvier 2007 décrira la politique et la stratégie de l'OMS pour la mise en oeuvre du processus de réforme des

Nations Unies. Un document similaire indiquant les lignes directrices en matière d'harmonisation et d'alignement à l'intention des bureaux de pays sera présenté sous peu à ces derniers.

Répondant au délégué du Canada, il déclare que les rapports sur les réformes du Secrétariat et de la gestion, mentionnés au paragraphe 14 du rapport, sont un point habituel de l'ordre du jour du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, une attention particulière étant accordée au système de gestion mondial et aux compétences et profils du personnel.

Les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays sont conçues pour s'intégrer au plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, et l'OMS participe à ce cadre dans plus de 80 % des pays où elle est présente.

M. MERTENS (Coordination avec le système des Nations Unies et autres organismes intergouvernementaux), répondant au délégué des Pays-Bas, indique que l'OMS participe pleinement au projet pilote mené au Viet Nam sur la coopération avec les Nations Unies ; ce projet propose une nouvelle méthode intéressante qui diffère du mode opératoire classique des équipes des Nations Unies dans d'autres pays. L'initiative a vu le jour au sein de l'équipe du pays en collaboration avec l'Etat Membre, et comporte des éléments qui pourraient être reproduits dans d'autres pays en fonction de leurs besoins et de la capacité d'absorption de l'équipe elle-même.

M. SAMIEI (AIEA) dit que le programme d'action pour la cancérothérapie est toujours une priorité de l'AIEA, qui a travaillé avec le Secrétariat et d'autres organisations pour proposer de meilleurs soins en cancérologie à ses Etats Membres. Des discussions ont actuellement lieu. La faisabilité d'un programme conjoint avec l'OMS est à l'étude et, en avril 2006, l'Agence a accueilli la première réunion des principales organisations désireuses de collaborer avec le programme d'action et dans le cadre de celui-ci. Un plan a été mis sur pied pour l'organisation d'activités conjointes au cours des années à venir : il s'inspire des progrès réalisés en matière de lutte anticancéreuse dans les pays en développement. Au cours de l'année écoulée, l'AIEA et ses partenaires ont engagé un processus visant à évaluer les programmes de lutte contre le cancer, à formuler des recommandations et à poser les bases de stratégies nationales à long terme. Le financement est un point essentiel du programme d'action, et l'AIEA a fait appel à ses Etats Membres pour qu'ils apportent un financement ou maintiennent leur contribution en nature sous forme d'experts, de personnel de terrain, de matériel ou de formation. La collaboration avec tous les partenaires au sein du système des Nations Unies et dans le cadre de celui-ci, en particulier de l'OMS, est fondamentale si l'on veut obtenir des améliorations.

La Commission prend note du rapport.

- **Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques** (documents A59/41 et A59/41 Add.1)

Le Dr KANAI (Japon) salue l'engagement de l'OMS dans l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques, qui est essentielle pour prévenir les effets néfastes sur la santé dus à l'exposition à des produits chimiques. Il conviendrait que l'OMS continue à prendre dans le secteur de la santé l'initiative d'actions qui s'inscrivent dans le cadre de l'approche stratégique, en coopération avec d'autres parties prenantes, tout en évitant les doubles emplois dans sa mise en oeuvre. Il se félicite de la participation prévue de l'OMS au secrétariat de l'approche stratégique et demande un complément d'informations sur ce point. Il insiste sur l'importance de l'échange d'informations et de la communication avec un point focal national de l'approche stratégique dans chaque pays.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique), se référant au projet de résolution figurant dans le document A59/41, fait remarquer que, bien qu'il soit souhaitable que le Conseil d'administration du PNUE approuve l'approche stratégique, l'OMS ne devrait pas approuver une stratégie politique. Par conséquent, il propose qu'au paragraphe 1, le mot « APPROUVE » soit remplacé par « PREND

ACTE de ». Etant donné que, dans le cadre de l'approche stratégique, il a déjà été demandé aux gouvernements d'établir des points focaux nationaux, il se demande pourquoi l'OMS souhaiterait les reproduire, et suggère par conséquent qu'au paragraphe 3.1), le texte figurant après les mots « volets en rapport avec la santé humaine » soit supprimé.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) dit que la coopération entre l'OMS, le PNUE et d'autres organisations du système des Nations Unies dans le cadre de l'approche stratégique a démontré l'importance du nouveau mécanisme pour la gestion sans risque des produits chimiques. Elle assure à l'intervenant précédent qu'il n'est pas dans l'intention de l'Organisation de doubler les points focaux ; il est toutefois important que l'OMS dispose de points de contact directs et d'un réseau de communications avec les ministres de la santé.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) dit que cette réponse n'a pas dissipé ses craintes et qu'il maintient sa proposition d'amendement au paragraphe 3.1).

Le Dr FIEDLER (PNUE) se félicite du rôle de l'OMS dans l'approche stratégique. La participation repose sur plusieurs secteurs : l'agriculture, l'environnement, la santé, l'industrie et le travail. Sous la direction de l'OMS, le secteur de la santé s'est montré actif et a contribué à la mise au point finale des textes de l'approche stratégique. A la suite de l'adoption de l'approche stratégique à Dubaï en février 2006, le PNUE a assumé la responsabilité globale de son Secrétariat. L'OMS devrait rejoindre le PNUE au sein de ce Secrétariat, chaque organisation assurant la direction dans ses domaines de spécialisation respectifs. Les pays en développement et les pays à économie de transition ont besoin d'appui pour mettre en oeuvre cette approche, dont le programme de démarrage rapide et les réunions régionales permettront d'entreprendre les premiers travaux. Les organes directeurs des deux organisations intergouvernementales, le PNUE et l'Institut des Nations Unies pour la Formation et la Recherche, ont d'ores et déjà approuvé l'approche stratégique. L'Assemblée de la Santé sera le troisième organe directeur à le faire et à incorporer l'approche stratégique dans son programme de travail. Le Dr Fiedler compte sur une possible collaboration directe entre le PNUE et l'OMS pour certaines activités de l'approche stratégique.

Mme GILMORE HALL (Fédération mondiale des Associations de la Santé publique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que l'organisation qu'elle représente a joué un rôle actif dans l'élaboration de l'approche stratégique. Elle est préoccupée par le fait qu'une grande partie de la charge mondiale de morbidité est due à une exposition aux produits chimiques présents dans l'environnement qui ont été essentiellement produits à des fins commerciales. Leur gestion sans risque, y compris la mise au point de substituts plus sûrs, est une tâche importante en matière de santé publique ; elle doit être entreprise à l'échelle mondiale compte tenu des effets transfrontières de nombre de ces produits chimiques du fait de leur transport atmosphérique et de leur biopersistance. Mme Gilmore Hall met l'accent sur la vulnérabilité toute particulière des enfants ; sur l'absence de travaux de recherche concernant les effets des produits chimiques sur le fœtus et les enfants ; et sur la nécessité de formuler des stratégies visant à protéger leur santé. L'organisation qu'elle représente agit en collaboration avec la coalition *Health Care Without Harm* afin de limiter les dangers résultant de l'exposition aux produits chimiques toxiques et de l'exposition des patients et de leurs communautés aux dangers chimiques dus aux déchets industriels.

L'absence d'actions concertées entre les institutions internationales et nationales et les autorités de santé publique limite souvent l'efficacité des interventions destinées à réduire l'exposition aux produits chimiques toxiques. Il est cependant encourageant de constater que les activités conjointes aux niveaux national et international sont actuellement favorisées, et Mme Gilmore Hall se félicite de la participation continue de l'OMS à l'approche stratégique, comme le prévoit le projet de résolution. Seules de telles actions coordonnées au niveau mondial permettront de réduire ce fardeau inutile qui pèse sur la santé. Elle prend l'engagement de soutenir le développement de nouveaux programmes afin d'accomplir cette tâche avec le concours de l'OMS.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution tel qu'il a été amendé par les Etats-Unis d'Amérique.

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

5. AMENDEMENTS AUX STATUTS DE LA COMMISSION DU CODEX ALIMENTARIUS :
Point 20 de l'ordre du jour (document A59/38)

Le Dr KANAI (Japon) soutient les amendements aux statuts dans l'espoir que la Commission du Codex Alimentarius contribuera à une nourriture plus saine et à un monde plus sûr.

Le Dr KYOBUTUNGI (Ouganda) est consciente de l'importance des normes, directives et recommandations de la Commission du Codex en tant que points de référence, en particulier pour les pays en développement. Elles fournissent des orientations sur la protection du consommateur, les pratiques équitables dans le domaine du commerce des produits alimentaires et la coordination des normes alimentaires au niveau mondial. Le Dr Kyobutungi se dit favorable au projet de résolution. Toutefois, avant que les normes soient finalisées, il conviendrait que les projets de documents soient distribués, pendant une période limitée, aux comités nationaux du Codex des Etats Membres. Si aucune observation n'est reçue au cours de cette période, la Commission du Codex pourra alors poursuivre la mise au point définitive des normes.

Le PRESIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution figurant au paragraphe 6 du document A59/38.

Le projet de résolution est approuvé.²

La séance est levée à 12 h 25.

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le deuxième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.15.

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 WHA59.16.

QUATRIEME SEANCE

Vendredi 25 mai 2006, 15 h 15

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)

puis : M. V. MERITON (Seychelles)

1. RESULTATS DE LA PREMIERE SESSION DE LA CONFERENCE DES PARTIES A LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC : Point 21 de l'ordre du jour (documents A59/40 et A59/40 Add.1)

M. MARTABIT (Chili), prenant la parole en qualité de Président de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, dit qu'il continuera à exercer ses fonctions de Président jusqu'à la fin de la deuxième session de la Conférence. Depuis son entrée en vigueur le 27 février 2005, la Convention-cadre est devenue l'un des traités les plus largement ratifiés dans l'histoire des Nations Unies. Il annonce que la Papouasie-Nouvelle-Guinée devient ce jour la cent vingt-huitième Partie contractante.

A sa première session, la Conférence a constitué un groupe d'experts chargé d'élaborer des modèles de futurs protocoles dans les domaines sensibles de la publicité transfrontières et du commerce, et d'apporter un soutien aux pays qui veulent créer des espaces non fumeurs et se doter de moyens efficaces pour réglementer les produits du tabac. L'utilisation d'un questionnaire pilote lors de consultations a permis de favoriser l'adoption de mesures dans le cadre de la Convention. Il a été décidé de créer un groupe d'experts ad hoc chargé d'étudier des solutions économiquement viables pour remplacer la culture et la production de tabac, et de recommander des initiatives de diversification aux pays qui en sont lourdement tributaires.

La Conférence a également décidé d'établir un secrétariat permanent de la Convention, au Siège de l'OMS à Genève, dont les fonctions essentielles seront notamment les suivantes : organiser les sessions de la Conférence des Parties et de ses organes subsidiaires, et leur fournir les services dont ils ont besoin ; transmettre les rapports reçus des Parties conformément aux dispositions de la Convention ; apporter un soutien aux Parties qui le demanderont, en particulier à celles qui sont des pays en développement ou dont les économies sont en transition, pour la compilation et la communication des informations requises en vertu des dispositions de la Convention ; élaborer les rapports demandés par la Conférence ; assurer la coordination nécessaire à l'échelle internationale ou régionale avec les organes internationaux compétents ; prendre les éventuelles dispositions administratives ou contractuelles qui s'imposent pour exercer ses fonctions de manière efficace ; et veiller au maintien de critères élevés de performance dans ses autres domaines d'action.

La Conférence a adopté un budget de US \$8,01 millions pour son fonctionnement au cours de la période biennale 2006-2007, qui sera financé par des contributions volontaires fixées. Elle a aussi recommandé que l'Assemblée de la Santé continue à soutenir et à renforcer l'initiative Pour un monde sans tabac en 2008-2009, afin de permettre au Secrétariat de la Convention d'exercer pleinement ses fonctions pendant cette période.

M. SALDANHA (Brésil) dit que, du fait que le projet de résolution figurant dans le document A59/40 ne reflète pas la décision qui appelle l'Assemblée de la Santé à soutenir et à renforcer l'initiative Pour un monde sans tabac, il propose de modifier le texte en divisant le paragraphe 3 en deux parties : la première conserverait le libellé actuel du paragraphe 3, tandis que la seconde reprendrait le libellé convenu par la Conférence et se lirait comme suit : « de continuer à soutenir et, le cas échéant, à renforcer l'initiative Pour un monde sans tabac en 2008-2009 afin d'aider le Secrétariat de la Convention à appliquer celle-ci conformément à la décision FCTC/COP1(12) ».

Mme KELLY (Canada) se félicite des résultats de la première session de la Conférence des Parties. Les organisations non gouvernementales ont joué un rôle important que le Canada reconnaît et soutient. Le Canada participera activement à l'élaboration de lignes directrices et de modèles de protocoles. Il reste beaucoup à faire pour mettre sur pied le Secrétariat de la Convention et s'atteler à un programme de travail ambitieux mais réaliste ; l'engagement sans faille réaffirmé au cours de la première session ne sera pas de trop.

Le Canada renforcera son soutien aux initiatives mondiales de lutte antitabac, démontrant ainsi son attachement à long terme à la mise en oeuvre de la Convention-cadre. Mme Kelly soutient le projet de résolution tel qu'il a été amendé par le Brésil.

M. TRAORÉ (Mali), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, fait observer que 40 des 108 Parties qui ont assisté à la première session de la Conférence sont des Etats africains. Il en rappelle les principaux résultats. Les sessions et les réunions des organes subsidiaires seront publiques, à moins que la Conférence des Parties ou l'organe subsidiaire concerné n'en décide autrement. Un consensus a été obtenu sur la participation des observateurs, trois catégories étant retenues : les Etats qui ne sont pas Parties à la Convention-cadre, les organisations intergouvernementales internationales et les organisations non gouvernementales. Les observateurs seront habilités à participer aux sessions et aux réunions publiques de la Conférence des Parties et de ses organes subsidiaires, mais sans droit de vote. Il a été convenu que toutes les décisions, y compris les décisions sur les questions budgétaires et financières, seront adoptées par consensus, le vote n'intervenant qu'en dernier ressort. Un secrétariat permanent de la Convention a été créé au sein de l'OMS à Genève. Le futur chef de ce secrétariat, dont les responsabilités et les obligations devront être clairement définies, sera responsable des activités techniques et de la mise en oeuvre de la Convention devant la Conférence des Parties et des questions relatives à l'administration et au personnel, ainsi que des questions techniques, le cas échéant, devant le Directeur général de l'OMS. Les sources et mécanismes d'assistance existants et potentiels ont été examinés. Il a été demandé instamment aux Parties, aux institutions financières internationales et aux autres partenaires pour le développement de fournir un appui technique et financier et de mettre des ressources à la disposition des Parties qui sont des pays en développement, ou dont les économies sont en transition, sur la base de demandes spécifiques. Des organes subsidiaires ont été créés pour l'élaboration de deux protocoles, l'un sur la publicité, la promotion et le parrainage transfrontières, l'autre sur le commerce illicite des produits du tabac. On est parvenu à un accord sur l'élaboration de lignes directrices pour la mise en oeuvre de la Convention-cadre et sur un format pour l'établissement des rapports et l'échange d'informations. En outre, la Conférence a adopté le Règlement financier de l'OMS et approuvé un budget de US \$8 millions financé conformément au barème des contributions volontaires fixées.

La deuxième session de la Conférence des Parties se tiendra au cours du premier semestre de 2007. Le Secrétariat de la Convention invite les Parties à faire des propositions pour accueillir cette session, étant entendu que tous coûts venant en sus de ceux d'une session qui serait organisée à Genève seront pris en charge par la Partie concernée.

M. Traoré recommande l'approbation du projet de résolution.

M. SECK (Sénégal) appuie sans réserve le projet de résolution. De nouveaux accords multilatéraux facilitent l'essor du commerce des produits du tabac, en réduisant les obstacles aussi bien tarifaires que non tarifaires aux échanges. En conséquence, la santé des populations africaines subit de plus en plus l'influence des forces économiques, sociales et culturelles transnationales. La mondialisation du tabagisme neutralise les efforts déployés par les Etats pour endiguer ce phénomène. En outre, les cigarettiers ciblent de plus en plus les pays en développement en raison des contraintes législatives présentes dans les pays développés. Les pays africains souhaitent la mise en place d'un programme spécifique afin de financer la lutte antitabac. La démarche consensuelle qui a prévalu lors de l'adoption de la Convention demeure un gage de succès pour la mise en place des instruments de mise en oeuvre.

Mme MTHEMBU (Afrique du Sud) dit que les décisions adoptées à la première session de la Conférence des Parties témoignent d'un véritable engagement en faveur de la santé publique et de sa protection. Elle souligne les points essentiels qui permettront de mettre en oeuvre de manière rapide et durable ces décisions. Il convient d'arrêter les dispositions institutionnelles. Le Bureau de la Conférence des Parties doit procéder rapidement à la nomination du chef du Secrétariat de la Convention. Le soutien technique et financier est essentiel pour donner à celle-ci une suite pratique. Au cours de la phase de négociation de la Convention-cadre et lors de la première session de la Conférence des Parties, la Région africaine a plaidé avec insistance pour l'adoption de mécanismes financiers qui appuieraient le processus de mise en oeuvre. Bien que les pays en développement se soient engagés à mettre des fonds à disposition à partir de leurs propres budgets nationaux, il faudra cependant qu'un soutien supplémentaire provienne d'autres sources. Le financement est un facteur déterminant du succès de la Convention-cadre. Il est décevant de constater que les Parties n'ont pas été en mesure de s'entendre sur un mécanisme de financement, et Mme Mthembu appelle instamment les partenaires pour le développement à reconsidérer leur réponse sur ce point. Un mécanisme de financement durable et prévisible est primordial pour que les Parties qui sont des pays en développement puissent remplir leurs obligations contractuelles.

L'Afrique du Sud souhaite qu'il soit pris acte de son intention d'accueillir la deuxième session de la Conférence des Parties en 2007.

Le Dr LASSMANN (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, appuie l'amendement proposé par le Brésil, qui reflète fidèlement la décision prise à la première session de la Conférence des Parties.

Le Dr AKIZUKI (Japon) soutient aussi l'amendement proposé par le Brésil. L'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac a permis d'accumuler de l'expérience, des connaissances et d'autres ressources dans le domaine de la lutte antitabac. Le Secrétariat de la Convention doit par conséquent encourager les liens de coopération avec l'OMS en évitant le chevauchement des tâches, de façon à ce que les ressources limitées soient utilisées efficacement.

Mme MULVEY (Corporate Accountability International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de Corporate Accountability International et du Network for Accountability of Tobacco Transnationals, se félicite des progrès réalisés pour mettre en place des institutions et des mécanismes qui appuieront la Convention-cadre pour la lutte antitabac et aideront les Parties à la mettre en oeuvre. Elle salue aussi l'engagement pris par la Conférence des Parties de renforcer la participation des organisations non gouvernementales et apprécie la pratique, instaurée lors de la Conférence, de laisser ces organisations intervenir ponctuellement. Les grandes multinationales du tabac s'efforcent d'influer sur les politiques de santé nationales et sur la mise en oeuvre de la Convention-cadre. Les membres du Network for Accountability of Tobacco Transnationals ont réuni des études de cas et les ont publiées.¹ Ils continuent à surveiller et faire connaître les tactiques utilisées par l'industrie du tabac pour saper la politique de santé dans le monde entier, et ont proposé de faire part de leur expérience et de prêter leur concours pour l'élaboration de lignes directrices visant la mise en oeuvre de l'article 5.3 de la Convention.

Tout retard dans la mise en oeuvre de la Convention-cadre ne fera que profiter aux cigarettiers. Mme Mulvey se dit préoccupée par le fait que le secrétariat permanent de la Convention n'a pas encore vu le jour malgré l'assurance qui avait été donnée de sa mise en place immédiate. Elle appelle instamment les Etats Membres à approuver le projet de résolution et demande au Directeur général par intérim de donner rapidement suite à la décision d'établir le Secrétariat de la Convention à l'OMS.

¹ Global Tobacco Treaty Guide: protecting national health policies from international tobacco industry interference. Boston, Massachusetts, Etats-Unis d'Amérique, Corporate Accountability International, 2005.

Elle se joint à l'appel lancé par les Etats Membres de la Région africaine pour que des ressources soient allouées à sa mise en oeuvre.

M. MARTABIT (Chili), prenant la parole en sa qualité de Président de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, reconnaît que l'inquiétude ressentie par la communauté internationale a permis d'accélérer la lutte contre le tabagisme dans le monde entier. Tous les Etats ont une double obligation : mettre en oeuvre rapidement les accords qui ont été convenus et prêter l'assistance financière nécessaire pour que le Secrétariat de la Convention fonctionne correctement. Cette assistance financière, technique et économique est essentielle si l'on veut aider les pays lourdement tributaires de la production du tabac à s'orienter vers d'autres secteurs économiquement viables. La communauté internationale devra engager les ressources nécessaires aussi vite que possible, afin que les objectifs de la Convention soient atteints.

Le Dr HOLCK (Secrétaire) rappelle que le délégué du Brésil a proposé que le paragraphe 3 du projet de résolution soit amendé pour se lire comme suit : « PRIE le Directeur général : a) de mettre en place un secrétariat permanent de la Convention dans le cadre de l'Organisation mondiale de la Santé et basé à Genève, conformément à la décision FCTC/COP1(10) ; b) de continuer à soutenir et, le cas échéant, à renforcer l'initiative Pour un monde sans tabac en 2008-2009 afin d'aider le Secrétariat de la Convention à appliquer celle-ci conformément à la décision FCTC/COP1(12) ».

M. SECK (Sénégal) demande que la formulation de l'amendement soit revue, étant donné que, selon son interprétation, c'est à la Conférence des Parties, et non au Directeur général, qu'il a été demandé de soutenir l'initiative Pour un monde sans tabac.

M. SALDANHA (Brésil) explique que la Conférence des Parties a décidé de recommander à l'Assemblée de la Santé de continuer à soutenir et à renforcer l'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac, et que l'autorité qui sera en mesure de satisfaire à cette recommandation est le Directeur général. Le libellé de l'amendement proposé est donc conforme à cette décision.

M. SECK (Sénégal) dit préférer que le libellé de l'amendement proposé soit exactement celui de la décision correspondante de la Conférence des Parties.

Le PRESIDENT demande au Secrétariat de clarifier ce point.

M. AITKEN (Conseiller du Directeur général) confirme que le délégué du Brésil a raison de déclarer qu'il est de la responsabilité du Directeur général de mettre en oeuvre les mesures que la Conférence des Parties a décidé de recommander à l'Assemblée de la Santé. Le libellé de l'amendement proposé par le Brésil est par conséquent correct.

M. SECK (Sénégal) retire sa demande, dans un souci de consensus.

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

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le deuxième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.17.

**2. REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE.
ARTICLE 14 : ENVOI DES DOCUMENTS : Point 22 de l'ordre du jour (document A59/27)**

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays a proposé le projet de résolution afin de faire concorder l'article sur l'envoi des documents pour l'Assemblée de la Santé avec l'article 5 du Règlement intérieur du Conseil exécutif qui prévoit que les documents sont mis à disposition pas moins de six semaines avant les réunions. De nombreuses délégations, y compris la sienne, ne peuvent pas se préparer à l'Assemblée de la Santé sans avoir reçu les documents à temps. Le projet de résolution devrait contribuer à une plus grande efficacité du processus de gouvernance.

Le Dr TILLICH (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, soutient le projet de résolution.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas) appuie le projet de résolution, mais il suggère qu'un amendement rédactionnel soit apporté à la première ligne du nouvel article 14 proposé, par l'ajout du mot « provisoire » après les mots « ordre du jour ».

Mme KELLY (Canada), le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande), M. SAWERS (Australie) et M. VON KESSEL (Suisse) sont tous favorables au projet de résolution ainsi amendé.

Le Dr KANAI (Japon) souscrit également au projet de résolution sous sa forme amendée. Il se dit favorable à cette proposition d'amendement du Règlement intérieur étant donné que son pays n'utilise pas une langue officielle de l'Organisation et qu'il a besoin de suffisamment de temps pour étudier les documents.

Le Dr SOMBIE (Burkina Faso) demande des éclaircissements sur l'utilisation du mot « ou » avant les mots « pas moins de six semaines » à la quatrième ligne du texte. Il estime que celui-ci est superflu.

M. BURCI (Conseiller juridique) explique que, si le mot « ou » figurant avant « pas moins de six semaines » est retiré, l'article prévoira que l'ordre du jour provisoire soit envoyé en même temps que les documents. Cela créerait une situation anormale puisque dans la pratique la plupart des documents sont préparés avant l'envoi de l'ordre du jour provisoire ; l'amendement perdrait par conséquent beaucoup de son sens. La conjonction « ou » doit donc être conservée.

Le Dr SOMBIE (Burkina Faso) accepte cette explication et retire la réserve qu'il a formulée.

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

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le deuxième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA59.18.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 11 de l'ordre du jour (transféré de la Commission A)¹

Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 11.13 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R6 et annexe 4, et A59/19)

M. SADRIZADEH (République islamique d'Iran), reconnaissant l'importance du rôle et des responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé, dit qu'il faut renforcer la culture de la recherche au sein de l'Organisation. Il faudrait faire pleinement usage de ses programmes de recherche, y compris du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Il approuve sans réserve la déclaration que va faire la Suède, y compris les amendements qu'elle propose d'apporter au projet de résolution contenu dans la résolution EB117.R6.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) appuie le projet de résolution, mais propose d'étoffer le dispositif pour inclure l'institution de mécanismes aptes à renforcer les interactions et la convergence entre les chercheurs et ceux qui utilisent leurs travaux. Cela permettrait d'améliorer l'utilisation des résultats de la recherche et de renforcer l'élaboration des politiques de santé. La meilleure illustration de ce mécanisme est le système national de recherche en santé des Philippines qui a permis de mettre en oeuvre les programmes de santé de façon beaucoup plus efficace.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) dit que l'OMS devrait s'assurer que la recherche améliore l'équité, l'efficacité et la pérennité des systèmes de santé. Il approuve le projet de résolution sous réserve d'amendements. Il est important que les pays à revenu faible ou intermédiaire développent leur système statistique pour suivre le financement de la recherche en santé par des sources publiques et privées. Par conséquent, il propose un nouveau paragraphe 1.2) qui se lirait comme suit : « mettre au point des instruments de contrôle des ressources et améliorer ceux qui existent déjà, afin de suivre l'évolution des fonds publics et des crédits des donateurs dépensés pour la recherche en santé, et communiquer les résultats de la recherche aux décideurs, à la société civile et au grand public ». Il faudrait ajouter deux autres alinéas après le paragraphe 1.3), qui seraient libellés comme suit :

« développer le potentiel de recherche national dans cinq domaines complémentaires : acquisition de nouvelles connaissances, ressources humaines et financières, instituts de recherche, utilisation des résultats de la recherche pour la prise de décisions, et réseaux nationaux et internationaux de collaboration en matière de recherche ; instaurer un mécanisme, et le renforcer, pour que toutes les parties intéressées participent à l'établissement des priorités de la recherche en santé en tenant compte des changements dynamiques des systèmes de santé, de la charge de la maladie et des questions nouvelles qui touchent à la santé ».

Comme il est essentiel que l'OMS assure un contrôle régulier des flux financiers utilisés pour la recherche en santé au niveau mondial, il propose d'ajouter un alinéa à la fin du paragraphe 3, qui se lirait comme suit : « de contrôler et de communiquer aux Etats Membres le total des dépenses consacrées à la recherche en santé par pays et par Région, par source – fonds publics et donateurs – et par catégorie, par exemple recherche biomédicale ou recherche sur les systèmes de santé ».

¹ Voir le procès-verbal de la troisième séance du Bureau.

Le Dr CONOMBO KAFANDO (Burkina Faso), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, est favorable au projet de résolution qui prend en compte les préoccupations de cette Région. Il existe un certain nombre de problèmes, parmi lesquels l'insuffisance des ressources, et le fait que les fonds investis dans la recherche en santé proviennent souvent de l'extérieur. Le niveau d'engagement dans le processus de recherche est faible, il y a un manque de cohérence entre les priorités de la recherche et il existe un besoin d'informations pertinentes pour prendre des décisions concernant la politique de santé. Les bailleurs de fonds influencent souvent le choix des priorités de recherche et les mécanismes de coordination des activités de recherche ne sont pas solides. La gestion de la carrière des chercheurs qui ne relèvent pas du ministère chargé de la recherche est problématique. Les principes de respect de la dignité humaine ne sont pas toujours suffisamment appliqués. De nombreux pays ne sont pas en mesure d'examiner systématiquement les résultats de la recherche pour étayer les politiques et mettre en place des systèmes de santé efficaces.

Elle propose d'ajouter un alinéa au paragraphe 1 qui se lirait comme suit : « à mieux organiser la carrière des chercheurs qui ne relèvent pas du ministère chargé de la recherche », et d'ajouter, au paragraphe 2, après « et en particulier la recherche sur » les termes « les maladies transmissibles et ».

M. SVENSSON (Suède), prenant la parole au nom des cinq pays nordiques, Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède, dit que les activités de recherche de l'OMS se sont développées au cours des 30 dernières années et que leur importance est clairement mentionnée dans le onzième programme général de travail. Les programmes de recherche coparrainés par l'Organisation ont mis en évidence des mécanismes d'établissement des priorités de recherche et d'examen collégial mais, à ce jour, le Secrétariat ne dispose d'aucune stratégie institutionnelle sur les modalités d'organisation, de gestion, d'établissement de priorités et de financement de la recherche. La transparence de la gestion est importante pour tous les Etats Membres et tous les partenaires.

Le rapport et le document d'information qui évaluent le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé, ce que son pays a proposé au CCRS en 2003, sont un motif de satisfaction, mais certaines questions restent sans réponse. Comment l'OMS définit-elle la place des activités de recherche par rapport à d'autres activités ? Comment établit-elle les priorités de recherche ? Quelles sont ses priorités pour organiser et gérer la recherche ? Quelle est la meilleure manière, pour l'OMS, d'apporter un conseil sur l'organisation des systèmes de recherche en santé dans les pays, lorsque cela est nécessaire ?

Le besoin d'une plus grande transparence de la gestion et la nécessité, pour l'OMS, de tenir compte des points soulevés dans le document d'information le conduisent à proposer l'ajout, au paragraphe 3 du projet de résolution, d'un alinéa qui se lirait comme suit : « de soumettre, à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, une stratégie sur la gestion et l'organisation des activités de recherche au sein de l'OMS et sur l'aide à accorder, au besoin, aux pays pour l'organisation de recherches en santé ».

M. MÄUSEZAHN (Suisse) se félicite du document d'information révisé et amélioré. Le projet de résolution reflète un solide engagement en faveur de la recherche, notamment de la recherche intégrée dans l'ensemble des structures du Secrétariat. Il faudrait que soit formulée une politique de recherche qui pourrait servir de base à une prochaine stratégie.

L'OMS devrait étudier son rôle dans la recherche en santé en collaboration avec d'autres acteurs concernés. Il faut que soient précisées les fonctions respectives aussi bien concernant la mise en oeuvre des politiques qu'entre les programmes de recherche de l'OMS et d'autres programmes. Par conséquent, il propose un nouvel alinéa au paragraphe 3, qui serait inséré juste avant l'amendement proposé par la Suède et se lirait comme suit : « en partant des informations utiles fournies par le document d'information (document ACHR45/05.16) et sur la base de la consultation prolongée menée à l'Organisation et avec les partenaires extérieurs, de définir clairement le rôle et les fonctions de l'OMS en matière de recherche en santé par rapport à ceux des autres acteurs ». Il propose en outre un ajout à la fin de l'amendement proposé par la Suède, qui se lirait comme suit : « et de faire rapport en 2007, à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis ».

Le PRESIDENT prie les délégués qui ont proposé des amendements de les soumettre par écrit.

Mme IMAI (Japon) met l'accent sur la promotion de la recherche en santé, qui renforce les systèmes de santé et la mise en oeuvre des politiques. Elle appuie le projet de résolution, proposant d'ajouter, au septième alinéa du préambule, les termes « du Centre OMS pour le développement sanitaire » après « CICR ».

S'agissant du paragraphe 6 du rapport, le Japon réaffirme son engagement sans réserve en faveur du Centre OMS pour le développement sanitaire, et se félicite que son mandat ait été prolongé pour une nouvelle période de dix ans. L'appui de l'administration locale et de partenaires du secteur privé a contribué à cette prolongation, ce qui montre comment les partenariats public-privé peuvent soutenir la recherche en santé. Elle souligne l'importance de la recherche appliquée dans le domaine de la santé publique sur l'urbanisation et les déterminants sociaux de la santé. Cette tâche sera entreprise par le Centre, au titre d'une collaboration avec les Etats Membres, les bureaux régionaux et les bureaux de pays. L'urbanisation rapide a des effets majeurs sur la santé, qu'il faut examiner dans le cadre d'une action mondiale soutenue par une recherche novatrice et intéressant tous les échelons locaux.

Le Dr ALLEN YOUNG (Jamaïque) dit que le rapport a clairement montré le rôle de l'OMS dans les politiques de santé publique. L'Organisation devrait fournir un appui aux pays afin qu'ils développent des compétences dans le domaine de l'évaluation des technologies sanitaires, des systèmes de santé et des programmes pharmaceutiques et cliniques. Elle remercie l'OMS pour le soutien et l'orientation apportés ; ces remerciements s'adressent notamment au Comité consultatif de la Recherche en Santé.

M. BUSHAN (Inde) se félicite des activités que mène l'OMS pour promouvoir et guider la recherche en santé et pour renforcer le potentiel de recherche des pays en développement. Il appuie le projet de résolution et propose l'ajout au paragraphe 1 d'un alinéa qui se lirait comme suit : « à créer un programme permanent de formation des directeurs de la recherche et à mettre en place un ensemble de personnels qualifiés pour diriger la recherche en santé ». Le paragraphe 3 devrait également faire référence à deux autres domaines : « de mettre au point des stratégies simples susceptibles d'être utilisées par les gouvernements pour déterminer les priorités de la recherche en santé » et « dans le contexte de la recherche sur les systèmes de santé, de créer des possibilités de développement des capacités en matière d'économie de la santé, d'évaluation de l'impact économique des maladies/pathologies et de détermination du coût de différentes interventions afin de trouver celles qui sont le mieux adaptées à la situation du pays et d'optimiser ainsi les prestations de santé ».

Le Dr GAO Weizhong (Chine) adhère aux grands principes de la recherche en santé et approuve l'importance qui leur est accordée pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. La Chine est favorable à la culture de la recherche au sein de l'OMS et propose donc d'ajouter au paragraphe 3.1, après « de renforcer la culture de la recherche » le membre de phrase « servant à prendre des décisions fondées sur des données factuelles ».

Le Dr PYAKALIA (Papouasie-Nouvelle-Guinée) se félicite de l'appui que l'OMS fournit aux pays en développement et du renforcement des moyens disponibles au niveau local pour la recherche en santé. Il approuve le projet de résolution avec l'ensemble des amendements.

Le Dr ONGOLO ZOGO (Cameroun) propose de modifier le projet de résolution en ajoutant un alinéa au paragraphe 3, où le Directeur général serait prié de promouvoir la décentralisation des compétences et des ressources vers les pays et les Régions. Cela permettrait notamment aux pays en développement de reconnaître que la recherche en santé est un élément clé des systèmes de santé, et de la promouvoir.

M. LUCES (République bolivarienne du Venezuela) se félicite des initiatives menées par l'OMS. La Constitution du Venezuela définit la santé comme un droit social et reconnaît l'intérêt public de la science, des technologies et de l'innovation et de leurs applications, qui représentent des outils essentiels pour le développement économique, social et politique du pays. L'orateur donne des précisions sur le renforcement du système de santé du Venezuela par la recherche en santé, renforcement rendu possible grâce à l'instauration d'un système de recherche national. Une mission scientifique chargée de repérer talent et créativité et d'évaluer le potentiel scientifique du pays est en cours.

Dans le projet de résolution, il propose d'ajouter, au paragraphe 2, le membre de phrase « avec la participation des communautés et en tenant compte des besoins prioritaires de chaque pays » après « et les inégalités en matière de santé », et les termes « notamment en faveur des populations victimes d'exclusion » après « et l'opinion publique ».

Mme GILDERS (Canada) se félicite des initiatives menées pour renforcer la culture de la recherche à l'Organisation, notamment de la mise sur pied d'un système de rapports sur la recherche en santé. Elle prie instamment l'OMS de continuer à cibler ses activités de recherche et appuie en conséquence la déclaration du délégué de la Suède. Le Canada a organisé le dialogue OMS-Canada sur la recherche en santé dans le monde (Ottawa, 2-4 novembre 2005), qui a porté sur l'amélioration de la collaboration entre pays développés et pays en développement ; elle encourage les autres pays à organiser des dialogues de ce type.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'une recherche en santé de qualité nécessite de la transparence, un examen collégial indépendant, des investissements durables et une conception stratégique de la manière dont les acteurs concernés pourraient traduire les connaissances obtenues en mesures concrètes qui orientent les politiques, réduisent les déséquilibres et les disparités sanitaires, et améliorent la qualité de vie des individus. Même si l'OMS a un rôle crucial à jouer dans la promotion et la diffusion des travaux de recherche, elle ne dispose pas de moyens durables pour élaborer, contrôler ou promouvoir son propre programme mondial de recherche. Le Secrétariat devrait cibler ses initiatives au niveau des pays afin d'aider les Etats Membres à déterminer les recherches et les données dont ils ont besoin pour leurs priorités nationales. L'OMS devrait montrer l'exemple en s'assurant que ses programmes et recommandations se fondent sur des données factuelles et sur les meilleurs travaux de recherche disponibles. Le secteur privé est un élément moteur essentiel de la recherche, et il prie instamment l'OMS de s'engager aux côtés d'acteurs de ce secteur.

Il demande que soit préparé un document qui indique les incidences financières des amendements qu'il est proposé d'apporter au projet de résolution.

Mme TAFA (Botswana) se félicite du rapport et approuve le projet de résolution, soulignant qu'il invite à mobiliser les ressources scientifiques, sociales, politiques et économiques nécessaires pour appuyer la recherche en santé. Le Botswana n'est peut-être pas prêt d'atteindre les pourcentages indiqués dans la résolution, mais le dialogue entre le Ministère de la Santé et divers acteurs concernés, notamment l'OMS, en matière de recherche en santé, l'augmentation du nombre d'études de recherche collectives et l'intégration de la recherche dans les programmes de santé nationaux représentent des progrès. Par ailleurs, l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé au Ministère de la Santé va permettre d'orienter la répartition et l'utilisation des ressources. Le Botswana a besoin que soient diffusés et utilisés efficacement les résultats de la recherche dans les processus de prise de décision. Il est également important d'avoir une infrastructure suffisante au niveau des pays pour évaluer, d'un point de vue scientifique et éthique, quels travaux de recherche en santé doivent être menés. Par conséquent, le Botswana approuve l'appel contenu dans le projet de résolution, qui vise à renforcer les comités d'éthique nationaux et institutionnels. Elle propose d'ajouter un alinéa au paragraphe 1, qui se lirait comme suit : « à demander aux Etats Membres d'entreprendre d'élaborer des politiques de recherche en santé et des documents d'études législatives, ou de les renforcer ». Au paragraphe 3, qui concerne les demandes adressées au Directeur général, elle propose d'ajouter un alinéa qui se lirait

comme suit : « de fournir un appui technique aux Etats Membres pour : a) le renforcement des capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels sur la recherche en santé ; b) l'examen des protocoles de recherche complexes ; et c) l'élaboration de politiques nationales de santé et de textes législatifs sur la recherche en santé ».

Le Dr MAKUBALO (Afrique du Sud) est également d'avis que l'OMS devrait montrer l'exemple, notamment en appliquant les meilleures pratiques et en fondant ses activités, ses directives et recommandations sur des données factuelles solides. Elle remarque que l'on met de nouveau l'accent sur la recherche en santé à l'OMS, comme le montrent les différentes initiatives mentionnées dans le rapport. Les investissements pour la recherche optimisent la prise de décision de politique générale, l'efficacité des programmes et le développement national à long terme.

Au paragraphe 3, alinéa 7, elle propose de remplacer les termes « sur les systèmes de santé » par « , notamment de recherche sur les systèmes et les politiques de santé ».

Le Dr ZIMPER (Autriche), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, approuve la déclaration du délégué de la Suède.

Le Dr TANGI (Tonga) est favorable à l'établissement d'un document sur les incidences financières demandé par les Etats-Unis d'Amérique. Comme de nombreux amendements ont été proposés, dont certains pourraient même se contredire, il faudrait également préparer une nouvelle version du projet de résolution.

Le PRESIDENT confirme qu'une nouvelle version sera préparée, distribuée et examinée à une séance ultérieure.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit qu'il semble exister un consensus sur la nécessité d'une stratégie institutionnelle relative à la recherche en santé et que le Secrétariat continuera d'y travailler.

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

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours : Point 11.14 de l'ordre du jour (documents A59/20 et A59/20 Add.1)

M. M. N. KAHN (représentant du Conseil exécutif) rappelle qu'à sa cent dix-septième session, en janvier 2006, le Conseil exécutif a examiné un projet de résolution. Faute de temps pour examiner dans leur totalité les divers amendements proposés, le Secrétariat a communiqué par voie électronique un texte révisé incorporant ces propositions, pour examen par les membres du Conseil.¹ Le texte ainsi établi figure dans le document A59/20.

Prenant la parole en tant que délégué du Pakistan, M. Kahn rappelle qu'à la suite du séisme survenu en octobre 2005, 75 000 personnes ont perdu la vie et 140 000 ont été blessées. Le Pakistan a mobilisé 27 000 agents médicaux, auxquels sont venus se joindre 1500 médecins du monde entier. Au coeur même de la tragédie, l'esprit d'humanité a prévalu. Il convient de rendre hommage à l'aide prêtée par l'OMS et, en particulier, de remercier feu le Dr Lee, qui était alors Directeur général, ainsi que tous les pays qui ont fourni une assistance.

Mme WILLIAMS (Barbade) souligne que, chaque année, les pays des Caraïbes font face à des ouragans et des inondations plus ou moins graves mais dont l'intensité va croissant. Chaque année,

¹ Voir document EB117/2005/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 3.

certains de ces pays subissent des dommages et des destructions et enregistrent des pertes de vies humaines, ce qui rend encore plus vulnérable leur économie déjà fragile ; beaucoup ne cessent de réparer et de reconstruire et sont parfois dans l'incapacité d'achever la tâche avant l'arrivée du prochain ouragan. Mme Williams souhaiterait que l'Agence caribéenne d'organisation des secours en cas de catastrophe bénéficie des avis et de l'aide technique disponibles afin d'améliorer l'état de préparation aux catastrophes. L'appui d'autres organisations et l'adoption d'une approche mieux coordonnée seraient les bienvenus. Les pays de la Communauté des Caraïbes ont pris note du rapport, en particulier du paragraphe 21, où il est fait mention d'une stratégie visant à promouvoir les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ainsi que d'une enquête mondiale, et ils appuient le projet de résolution.

M. FUHRI (Afrique du Sud) expose la stratégie adoptée par son pays pour la gestion des catastrophes, stratégie axée notamment sur l'organisation d'activités de préparation aux catastrophes et sur le renforcement du système d'intervention en cas d'accident local ou international. Il faut insister sur la réduction des risques et sur une préparation aux situations d'urgence qui prenne en compte les communautés vulnérables et concentre les efforts sur les femmes, les enfants et les personnes socialement défavorisées. M. Fuhri approuve les initiatives internationales visant à atténuer les effets des catastrophes et à apporter secours et aide humanitaire. Son pays va renforcer ses liens avec l'OMS dans le domaine de la gestion des catastrophes.

Il est à noter que le point de l'ordre du jour est directement lié au projet de résolution relatif aux interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, qui sera examiné au titre du point 11.17 de l'ordre du jour. Les deux rapports se chevauchent pour ce qui est de la gestion des catastrophes et devraient être regroupés sous une seule grande rubrique « Interventions sanitaires dans le cadre de la gestion des catastrophes ».

Le Dr GWENIGALE (Libéria), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle que 25 pays de la Région ont connu une catastrophe naturelle ou une crise provoquée par l'homme au cours des deux années précédentes. Lorsqu'elles sont exacerbées par des conflits, ces crises débouchent sur des situations d'urgence complexes qui entraînent des déplacements de population, quand ce n'est pas la mort, pour des millions de gens, tout comme la précarisation des systèmes de soins de santé et des systèmes de préparation et de riposte aux situations d'urgence.

Le Bureau régional de l'Afrique collabore avec les Etats Membres et les donateurs pour renforcer l'autonomie en matière de préparation et de riposte aux crises humanitaires d'urgence. L'appui technique et financier apporté aux Etats Membres et qui leur a permis d'accélérer les interventions face à ces crises est très apprécié. Le Dr Gwenigale accueille par ailleurs avec satisfaction et approuve les stratégies d'intervention qui relient les situations d'urgence au développement, notamment dans les pays qui se trouvent face à un conflit ou au sortir d'un conflit. Etant donné l'énormité des besoins humanitaires dans ces pays, il faut que les donateurs continuent à fournir un appui. Un suivi rigoureux devrait être assuré lors de la phase de relèvement, durant laquelle les bailleurs de l'aide d'urgence commencent à se retirer, afin de ne pas négliger les besoins dans le domaine de la santé. Il est impératif de mieux se préparer aux situations d'urgence et de mieux organiser les secours vu les catastrophes survenues récemment ; les Etats Membres de la Région africaine auront donc besoin d'une action de mobilisation des ressources et de renforcement des capacités.

Le Dr SOPIDA CHAVANICKUL (Thaïlande) rappelle que les catastrophes survenues récemment ont coûté la vie à des centaines de milliers de personnes dans son pays et dans d'autres – ce qui souligne l'importance de se préparer à des événements imprévus, d'agir immédiatement et avec efficacité pendant la crise et de gérer la phase de relèvement.

Le projet de résolution privilégie la phase aiguë d'intervention mais n'aborde pas la phase tout aussi importante du relèvement, qui suppose une action pour surveiller et combattre les maladies infectieuses et la prise en charge de l'état de stress post-traumatique. C'est pourquoi il aimerait

proposer deux amendements. Il s'agit d'insérer au paragraphe 2 du dispositif les mots « et de relèvement » après « de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours » ainsi que les mots « des systèmes de santé et » après « la capacité de résistance ». L'OMS ne pouvant agir seule, une solide collaboration interinstitutions doit être instaurée, et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies est un point focal légitime. Le transfert du texte à l'alinéa 4 du paragraphe 4 est tout à fait acceptable.

Le Dr SRIVASTAVA (Inde) fait observer que la préparation aux aspects santé des situations d'urgence pourrait être sensiblement renforcée. Les autorités locales et nationales n'ont pas les moyens nécessaires, et les interventions nationales et internationales face aux risques pour la santé sont de niveau inégal ; bien souvent, ce sont les groupes vulnérables qui en font les frais.

Tout en reconnaissant la qualité de l'appui fourni par l'OMS, le Dr Srivastava souligne que l'Inde a limité les conséquences du tsunami survenu en 2004 grâce à une action de préparation permettant d'intervenir rapidement pour prendre en charge les aspects santé de la crise. Il s'esquisse aujourd'hui un changement de politique puisque l'on passe de l'organisation des secours à la préparation et à l'atténuation des effets, avec des mesures de secours rapides et appropriées. Entre autres initiatives, il a été créé une autorité nationale chargée de la gestion des catastrophes, une législation a été adoptée et des réseaux en ligne ont été établis. Au niveau local, les communautés prennent l'initiative grâce à des programmes qui visent à atténuer le risque de catastrophe dans les Etats vulnérables. D'autre part, un réseau national de centres d'opérations d'urgence va être créé ; il s'agira de développer à la fois les infrastructures et les effectifs de personnel.

Le Dr LASSMANN (Autriche), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, dit que, si le projet de résolution est d'une façon générale acceptable, l'idée de la coordination devrait toutefois s'appliquer à l'ensemble du paragraphe 4 : il faudrait donc déplacer l'alinéa 4 du paragraphe 4 pour en faire l'alinéa 1, tout en ajoutant à la fin les mots « et d'autres organisations et mécanismes internationaux compétents ». Il aimerait savoir ce que sont les « centres régionaux » mentionnés au paragraphe 4.3) ; s'agit-il de nouvelles structures hébergées par les bureaux régionaux ?

Le Dr RESIDA (Suriname) précise que préparation et secours sont des notions mal connues dans son pays, qui n'a pas l'expérience des catastrophes naturelles. Néanmoins, les inondations survenues il y a quelques semaines, catastrophe certes relativement mineure, ont eu de graves effets sur une économie qui reste fragile. Exprimant sa gratitude aux pays et institutions qui ont fourni leur appui pendant la crise et lors de la phase de reconstruction, le Dr Resida s'inquiète de ce que le rapport et le projet de résolution, qu'il approuve par ailleurs, négligent l'impact relativement important des catastrophes de moindre ampleur sur des communautés vulnérables.

Il invite instamment les pays à s'engager sans réserve à freiner la dégradation de l'environnement : la prévention est le seul moyen d'action face aux catastrophes naturelles, avec la collaboration pleine et entière de tous les pays.

M. MARTIN (Suisse) déplore l'arrivée tardive des documents qui, notamment durant une semaine sérieusement désorganisée, a rendu difficile la consultation des autorités de sa capitale sur la teneur des documents. Il exprime son appui au projet de résolution, sous réserve que soient acceptés les amendements proposés par le délégué de l'Autriche, qui soulignent le fait que l'OMS travaille dans un contexte plus large et que ses activités dans les situations d'urgence doivent être coordonnées avec celles d'autres organes des Nations Unies.

Le Dr PECORARO (Italie) reconnaît les efforts déployés par l'OMS et par le Programme de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies, qui donne à l'OMS le rôle de chef de file pour les opérations de santé dans les situations d'urgence. Il faut se féliciter de la mise au point et de l'application de la stratégie de l'OMS en matière de secours et de relèvement, qui repose sur les

fonctions prioritaires de l'Organisation en cas de crise, à savoir évaluer la situation sanitaire, répondre aux besoins cruciaux, renforcer les capacités au sein des autorités nationales et aider à coordonner les mesures relatives à la santé. Compte tenu de la complexité des crises, notamment dans les pays en développement, et de la difficulté à gérer les activités de nombreux partenaires, le Dr Pecoraro remercie l'Organisation de son engagement et de son rôle actif aux niveaux national et international.

Le Gouvernement italien a contribué à diverses activités à la suite des tsunamis survenus en Asie du Sud et du séisme survenu au Pakistan, et il a pris note de la nécessité d'appliquer les systèmes de savoir offerts par de nouveaux acteurs, comme le mécanisme de protection civile de la Commission européenne. Une collaboration plus étroite entre ces systèmes et ceux des organisations du système des Nations Unies pourrait beaucoup aider l'OMS à s'acquitter de son rôle complexe de coordination.

Le Dr LI Jianguo (Chine) appuie le projet de résolution. La Chine a récemment renforcé ses mécanismes d'intervention et s'emploie à élaborer une législation sur la préparation aux situations d'urgence sanitaire. D'autres mesures ont été prises, notamment la création d'un système initial d'intervention en cas d'urgence de santé publique et la mise sur pied d'un réseau de suivi et de notification des alertes, doté d'un centre d'opérations et d'un système de prise des décisions. La communication entre départements a été renforcée, et l'on a développé l'information et l'éducation au niveau communautaire. La Chine a participé à des échanges internationaux ainsi qu'à des activités de coopération internationale et de développement des moyens d'intervention pour faire face aux urgences de santé publique. Dans le contexte du Règlement sanitaire international (2005), le Secrétariat assurera la coordination des activités et fournira un appui technique aux pays pour qu'ils améliorent leur capacité d'intervention en situation d'urgence.

Le Dr Li propose d'ajouter au paragraphe 4.3) du projet de résolution la phrase suivante : « A cet égard, il faudrait commencer par définir les principes, le champ d'action et les règles de fonctionnement de ces centres pour que tous les Etats Membres en bénéficient également ».

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique), relevant que les incidences financières se montent à plus de US \$13 millions sur toute la durée de mise en oeuvre de la résolution, aimerait avoir de plus amples informations, y compris une ventilation détaillée des coûts. Il note par ailleurs que, sur l'ensemble du coût estimatif pour la période biennale, US \$630 000 seulement peuvent être inclus dans les activités programmées existantes. Pour l'exercice 2006-2007, quel est le plan du Secrétariat pour réunir les US \$3,9 millions restants ?

M. Abdoou approuve ce qu'ont dit les délégués de l'Autriche et de la Suisse et propose les amendements ci-après au projet de résolution. Au paragraphe 2 du dispositif, il faudrait ajouter les mots « selon le cas, » après « par ». Il faudrait supprimer l'ensemble du paragraphe 4.3), en attendant que le Secrétariat ait donné des informations sur les incidences financières. Au paragraphe 4.4) du dispositif, il faudrait commencer par « faire en sorte que » et insérer « efficacement » après « réagir ». Il conviendrait de supprimer la première partie du paragraphe 5.2), qui commencerait alors par les mots « de constituer ». Enfin, il faudrait supprimer le paragraphe 5.3) du dispositif.

Le Dr NDIAYE (Sénégal), soulignant que les Etats Membres doivent se préparer aux situations d'urgence pour améliorer la gestion des crises, pense qu'il faudrait faire de véritables exercices de simulation. Son pays a connu une situation d'urgence sans précédent en juillet et août 2005, période pendant laquelle 280 mm de pluie sont tombés en trois jours, faisant des milliers de sinistrés. Le Ministère de la Santé a joué un rôle actif pour les soins aux blessés et aux malades. Des postes médicaux avancés et d'autres installations ont été mis sur pied dans des abris provisoires dotés de personnel médical et paramédical. De plus, des mesures strictes de désinfection ont été prises pour endiguer l'épidémie de choléra qui sévissait dans le pays avant la crise. Le Ministère a, d'autre part, assuré l'approvisionnement en eau potable et supervisé la vente de l'eau et des aliments.

Dans de telles circonstances, le Secrétariat devrait être en mesure d'agir pour aider les Etats africains. Même si le Ministère de la Santé joue un rôle central, le Dr Ndiaye demande à l'OMS de

mener une action de plaidoyer dans ces situations pour sensibiliser les secteurs qui ne se sentent pas directement concernés par la crise.

Le Dr AKIZUKI (Japon), après avoir remercié l'OMS des efforts qu'elle déploie face aux crises et aux catastrophes, déclare que le Japon continuera à collaborer avec le Secrétariat, les Etats Membres et d'autres acteurs à la préparation aux catastrophes et à l'organisation des secours. Tout en approuvant les grandes lignes du projet de résolution, elle se dit elle aussi préoccupée par ses incidences financières. Le Secrétariat pourrait-il préciser le coût estimatif total ? Peut-être les incidences financières mentionnées dans le document comprennent-elles des activités qui ne relèvent pas du mandat de l'Organisation.

M. PALU (Australie), reconnaissant que l'OMS est un partenaire important et une source d'avis techniques concernant la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours dans l'optique de la santé, invite instamment les Etats Membres à renforcer leurs programmes nationaux dans ce domaine en adoptant des mesures législatives, techniques, financières et logistiques, conformément au cadre d'action 2005-2015 de Hyogo. Les organisations qui s'occupent de la gestion des catastrophes et celles qui apportent une aide d'urgence sont instamment invitées à utiliser et développer les mécanismes existants, là où cela est possible, plutôt que d'en créer de nouveaux.

S'agissant du projet de résolution, M. Palu aimerait avoir des précisions sur le sens du paragraphe 4.3) du dispositif ainsi que d'autres informations sur les coûts. Il approuve les amendements proposés par l'Autriche et les Etats-Unis d'Amérique concernant le paragraphe 4.4) ainsi que la proposition tendant à supprimer le paragraphe 5.3).

M. BALL (Canada) souligne que son pays continuera à collaborer au développement des capacités de l'OMS pour qu'elle puisse agir avec efficacité en cas de catastrophes conformément au rôle qui lui incombe dans la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. L'efficacité de l'intervention humanitaire est liée de près à l'état de préparation, et il faut se féliciter de l'initiative prise par l'OMS en ce qui concerne les aspects santé de la préparation aux situations d'urgence. Cependant, les ressources étant limitées, il faut établir des priorités. Le meilleur moyen d'améliorer la prise en charge de nombreux blessés, les technologies de santé et la gestion de l'infrastructure sanitaire est de renforcer le système de santé publique, au-delà du contexte d'urgence. L'OMS devrait collaborer avec les autres organisations d'aide humanitaire afin d'élaborer des lignes directrices communes pour les situations de crise.

Le projet de résolution est ambitieux ; M. Ball est donc prêt à l'appuyer s'il se concentre sur les points suggérés par le délégué des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr FERGUSON (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours sont essentielles face à des catastrophes – naturelles ou non – qui surviennent de plus en plus souvent et touchent de plus en plus de gens. Le Conseil international des Infirmières s'emploie à sensibiliser les personnels infirmiers et les acteurs de la santé. Il faut mettre en place des plans d'urgence et des secours efficaces pour atténuer l'impact des crises. Le Dr Ferguson se félicite que l'OMS ait élaboré des stratégies en matière de secours et de relèvement et renforce la capacité de préparation et d'intervention des communautés face aux catastrophes. Il faudrait accroître les ressources, les effectifs de personnel et les outils pédagogiques pour que les professionnels de santé soient préparés aux catastrophes, notamment dans le domaine de la santé mentale et du traitement du stress post-traumatique aussi bien chez les agents chargés des secours que dans la population.

Puisque les situations d'urgence font partie intégrante de la vie professionnelle des agents infirmiers dans le monde entier et que nul ne conteste leur rôle dans l'élaboration des politiques de gestion des situations d'urgence et d'organisation des secours, il faudrait que ces personnels soient représentés dans les organes de décision, qui pourraient ainsi tirer pleinement parti de leurs compétences. Dans le souci d'améliorer la collaboration avec la société civile et les associations

professionnelles, le Dr Ferguson demande au Secrétariat de donner plus de détails sur le rôle qu'il juge être celui des associations professionnelles en matière de préparation aux catastrophes et d'organisation des secours.

Le Dr ALWAN (Représentant du Directeur général pour l'Action sanitaire en situation de crise) se félicite des amendements proposés au projet de résolution, en particulier ceux qui mettent l'accent sur le relèvement et la transition. Il s'agit d'un domaine sur lequel on insiste de plus en plus et que l'on développe.

Pour répondre aux observations du délégué de l'Autriche concernant le paragraphe 4.3), le Dr Alwan précise que les « centres régionaux » n'ont rien à voir avec la structure de l'OMS ou de ses bureaux régionaux. Les membres du Conseil exécutif ont recommandé de renforcer les centres régionaux de référence ou les établissements collaborateurs qui aident actuellement les Etats Membres dans les divers domaines de l'organisation des secours et de la préparation aux situations d'urgence. S'agissant de la coordination et des activités communes avec les institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires, le Dr Alwan tient à mentionner les bons résultats obtenus avec l'approche par Groupes, qui suppose des actions conjointes faisant intervenir des institutions du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales.

Une partie des coûts indiqués au titre des incidences financières du projet de résolution est liée à deux grandes propositions : le réseau interrégional de formation mentionné au paragraphe 5.2) et la mise sur pied d'un service de suivi de la situation sanitaire en collaboration avec les organisations compétentes du système des Nations Unies, mentionnée au paragraphe 5.3). Les deux propositions sont en cours de mise au point, en collaboration avec le Comité permanent interinstitutions des Nations Unies et quelques organisations non gouvernementales internationales ; une au moins des propositions sera examinée à la prochaine réunion du groupe de travail du Comité permanent en juillet 2006. Certaines des activités qui figurent dans le projet de résolution sont des initiatives conjointes du Groupe pour la santé. Ce Groupe étant l'une des principales composantes du Programme de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies, l'OMS se voit confier des responsabilités accrues puisqu'elle est la principale institution responsable de la santé.

(Voir l'approbation du projet de résolution dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 2, p. 263.)

La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation : Point 11.15 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R9 et annexe 4, et A59/21)

M. M. N. KHAN (représentant du Conseil exécutif) dit que le Conseil exécutif, à sa cent-dix-septième session, a confirmé qu'il était essentiel de mettre en oeuvre les recommandations énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui a été approuvée à la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Le Conseil s'est félicité de la référence à la Charte d'Ottawa et aux recommandations de la Charte de Bangkok qui soulignent l'importance qu'il y a à agir sur les déterminants de la santé, à préparer des plans d'action aux niveaux national et régional et à élaborer un cadre général pour la stratégie de promotion de la santé. Le Conseil a favorablement accueilli les appels relatifs à la nécessité d'investir davantage dans la promotion de la santé et d'instituer des mécanismes pour inciter les gouvernements et d'autres secteurs à s'occuper des déterminants socio-économiques de la santé, et a reconnu qu'il fallait renforcer la capacité institutionnelle de promotion de la santé et veiller à utiliser au mieux les structures existantes pour faciliter la promotion de la santé. Il a adopté la résolution EB117.R9 qui recommande un projet de résolution à l'Assemblée de la Santé.

M. ROSALES (Argentine) se félicite du projet de résolution qui fait de la promotion de la santé un élément essentiel du développement mondial, une responsabilité fondamentale des gouvernements et un objectif clé de la société civile. Certes, la nécessité de favoriser de bonnes pratiques

institutionnelles est mentionnée, mais le texte reste vague quant à la responsabilité du secteur privé au sujet des conditions de vie des communautés.

Le Ministère de la Santé et de l'Environnement du Gouvernement argentin envisage la promotion de la santé comme une responsabilité essentielle et a pris pour réduire la morbidité et la mortalité des mesures consistant notamment à rédiger une loi sur la santé sexuelle et génésique et à créer un programme national y relatif ; à promouvoir la législation sur la lutte antitabac et à prévoir un programme de réduction de la consommation de tabac ; à mettre en place un programme à l'intention des praticiens communautaires ainsi qu'un cours universitaire supérieur en santé sociale et communautaire dans le cadre d'une politique visant à consolider les ressources humaines ; à introduire des campagnes généralisées sur les habitudes de vie saines ; et à favoriser des accords avec le secteur de l'industrie alimentaire afin d'encourager l'adoption de bonnes habitudes alimentaires et entre le ministère de la santé et celui de l'éducation pour promouvoir une alimentation saine à l'école.

Le Dr ST JOHN (Barbade) dit que les gouvernements des pays des Caraïbes reconnaissent que la santé agit comme un stimulant pour une économie en développement. La promotion de la santé est souvent placée au coeur des politiques et des stratégies sont appliquées dans le cadre de l'éducation, de la réduction de la pauvreté, du logement, de la politique de développement économique, de la législation et des cadres de réglementation. La région des Caraïbes est attachée à la Charte de Bangkok et à la Charte des Caraïbes pour la promotion de la santé. Les activités entreprises dans cette région ont consisté notamment à améliorer l'équité sociale en relevant le seuil de l'impôt sur le revenu et en effectuant des transferts d'impôt vers la catégorie des travailleurs dont les salaires sont plus faibles, ainsi qu'en adoptant une législation complète sur la santé et la sécurité au travail ; les communautés assument également une responsabilité plus élevée en matière d'intervention.

Le projet de résolution constitue une base importante qui permet d'aborder les déterminants plus vastes de la santé et de soutenir la Déclaration de Bangkok. Le Dr St John propose d'ajouter les termes « et à l'évaluation » après les termes « en outre » au paragraphe 1.4) et les termes « les pratiques fondées sur » avant le mot « preuves » au paragraphe 1.5).

Le Dr ONGOLO ZOGO (Cameroun), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que les systèmes de santé déjà faibles de la Région, minés par la pauvreté et l'exode des cerveaux, ont besoin que l'on investisse dans la promotion de la santé ; cet investissement pourrait inverser la hausse croissante de la charge de la maladie. La santé étant un droit de l'homme essentiel, les populations et les communautés doivent être libérées de leur dépendance par rapport aux dispensateurs de soins. Elles doivent être informées, éduquées et formées à faire face aux risques sanitaires. Les gouvernements doivent savoir quel impact leurs politiques ont sur la santé de leur population et les entreprises reconnaître leurs obligations vis-à-vis de la sécurité de leurs employés.

Dans de nombreux pays aux ressources limitées, aucun financement international n'est consacré à la promotion de la santé. Le recours à l'Internet permettrait de mieux exploiter la louable initiative récente de l'OMS en matière d'e-santé. Nombre des stratégies nationales, régionales et mondiales, élaborées depuis la Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé, en 1986, n'ont pas été correctement mises en oeuvre. Des succès ont été enregistrés en ce qui concerne la réduction de la consommation de tabac et la promotion de modes de vie sains mais il faut, dans de nombreux autres domaines, que les organismes internationaux, les gouvernements et les communautés fassent preuve de détermination et prennent des engagements. La promotion de la santé doit devenir une priorité mondiale, aussi importante que l'éducation, la défense et la sécurité. Les objectifs du Millénaire pour le développement ne seront atteints que si l'on intègre les politiques de développement et si l'on comprend les principaux déterminants de la santé mentale et physique. Le Dr Ongolo Zogo invite instamment l'Assemblée de la Santé à adopter le projet de résolution.

Le Dr SANOU (Burkina Faso) dit que, dans son pays, les mesures prises pour encourager la promotion de la santé consistent à utiliser celle-ci pour améliorer les soins de santé ; à créer une direction de la santé publique et de l'éducation sanitaire ; à formuler une nouvelle politique nationale

sur l'information en matière de santé, d'éducation et de communication ; et à favoriser l'engagement conjoint des ministères et de la société civile en faveur de la santé.

Le projet de résolution couvre la plupart des préoccupations mais pourrait être amélioré si l'on y apportait les amendements suivants : remplacer le paragraphe 1.4) par le texte suivant : « à attacher une importance particulière aux politiques, aux programmes, aux infrastructures et aux investissements liés à la promotion de la santé » ; remplacer le paragraphe 2.2) par le libellé suivant : « d'encourager l'utilisation optimale des structures existantes des Etats Membres par les acteurs multisectoriels, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de soutenir le développement et l'application de la promotion de la santé, et d'attirer l'attention des Etats Membres qui n'en disposent pas sur la nécessité de les créer ; » et amender le paragraphe 2.3) comme suit : « d'encourager la tenue régulière de conférences nationales, sous-régionales ou mondiales sur la promotion de la santé ».

M. Meriton assume la présidence.

Le Dr BAWORN NGAMSIRIUDOM (Thaïlande) propose d'amender le projet de résolution en y ajoutant les mots « tenue à Bangkok en 2005 » après « promotion de la santé, » au deuxième alinéa du préambule ; en insérant les termes « des communautés » avant « de la société civile » au paragraphe 1.3) ; et en ajoutant les mots « de surveiller et » avant le terme « d'évaluer » au paragraphe 2.4).

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 – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro – s'alignent sur sa déclaration. Un niveau élevé de protection sanitaire pour l'ensemble des citoyens est un objectif majeur de l'Union européenne et la promotion de la santé est depuis longtemps un pilier essentiel de ses programmes de santé publique. A la cent dix-septième session du Conseil exécutif en janvier 2006, les Etats Membres de l'Union européenne ont affirmé leur engagement en faveur de la promotion de la santé.¹ Il est temps de consolider la promotion de la santé en tant que fonction régulière de l'OMS. Le projet de résolution est basé sur la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ; la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé a élaboré un cadre actualisé pour guider cette promotion.

La promotion de la santé est multisectorielle mais difficile à mettre en oeuvre. L'Union européenne appuie fermement le rôle moteur de l'OMS, qui associera des acteurs mondiaux s'occupant de déterminants plus vastes de la santé tels que l'éducation, la sécurité économique, la protection sociale, l'emploi, la sécurité du travail et l'environnement professionnel, l'alimentation et l'agriculture, les transports et les communications, le logement et l'aménagement du territoire. Ce type d'approche multisectorielle devrait constituer l'axe de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Etudier les déterminants sociaux plus vastes de la santé est indispensable pour promouvoir la santé et réduire les inégalités en matière de santé. Il faut nouer des liens forts entre les activités à long terme de l'OMS et les résultats de la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé. Une promotion de la santé réussie exige des systèmes de surveillance et de suivi réguliers pour que les progrès soient mesurés et les pays capables de tirer des enseignements de leurs expériences respectives. Dans l'ensemble des Etats Membres, les maladies non transmissibles et les pathologies chroniques menacent de plus en plus la santé et on ne remédiera à cela qu'en favorisant la promotion de la santé. Des politiques bien conçues touchant les fonctions sociétales voulues, associées à des évaluations systématiques de l'impact, sont au coeur d'une promotion de la santé plus active.

¹ Document EB117/2006/REC/2, procès-verbal de la huitième séance, section 3.

Mme MTHEMBU (Afrique du Sud) dit que l'évolution spectaculaire de la charge de morbidité mondiale exige que l'on recentre l'approche et que l'on renouvelle l'engagement qui a été pris d'agir sur les déterminants sociaux sous-jacents de la santé. Elle se félicite du rapport de situation et des mécanismes de mise en oeuvre de la Charte. Elle compte sur la mise en place du Forum mondial auquel l'Afrique du Sud est prête à participer. En ce qui concerne l'intensification de la collaboration avec la société civile, elle regrette l'omission d'organisations non gouvernementales qui ne font pas partie de la communauté internationale des organisations non gouvernementales. Les bureaux régionaux de l'OMS et les Etats Membres devraient inviter ces organisations à participer étroitement à la mise en oeuvre de la Charte.

Le soutien technique que les Etats Membres recevront en faveur d'engagements clés est apprécié. L'Afrique du Sud devrait être incluse dans la première phase, car le pays a déjà des systèmes en place à tous les niveaux ; il compte avoir bientôt une stratégie de promotion de la santé relative aux lieux de travail où il mènera une enquête en 2006 pour recenser les programmes en cours.

Mme Mthembu soutient le projet de résolution mais propose d'insérer un nouvel alinéa, immédiatement avant le paragraphe 2.5) existant, comme suit : « de faciliter l'échange d'informations avec des forums internationaux n'ayant pas trait à la santé sur des aspects importants liés à la Charte de Bangkok et de mettre en place des mécanismes de rétroinformation vers l'Assemblée mondiale de la Santé ». L'explication de l'amendement proposé est que des questions comme le commerce ont un impact sur les questions de santé mais n'en relèvent pas nécessairement. Il faut donc faire appel aux connaissances d'un organisme international compétent.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) se félicite des efforts accomplis par l'OMS pour rendre la promotion de la santé plus visible. Il propose d'amender le projet de résolution en y ajoutant un alinéa après le paragraphe 2.5), ainsi libellé : « de planifier et d'effectuer de façon systématique des évaluations de l'impact sanitaire des politiques, programmes et projets afin d'améliorer le processus décisionnel dans tous les secteurs de la société ».

Le Professeur WYSOCKI (Pologne), reconnaissant le rôle essentiel de la promotion de la santé pour ce qui est d'influer sur les modes de vie, soutient avec vigueur le projet de résolution mais propose trois amendements. Les termes « de façon régulière » devraient être ajoutés à la fin du paragraphe 1.4) ; et le membre de phrase « et de faire rapport par le biais d'un système régulier » devrait l'être à la fin du paragraphe 2.4). Il s'agit d'améliorer le compte rendu sur les investissements, mécanismes et activités relatifs à la promotion de la santé. A la fin du paragraphe 2.1), il faudrait insérer le membre de phrase « en faisant progresser les connaissances et en suscitant l'engagement actif des organisations concernées des Nations Unies et d'autres organisations internationales ». La Pologne souhaite également parrainer la résolution.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) se félicite du projet de résolution et des résultats des cinq conférences internationales sur la promotion de la santé qui ont guidé les stratégies et activités nationales. Les Philippines ont accru leurs investissements en faveur de la promotion de la santé dans les budgets aux niveaux local et national, en mobilisant les partenaires institutionnels et en utilisant les recettes provenant des taxes sur l'alcool et le tabac ; le pays a instauré des mécanismes intergouvernementaux pour prendre en compte les déterminants sociaux de la santé ; et il a favorisé l'engagement de la société civile, du secteur privé et des organisations non gouvernementales entre autres. Si la promotion de la santé offre un bon rapport coût/efficacité, par contre l'évolution des comportements et des attitudes prend du temps. Les Philippines se concentrent sur cinq domaines ; mettre en place une politique de santé publique ; créer un environnement favorable ; renforcer l'action communautaire ; développer des savoir-faire personnels ; et réorienter les services de santé. Le pays se félicite grandement du soutien continu de l'OMS.

Mme GUSTIN (Belgique) soutient pleinement le projet de résolution mais propose d'amender le paragraphe 1.2). L'aspect multisectoriel devrait être souligné et, à cette fin, les termes

« déterminants sociaux » devraient être remplacés par « déterminants sociaux, économiques et environnementaux ».

Mme KRISTENSEN (Danemark) dit que la promotion de la santé devrait bénéficier d'une priorité plus grande, notamment à cause de l'augmentation considérable de la charge des maladies non transmissibles, la principale cause de décès prématurés actuellement dans pratiquement tous les pays. Afin d'aborder ces problèmes, il faut adopter une approche complète de la prévention et de la lutte, ce qui exige un système de santé mieux organisé, vigoureux, cohérent et stable. Il est essentiel de renforcer les soins de santé primaires, car les malades atteints de maladies non transmissibles ont souvent besoin d'un soutien continu dans leur vie quotidienne. Les systèmes de santé doivent par conséquent être capables de répondre à ces défis complexes. En conséquence, il faudrait renforcer le paragraphe 2 du projet de résolution en y ajoutant un nouvel alinéa après le paragraphe 2.1), ainsi libellé : « de fournir un appui aux Etats Membres dans leurs efforts incessants pour renforcer les systèmes de santé nationaux, en insistant particulièrement sur le secteur de la santé primaire, afin qu'ils soient mieux à même de faire face aux graves menaces engendrées pour la santé par les maladies non transmissibles ».

Le Dr NTABA (Malawi) dit que la première phrase du rapport révèle toute l'importance de la promotion de la santé. Le thème de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'année précédente était tout à fait pertinent. La Charte adoptée appelle à la mise en place d'une instance mondiale d'organisations et de parties intéressées et demande au système des Nations Unies d'explorer les avantages de l'élaboration d'un traité mondial en faveur de la santé. Négliger le développement économique empêcherait l'OMS d'améliorer la santé des personnes démunies. Si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il faut absolument réduire la pauvreté. Les pays riches devraient consacrer 0,7 % de leur produit intérieur brut à l'aide au développement. La pauvreté tue autant de personnes que la maladie : elle devrait être considérée comme un problème médical à l'instar du VIH et du SIDA, et les pays devraient investir de façon réaliste dans sa réduction. La fin de la misère profitera aux ministères de la santé et aux agents de santé et amplifiera grandement la portée des travaux de l'OMS, car la richesse génère une bonne santé et vice versa. Le Dr Ntaba soutient le projet de résolution.

Mme ZHANG Lingli (Chine) rappelle que la Chine est active dans le domaine de la promotion de la santé. Elle prévoit de promouvoir la santé de millions d'agriculteurs dans le cadre de travaux coordonnés par neuf ministères et commissions, assortis d'un suivi et d'une évaluation. La promotion de la santé a été incluse dans le programme décennal consacré à la santé en milieu rural (1994-2005) et il existe un réseau qui couvre 30 provinces. Les médias et la communication interpersonnelle servent à diffuser les connaissances élémentaires en matière de santé et à organiser les districts pilotes. Les résultats ont été bien accueillis par les agriculteurs et un nouveau programme quinquennal correspondant aux objectifs du Millénaire pour le développement a démarré en 2005. La Chine soutient le projet de résolution et se félicite des efforts déployés par l'OMS pour promouvoir la santé, mais il faudrait renforcer les activités dans quatre domaines : mise en place des moyens voulus pour les pays en développement ; orientation et recherche, mise à disposition de son expérience et fourniture d'un soutien matériel ; coordination de projets de promotion de la santé parmi diverses populations ; et élaboration de politiques destinées à encourager un nombre plus grand de départements, de secteurs et d'organisations non gouvernementales à prendre part conjointement et efficacement à la promotion de la santé.

Le Dr LEVENTHAL (Israël) fait observer que 2007 marquera le vingtième anniversaire de la Charte d'Ottawa, qui a ouvert la voie à la promotion de la santé. La promotion de la santé est devenue un concept familier dans le monde entier, mais de nombreuses activités aux niveaux national et international ont été à tort identifiées sous ce concept. De nombreux professionnels de la santé pensent que toutes les personnes qui travaillent dans le système de santé s'occupent de promotion de la santé.

C'est la raison pour laquelle Israël reconnaît qu'il est nécessaire d'adopter une résolution vigoureuse. Le pays soutient par conséquent le projet de résolution avec les amendements proposés par le Danemark, la Pologne et le Portugal.

M. JIMÉNEZ SÁNCHEZ (Mexique) fait observer que la valeur de la promotion de la santé est de mieux en mieux reconnue, compte tenu de l'efficacité avec laquelle elle réduit la charge de la mortalité et atténue l'impact socio-économique de la maladie. Les Etats Membres doivent veiller à la collecte systématique des données et renforcer le suivi et l'évaluation des stratégies de promotion de la santé afin que les décisions politiques puissent être prises en fonction des preuves scientifiques des progrès réalisés. Telle est la base des politiques de promotion de la santé aux niveaux national et régional. Des éléments de la Charte de Bangkok devraient être intégrés dans les activités du Bureau régional des Amériques, ce qui lui permettra de remplir ses engagements. Il faut supprimer les barrières traditionnelles qui existent entre les divers secteurs du Gouvernement, les organisations gouvernementales et non gouvernementales et les secteurs public et privé. De nouvelles formes de coopération en faveur de la santé, sur la base de l'égalité, entre les divers secteurs et à tous les niveaux des affaires publiques, renforceront l'action de tous les partenaires. La participation du Secrétariat à la diffusion des modèles et des meilleures pratiques, tels qu'ils ont été conçus par les Etats Membres, est indispensable à la mise en oeuvre du concept, au partage des données d'expérience et à l'adaptation aux niveaux des pays et des Régions. L'appui et le suivi du Secrétariat permettront d'améliorer les résultats.

Mme YUAN (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays considère la promotion de la santé comme étant un élément crucial de la santé et du développement économique. L'initiative Healthier US met au défi les parties prenantes, aux niveaux de la nation, des Etats et des communautés, de prendre des mesures précises pour éliminer les disparités, accroître l'espérance de vie et améliorer la qualité de vie. Mme Yuan se félicite des efforts déployés par le Secrétariat en vue de construire une base scientifique solide pour les activités de promotion de la santé. Des partenariats public/privé forts, tels que celui conclu avec l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, ont contribué à optimiser les ressources en faveur de la promotion de la santé dans le monde entier.

Les mesures destinées à soutenir la promotion de la santé, et notamment les initiatives qui donnent les moyens voulus aux populations et aux communautés, offrent un bon rapport coût/efficacité. Des données sur les liens qui existent entre les stratégies de promotion de la santé, les facteurs de risque comportementaux et les résultats sanitaires, ainsi que leur rapport coût/efficacité guideront les politiques d'allocation des ressources et de structuration de la promotion de la santé en tant que pratique de santé publique. Les stratégies de prévention et de promotion de la santé sont économiquement valables et socialement viables, notamment lorsqu'elles sont adaptées sur le plan tant culturel que linguistique, et élaborées avec les parties prenantes. Les indicateurs clairement définis et les mesures d'évaluation contribuent également à augmenter le volume de données scientifiques disponibles.

Il serait préférable, au paragraphe 1.5) du projet de résolution, de conseiller une promotion de la santé fondée sur des données factuelles plutôt qu'une promotion reposant sur les connaissances, car cette dernière pourrait être interprétée comme se référant aux activités traditionnelles d'éducation pour la santé plutôt qu'aux stratégies modernes de communication basées sur des données factuelles.

Le Dr NDIAYE (Sénégal) rappelle que la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie. L'OMS a préconisé huit composantes d'une bonne santé qui, si elles étaient bien appliquées, réduiraient les problèmes actuels. Les médecins devraient promouvoir la santé de façon dynamique.

En ce qui concerne l'influence de l'environnement sur la santé, l'exode rural a entraîné une urbanisation débridée qui détruit l'écosystème ; c'est ainsi que certains insectes ont perdu leur habitat et se tournent vers les êtres humains pour trouver de la nourriture. Il y a également des problèmes de

gestion des ordures ménagères, des maladies à transmission hydrique provoquées par le creusement de nouveaux plans d'eau et une pollution atmosphérique due au monoxyde de carbone et à d'autres émissions. Un autre facteur est l'habitude croissante de consommer des aliments préparés dans la rue, avec les risques qu'entraînent une préparation et une conservation inadéquates des aliments.

Il est inutile de courir après la maladie alors qu'elle est déjà là. La promotion de la santé ne signifie pas qu'il faille y consacrer beaucoup d'argent mais suppose que l'on parle aux populations de comportements touchant par exemple le tabagisme et l'alimentation, pour éviter les problèmes. De nombreuses maladies pourraient être prévenues mais, malheureusement, les médecins ne prennent pas les mesures suffisantes voulues.

Mme GILDERS (Canada) approuve pleinement le contenu et la portée de la Charte de Bangkok et le projet de résolution. Afin d'assurer le suivi, il faudrait élaborer une stratégie mondiale pour la promotion de la santé ainsi que des plans d'action sur les quatre engagements principaux : la promotion de la santé dans le cadre d'un programme de développement mondial ; la promotion de la santé en tant que responsabilité essentielle du gouvernement ; la santé en tant que priorité principale de la société civile et des communautés ; et la santé dans le cadre d'une bonne pratique institutionnelle dans tous les secteurs d'activité. Le Canada préconise d'accroître le rôle de l'OMS dans la promotion de la santé et de lier la résolution à la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. La Conférence de l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé qui doit se tenir à Vancouver en juin 2007 offrira une excellente occasion d'étudier les progrès relatifs à la mise en oeuvre des recommandations de la Charte et des travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

Mme KOIVISTO (Finlande) se félicite que la promotion de la santé redevienne une priorité pour le Secrétariat, dont les moyens dans ce domaine devraient être renforcés. Toutes les politiques et toutes les décisions devraient tenir compte de la santé et expliciter les conséquences des mesures sanitaires. La nouvelle Charte de Bangkok recommande d'utiliser l'évaluation de l'impact sanitaire en tant qu'outil. La Finlande soutient donc la proposition visant à ajouter au projet de résolution un nouvel alinéa sur l'évaluation de l'impact sanitaire. La Charte de Bangkok demande que la santé soit prise en compte non seulement à l'OMS, mais également dans l'ensemble du système des Nations Unies et des autres organismes internationaux. Le projet de résolution invite instamment les Etats Membres à surveiller de manière systématique tout ce qui est lié à la promotion de la santé. Le développement est également nécessaire et les amendements proposés par le délégué de la Pologne méritent d'être soutenus. La santé est la responsabilité de tous, mais les services et les professionnels de la santé pourraient sensibiliser le public à une vision plus large de cette dernière. Le secteur de la santé, notamment dans les soins de santé primaires, a un rôle essentiel à jouer dans la formation de politiques et de partenariats pour la promotion de la santé, aussi Mme Koivisto soutient-elle les amendements proposés par le délégué du Danemark.

M. GEORGEL (Nouvelle-Zélande) dit que la promotion de la santé est fondamentale pour améliorer la santé et réduire les inégalités, notamment si l'on cherche à étudier les déterminants élémentaires de la santé. Comme, souvent, les avantages de la promotion de la santé ne sont pas toujours immédiats, les recommandations devraient être mises en oeuvre sans retard. M. Georgel soutient le projet de résolution.

Le Dr OPIO (Ouganda), d'accord avec la définition de la promotion de la santé que l'on trouve au début du rapport, dit que la valeur de cette promotion est de plus en plus reconnue dans la réduction de la prévalence et de l'impact de l'infection à VIH. La promotion de la santé est devenue une discipline à part entière et représente l'une des plus importantes divisions du Ministère de la Santé, collaborant avec les établissements d'enseignement supérieur, y compris par l'intermédiaire d'un soutien ministériel à la formation professionnelle en promotion de la santé. De même, les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire sont tenus au courant des questions relatives à la promotion de la santé,

celle-ci faisant également l'objet d'une collaboration avec les organisations non gouvernementales et la société civile.

Il est important de suivre et d'évaluer les activités de promotion de la santé. L'investissement demeure insuffisant pour couvrir l'ensemble des activités. Le Gouvernement ougandais fait pleinement sienne la Charte de Bangkok et soutient le projet de résolution.

M. LUCES (République bolivarienne du Venezuela) propose un amendement (en espagnol) au quatrième alinéa du préambule du projet de résolution, visant à remplacer « programa mundial de desarrollo » par le membre de phrase « para el desarrollo humano integral que aspiran los pueblos del mundo ». Il propose également de remplacer au paragraphe 1.3) les termes « sector privado y las organizaciones no gubernamentales, incluidas las asociaciones de salud pública, en la promoción de la salud » par le membre de phrase « en todas sus expresiones comunitarias, gremiales, sindicales, empresariales y asociativas, especialmente las atinentes a la salud pública, en la promoción de la salud ».

Mme LO (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) dit que les mesures récentes prises par la Fédération au sujet du paludisme montrent que des changements de comportement sont indispensables au succès des programmes de santé. La promotion de la santé est au coeur de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et la responsabilité partagée de toutes les parties prenantes, y compris la société civile et les communautés. Au Niger et au Togo, la Fédération a lancé à l'échelle nationale des campagnes intégrées en 2005, suite aux mesures pilotes prises au Ghana en 2002 et en Zambie en 2003, où, pour la première fois, à grande échelle, la distribution gratuite de moustiquaires a été intégrée dans une campagne antirougeoleuse déjà en cours. La Fédération a lancé, avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, un exercice de prévention du paludisme plus ambitieux au Niger en décembre 2005 et en mars 2006, dans le cadre duquel plus de 2,3 millions de moustiquaires ont été distribuées. La possession de moustiquaires par les ménages au Niger et au Togo approche et parfois surpasse les cibles de la Déclaration d'Abuja sur le paludisme en Afrique (2000) dans de nombreux districts. Le problème n'est pas la distribution de moustiquaires, toutefois, mais la promotion de changements de comportement. Les enfants et les femmes enceintes notamment doivent utiliser les moustiquaires tous les jours ; tous les groupes de la société, toutes les organisations non gouvernementales et, naturellement, les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge doivent oeuvrer avec les communautés et les bénéficiaires à cette fin. Les gouvernements et les pays donateurs doivent fournir davantage de ressources afin de permettre aux communautés et à la société civile de promouvoir des changements de comportement. Les volontaires de la Fédération, souvent eux-mêmes bénéficiaires, sont prêts à travailler avec les Etats Membres, au niveau gouvernemental, pour encourager l'adoption de comportements favorables de manière à atteindre les cibles de santé publique. Par conséquent, la Fédération, principale organisation communautaire et présente dans le monde entier, soutient fermement le projet de résolution.

Le Dr BEAGLEHOLE (Maladies chroniques et promotion de la santé) se félicite du soutien actif en faveur de la promotion de la santé en général et appuie le projet de résolution. Le Secrétariat accueille avec satisfaction les exemples, qui ont été présentés, de travail novateur réalisé dans ce domaine au niveau national.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la cinquième séance, section 2, p. 277.)

La séance est levée à 19 h 10.

CINQUIEME SEANCE

Samedi 27 mai 2006, 9 h 20

Président : Dr A. J. MOHAMMAD (Oman)

1. DEUXIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B (document A59/51)

Le PRESIDENT donne lecture du projet de deuxième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.¹

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

Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 11.13 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R6 et annexe 4, et A59/19) (suite de la quatrième séance, section 3)

Le PRESIDENT invite les membres de la Commission à examiner le texte révisé du projet de résolution et les incidences administratives et financières, qui suivent :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant la résolution WHA58.34 concernant le Sommet ministériel sur la recherche en santé ;

Ayant examiné le rapport sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé ;²

Reconnaissant le rôle essentiel de l'ensemble de la recherche sanitaire et médicale dans l'amélioration de la santé humaine ;

Reconnaissant par ailleurs que la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé est limitée et que les données qui en découlent sont importantes pour orienter les politiques de façon à réduire ainsi les écarts ;

Réaffirmant que la recherche visant à renforcer les systèmes de santé est fondamentale pour atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Notant en particulier les travaux du CIRC, du Centre OMS pour le développement sanitaire (Japon), du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ;

¹ Voir p. 288.

² Document A59/19.

Convaincue que les résultats de la recherche et les données issues de systèmes d'information sanitaire efficaces devraient étayer les décisions relatives à la mise en oeuvre d'interventions en faveur de ceux qui en ont le plus besoin ;

Consciente que l'Organisation devrait montrer l'exemple en utilisant les résultats de la recherche pour inspirer les décisions concernant la santé ;

Réaffirmant le soutien que les programmes de recherche coparrainés par l'OMS apportent dans les domaines négligés de la recherche qui présentent un intérêt pour les populations pauvres et défavorisées et reconnaissant la contribution de l'OMS au développement du potentiel de recherche ;

Attachée à garantir le respect de normes éthiques dans la conduite des recherches en santé soutenues par l'Organisation ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à mobiliser les ressources scientifiques, sociales, politiques et économiques nécessaires pour :

1) envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 par la Commission de Recherche en Santé pour le Développement, à savoir que les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ;¹

2) mettre au point des instruments de contrôle des ressources, et améliorer ceux qui existent déjà, afin de suivre l'évolution des fonds publics et des crédits des donateurs dépensés pour la recherche en santé, et communiquer les résultats de la recherche aux décideurs, à la société civile et au grand public (Thaïlande) ;

3) intégrer la recherche dans les principaux plans et activités programmatiques nationaux et promouvoir un plus large accès aux résultats de la recherche ;

4) renforcer les capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels chargés d'examiner les propositions de recherche en santé ;

5) demander aux Etats Membres d'entreprendre d'élaborer des politiques de recherche en santé et des documents d'études législatives, ou de les renforcer (Botswana) ;

6) créer un programme permanent de formation des directeurs de la recherche et mettre en place un ensemble de personnels qualifiés pour diriger la recherche en santé (Inde) ;

7) mieux organiser la carrière des chercheurs qui ne relèvent pas nécessairement du ministère chargé de la recherche (Burkina Faso) ;

8) développer le potentiel de recherche national dans cinq domaines complémentaires : acquisition de nouvelles connaissances, ressources humaines et financières, instituts de recherche, utilisation des résultats de la recherche pour la prise de décision et réseaux nationaux et internationaux de collaboration en matière de recherche (Thaïlande) ;

9) instaurer un mécanisme, et le renforcer, pour que toutes les parties intéressées participent à l'établissement des priorités de la recherche en santé en tenant compte des changements dynamiques des systèmes de santé, de la charge de la maladie et des questions nouvelles qui touchent à la santé (Thaïlande) ;

2. EXHORTE la communauté de la recherche en santé, les autres organisations internationales, le secteur privé, la société civile et les autres parties concernées à apporter un soutien solide et durable aux activités entreprises dans tous les domaines de la recherche sanitaire, médicale et comportementale, et en particulier la recherche sur les maladies

¹ Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. New York, Oxford University Press, 1990.

transmissibles (Burkina Faso/groupe africain), la pauvreté et les inégalités en matière de santé, avec la participation des communautés et conformément aux priorités de chaque pays (Venezuela), et à continuer de soutenir les activités visant à promouvoir l'utilisation des résultats de la recherche pour inspirer les politiques, les pratiques et l'opinion publique ;

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de renforcer au sein de l'Organisation la culture de la recherche servant à prendre des décisions fondées sur des données factuelles (Chine) et de faire en sorte que ses activités techniques s'appuient sur la recherche ;
- 2) de mettre sur pied un système de rapports sur les activités de l'OMS en matière de recherche en santé ;
- 3) d'améliorer la coordination des activités de recherche, et notamment l'intégration de la recherche dans la prévention et la lutte contre la maladie ;
- 4) d'examiner l'usage qu'il est fait des données de la recherche pour l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS ;
- 5) d'instaurer des méthodes et des mécanismes normalisés pour la conduite de la recherche et l'application des résultats par l'Organisation, y compris l'enregistrement des propositions de recherche dans une base de données accessible à tous, l'examen collégial des propositions et la diffusion des résultats ;
- 6) de promouvoir un meilleur accès aux résultats de la recherche ;
- 7) de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils développent leur potentiel de recherche sur les systèmes et les politiques (Afrique du Sud) de santé ;
- 8) de fournir un appui technique aux Etats Membres pour : a) le renforcement des capacités des comités d'éthique nationaux et institutionnels sur la recherche en santé, b) l'examen des protocoles de recherche complexes, et c) l'élaboration de politiques nationales de santé et de textes législatifs sur la recherche en santé (Botswana) ;
- 9) de continuer à décentraliser les compétences et les ressources vers les pays et les Régions afin de mieux les aider à reconnaître et optimiser la recherche en santé en tant qu'élément clé du développement des systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement (Cameroun) ;
- 10) de mettre au point des stratégies simples susceptibles d'être utilisées par les gouvernements pour déterminer les priorités de la recherche en santé (Inde) ;
- 11) d'instituer des systèmes et des mécanismes appropriés pour multiplier les interactions et faciliter la convergence entre les chercheurs et ceux qui utilisent leurs travaux afin que les résultats de la recherche soient mieux utilisés et les politiques de santé mieux conçues (Philippines) ;
- 12) dans le contexte de la recherche sur les systèmes de santé, d'offrir des possibilités de développement des capacités en matière d'économie de la santé, d'évaluation de l'impact économique des maladies/pathologies et de calcul du coût de différentes interventions afin de trouver celles qui sont le mieux adaptées à la situation du pays et d'optimiser ainsi les prestations de santé (Inde) ;
- 13) de contrôler et d'indiquer aux Etats Membres le total des dépenses consacrées à la recherche en santé par pays et par Région, par source – fonds publics et donateurs – et par catégorie, par exemple recherche biomédicale ou recherche sur les systèmes de santé (Thaïlande) ;
- 14) de soumettre à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé une stratégie sur la gestion et l'organisation d'activités de recherche au sein de l'OMS et sur l'aide à accorder, au besoin, aux pays pour l'organisation de recherches en santé (Suède), et de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis (Suisse).

1. Résolution Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	3. Renforcement de la recherche nationale en santé pour permettre le développement de systèmes de santé dans le cadre de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile ; conception et exécution, sur la base de priorités stratégiques, des programmes à l'initiative de l'OMS sur la recherche concernant le développement des systèmes de santé ainsi que l'accès aux connaissances et l'utilisation de celles-ci.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution aidera à formuler une stratégie institutionnelle de l'OMS pour la recherche en santé et aura des répercussions à la fois sur la fixation des priorités de l'Organisation et sur la gestion de la recherche qu'elle soutient, ainsi qu'à promouvoir le soutien technique aux pays dans des domaines essentiels comme la recherche sur les systèmes de santé, la gestion et l'organisation de la recherche, le renforcement des capacités, l'examen éthique et l'utilisation de la recherche dans l'élaboration des politiques. Elle aidera par ailleurs à définir le rôle de l'OMS dans la recherche en santé par rapport à celui d'autres organisations et à informer la conférence ministérielle sur la recherche en santé prévue en 2008.	
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 \$4 millions, y compris les coûts afférents au personnel, la mise au point de cours de formation, les frais de voyage et la mise en oeuvre d'un vaste processus de consultation et d'analyse visant à formuler une stratégie de l'OMS pour la recherche en santé.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)	
US \$3 millions	
c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? US \$300 000	
4. Incidences administratives	
a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions	
Siège, bureaux régionaux et certains bureaux de pays, centres de recherche spécialisés de l'OMS (CIRC, Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe, centres collaborateurs de l'OMS)	
b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises)	
Deux membres du personnel équivalent plein temps ayant des qualifications dans les domaines suivants : 1) politique et administration de la recherche, fixation des priorités de la recherche, recherche sur les systèmes de santé, transfert de connaissances ; 2) examen éthique de la recherche portant sur des sujets humains, recherche clinique, bioéthique, enregistrement des essais.	
c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en oeuvre et l'évaluation)	
2006 : Création d'un groupe de travail pour l'élaboration d'une stratégie de recherche (avec la participation du Siège et des Régions) : objectifs préliminaires, approches stratégiques, processus et calendrier	
2006-2007 : Consultations aux niveaux des Régions et des pays et avec des partenaires internationaux	
Mi-2007 : Etablissement de l'avant-projet de stratégie	
2007 : Rapport de situation au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé	
Fin 2007 : Mise au point du rapport, consultations avec les bureaux régionaux en vue de l'approbation finale	
2008 : Présentation de la stratégie à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé	
2008 et au-delà : Mise en oeuvre de la stratégie et définition de la démarche à suivre pour en évaluer l'impact	

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) fait part de sa préoccupation concernant les incidences financières du projet de résolution. Les fonds alloués sont insuffisants pour assumer le coût de sa mise en oeuvre pendant l'exercice en cours. Il faut à sa délégation davantage de temps pour examiner les amendements au projet de résolution.

Le PRESIDENT propose de revenir sur le sujet ultérieurement.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la reprise du débat p. 265 ci-après.)

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours : Point 11.14 de l'ordre du jour (documents A59/20 et A59/20 Add.1) (suite de la quatrième séance, section 3)

Le PRESIDENT invite les membres de la Commission à examiner le texte révisé du projet de résolution ainsi libellé :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ;¹

Consciente des souffrances provoquées par les catastrophes naturelles ou causées par l'homme ;

Notant que la capacité de résistance des nations et des communautés touchées par des crises est entamée par les pressions extrêmes qu'elles subissent au quotidien pendant de longues périodes ;

Préoccupée par l'insuffisance de la préparation aux situations d'urgence dans de nombreux pays et par le fait que les mécanismes existants ne sont pas toujours capables de faire face à des catastrophes de grande envergure, comme les séismes survenus à Bam, en République islamique d'Iran, et, plus récemment, dans le nord de l'Inde et au Pakistan, ou le séisme et le tsunami survenus en Asie du Sud, et les ouragans Katrina et Rita aux Etats-Unis d'Amérique ;

Appréciant les progrès accomplis, en particulier dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, sur le plan de l'organisation des secours à la suite du séisme survenu en Asie du Sud ;

Rappelant la résolution WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004, ainsi que la résolution A/RES/60/124 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies ;

1. EXPRIME sa sympathie, son soutien et sa solidarité aux victimes des catastrophes, à leur famille et aux gouvernements ;

2. PRIE les Etats Membres de continuer à renforcer leurs programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours et (Thaïlande), d'atténuation des effets et de relèvement (Thaïlande) par, selon le cas (Etats-Unis d'Amérique), des mesures législatives, techniques, financières, logistiques et de planification, en s'attachant plus particulièrement à renforcer la capacité de résistance des systèmes de santé et (Thaïlande) des communautés ;

3. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à apporter leur soutien aux pays touchés ainsi qu'à l'OMS pour que celle-ci puisse intervenir immédiatement, dans le cadre de son mandat, en cas de crise humanitaire dans le domaine de la santé ;

¹ Document A59/20.

4. ~~PRIE le Directeur général, en coopération, le cas échéant, avec l'Office pour la Coordination des Affaires humanitaires, les autres institutions spécialisées et les organisations internationales pertinentes,~~ de prendre les mesures nécessaires, à savoir :

- 1) fournir aux Etats Membres les conseils et le soutien techniques dont ils ont besoin afin de renforcer les programmes du secteur de la santé pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours aux niveaux tant national que local, en s'attachant plus particulièrement à la préparation et à la capacité de résistance des communautés ;
 - 2) utiliser le cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, découlant de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) pour aider les Etats Membres à évaluer l'état de préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence, et notamment la capacité de résistance et de gestion des risques des hôpitaux et autres infrastructures sanitaires essentielles ;
 - 3) ~~soutenir la mise en place et le renforcement de centres régionaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours (Etats-Unis d'Amérique). A cet égard, les principes, la portée et le règlement intérieur de ces centres doivent d'abord être établis afin que tous les Etats Membres bénéficient des mêmes avantages (Chine) ;~~
 - 4) faire en sorte que (Etats-Unis d'Amérique) l'OMS, dans le cadre de son mandat, soit en mesure de réagir efficacement (Etats-Unis d'Amérique) aux situations d'urgence et aux crises et, ce faisant, de continuer à collaborer étroitement avec les autres organisations du système des Nations Unies, l'ensemble des activités étant coordonnées par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies et d'autres organisations et mécanismes internationaux compétents (Autriche) (l'Autriche propose que ce paragraphe devienne le paragraphe 4.1)) ;
5. PRIE le Directeur général en particulier :
- 1) d'étudier et d'appliquer des mesures pour renforcer la participation de l'OMS à la riposte humanitaire globale dans le cadre des mécanismes existants tels que le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires, le Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage, ou l'équipe des Nations pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe ;
 - 2) de mettre en place, conformément aux initiatives susmentionnées des Nations Unies et à titre complémentaire, un réseau interrégional de professionnels de santé formés et d'établissements de santé équipés, et de constituer une base de données mondiale de références sanitaires techniques faisant autorité pour faciliter la riposte du secteur de la santé aux situations d'urgence et aux crises ;
 - 3) ~~de mettre en place et de maintenir, en collaboration avec les organisations pertinentes du système des Nations Unies et d'autres partenaires, un service de suivi de la situation sanitaire capable de fournir des informations rapidement ainsi qu'une évaluation fiable des souffrances et des menaces pour la survie en utilisant les données de morbidité et de mortalité (Etats-Unis d'Amérique) ;~~
 - 3)4) de prendre part aux mécanismes de logistique et de gestion de l'approvisionnement qui couvrent l'ensemble du système des Nations Unies et qui permettent d'assurer une mobilisation immédiate des fournitures vitales en situation d'urgence et de crise ;
6. PRIE EN OUTRE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) dit que l'état révisé des incidences financières de ce projet de résolution, qu'il avait demandé, ne lui est pas parvenu. Il a en outre proposé de supprimer le paragraphe 5.2).

Le Dr ALWAN (représentant du Directeur général pour l'Action sanitaire en situation de crise) explique que, suite aux amendements proposés lors de la séance précédente, les incidences financières seront divisées par deux par rapport aux estimations initialement établies pour l'exercice 2006-2007.

Certaines activités figurant dans le projet de résolution ont, toutefois, été proposées après la tenue de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ; elles reflètent les innovations du Programme de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies, lequel a assigné de nouvelles responsabilités à l'OMS en sa qualité d'organisation chef de file du Groupe Santé du Comité permanent interinstitutions. Dans l'intervalle, l'Organisation a établi un plan de travail pertinent comprenant la constitution d'un réseau interrégional de riposte aux situations d'urgence, ainsi qu'un service de suivi de la mortalité. Des donateurs ont déjà engagé des crédits à cet effet, dont une partie est parvenue à destination.

Le Dr HOLCK (Secrétaire) explique que la suppression demandée par le délégué des Etats-Unis d'Amérique n'a pas été indiquée dans le texte révisé par suite d'une erreur. Le paragraphe 5.2) est donc ainsi libellé « de constituer une base de données mondiale de références sanitaires techniques faisant autorité pour faciliter la riposte du secteur de la santé aux situations d'urgence et aux crises ».

M. AL-HASHEMI (Oman) propose d'insérer au paragraphe 5.3) le texte suivant : « de mettre en place et de maintenir, en collaboration avec les organisations compétentes du système des Nations Unies et d'autres partenaires, un service de suivi chargé de surveiller et d'apprécier les taux de mortalité dans les situations d'urgence humanitaire ».

Le Dr HOLCK (Secrétaire) dit que certains délégués ont proposé de supprimer le paragraphe 4.3), tandis que le délégué de la Chine a suggéré d'ajouter un membre de phrase aux termes duquel il conviendrait d'intervenir uniquement à la lumière d'une solide stratégie. Il faut donc décider soit de supprimer, soit de conserver ce paragraphe et, si oui, avec quels amendements.

Le PRESIDENT déclare qu'il considère que cet alinéa peut être supprimé.

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

Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 11.13 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R6 et annexe 4, et A59/19) (reprise)

Le PRESIDENT invite les membres de la Commission à reprendre l'examen du projet de résolution révisé.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) rappelle que le projet a été amplement débattu par le Conseil à sa cent dix-septième session et qu'il a débouché sur un consensus. Il apprécierait que la décision du Conseil soit respectée. En revanche, il souhaiterait des éclaircissements sur plusieurs amendements proposés lors de la séance précédente.

M. SVENSSON (Suède) demande un complément d'explication sur ces observations.

M. MÄUSEZAHN (Suisse) rappelle la proposition formulée par sa délégation concernant l'adjonction, au paragraphe 3, d'un alinéa demandant l'extension des consultations aussi bien internes qu'avec les partenaires extérieurs, afin de préciser le rôle de l'OMS. Cet amendement n'apparaît pas dans le texte révisé.

Le Dr HOLCK (Secrétaire) explique que l'amendement proposé a été omis par erreur.

Le PRESIDENT propose d'ajourner la décision, en attendant des discussions informelles.

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 WHA59.22.

Il en est ainsi convenu.

(Voir la reprise du débat p. 276 ci-après.)

Sécurité des patients : Point 11.16 de l'ordre du jour (document A59/22)

Mme KRISTENSEN (Danemark), s'exprimant au nom des pays nordiques, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, se félicite de la priorité accordée par l'OMS à la sécurité des patients. Les paragraphes 6 à 12 du rapport définissent avec précision les six actions principales de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, et Mme Kristensen appuie les activités proposées, visées au paragraphe 13. Elle insiste sur le recours à des connaissances bien documentées et aux meilleures pratiques. Par souci de commodité, on a privilégié les aspects pratiques et concrets lors de l'élaboration du deuxième Défi mondial pour la sécurité des patients. Les systèmes de notification des effets indésirables et d'apprentissage ont été bien établis et peuvent améliorer la sécurité des patients pour autant que la notification ne soit pas entravée par la crainte de sanctions disciplinaires. Des systèmes d'information efficaces pourraient servir de base à l'élaboration d'indicateurs de surveillance du niveau de sécurité. Elle prie instamment l'Alliance de doter les Etats Membres d'outils performants à cet effet.

Le Dr SANGALA (Malawi), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la sécurité des patients – à savoir la garantie contre tout préjudice accidentel ou évitable dû à des événements indésirables survenant en milieu médical – est vitale pour les agents de santé comme pour les patients, mais qu'elle est tenue pour acquise depuis longtemps. La prolifération des technologies et des produits pharmaceutiques de nouvelle génération, ainsi que le fossé qui se creuse entre pays développés et pays en développement ont incité la communauté internationale à passer la question au crible. Avec le concours de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, des Etats Membres ont apporté la dernière touche à leur politique nationale de technologie sanitaire en matière d'équipements et d'infrastructures. Il a aussi été reconnu que la sécurité des patients dépend d'une bonne protection contre les infections nosocomiales et de la sécurité d'emploi du matériel médical qui sont toutes deux tributaires de ressources humaines en rapport.

Malgré les obstacles socio-économiques et politiques, les pays africains ont commencé à élaborer leur propre politique en matière de sécurité des patients. Depuis 2005, plusieurs d'entre eux ont lancé de vigoureuses campagnes tendant à prévenir les infections dans tous les établissements de soins. Certains, dont le Malawi, ont instauré des compétitions nationales dans ce domaine. Le Kenya, l'Ouganda et d'autres ont amélioré la sécurité des injections. Ces initiatives s'inscrivent dans le cadre d'une stratégie d'assurance qualité ciblant la sécurité des agents de santé, la planification et la conception des infrastructures, la gestion des déchets et l'utilisation de techniques appropriées (seringues non réutilisables). La pénurie de ressources humaines et matérielles correctes (personnel infirmier en particulier) pourrait se traduire par une surcharge de travail, représentant un risque pour les patients comme pour le personnel. La Région africaine a besoin de ressources à la fois techniques et financières pour former un nombre suffisant d'agents de santé aux diverses disciplines, notamment au génie biomédical, ce qui permettrait d'atténuer les conséquences de l'exode des cerveaux sur ses élites.

Ce rapport n'aborde pas la sécurité des patients dans le contexte de la recherche biomédicale. L'examen des politiques existantes dans le domaine de la recherche biomédicale, ses modalités et ses pratiques a montré que les directives internationales ne prévoyaient guère de protection ni pour les patients ni pour les sujets de recherche. L'accès par les Etats de la Région aux directives et outils existants est, lui aussi, insuffisant.

L'action menée pour réaliser les objectifs définis d'un commun accord au plan international devrait tenir compte des besoins spécifiques des pays en développement.

Mme MIKHAILOVA (Fédération de Russie) dit que son Gouvernement a insisté sur la sécurité des patients et amélioré les traitements médicaux grâce à un programme d'ampleur nationale. Les politiques et stratégies de l'Alliance mondiale ont relevé les normes dans les deux domaines. Sa constitution a donné lieu à la célébration, en 2005 à Moscou, d'une journée spéciale réunissant spécialistes, bailleurs de fonds, hommes politiques, représentants d'organisations non gouvernementales et de groupes de patients. Son pays possède une grande expérience de la lutte contre les infections, y compris les infections nosocomiales. Le 3 juillet 2006, il deviendra membre de l'Alliance et sera prêt à partager son expérience avec d'autres membres. Les thèmes mis en évidence dans le rapport sont extrêmement pertinents, en particulier la nécessité d'établir une taxonomie de la sécurité des patients. Un tel outil a été élaboré en russe avec le concours du Bureau régional de l'Europe, des centres collaborateurs de l'OMS implantés en Fédération de Russie et du Ministère de la Santé et du Développement social. Un rapport, assorti d'un projet de résolution sur la sécurité des patients, devrait être soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé à sa soixantième session.

M. PALU (Australie) dit que la Commission australienne pour la Sécurité et la Qualité des Soins de Santé, qui a entamé ses travaux en janvier 2006, est en train d'élaborer un cadre stratégique national et un programme de travail destinés à améliorer la sécurité et la qualité dans tout le système de soins de santé australien. Cette Commission s'emploiera aussi à coordonner la participation de l'Australie à des initiatives internationales portant sur la sécurité des patients, en particulier l'Alliance mondiale et le Défi mondial pour la sécurité des patients.

Le Dr AL-MADAF (Koweït), s'exprimant au nom du Conseil de Coopération des Etats arabes du Golfe, se félicite des efforts déployés au cours des quatre dernières années pour améliorer la sécurité des patients et salue les idées-forces du rapport. La sécurité des patients est considérée comme une priorité dans le secteur de santé des Etats du Golfe. Un centre, composé d'un laboratoire et d'un observatoire, a été mis en place dans la région afin d'encourager la recherche scientifique, d'éclairer les décisions des pouvoirs publics concernant la recherche en santé et de combattre les épidémies. Avec le concours de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, il a été prévu de rédiger une taxonomie complète de la sécurité des patients, assortie d'un plan d'action régional, à l'intention des Etats du Golfe et des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale. Un groupe de travail a été constitué dans le but de réduire au minimum le risque d'erreurs médicales et d'harmoniser les programmes relatifs à la sécurité des patients dans les Etats du Golfe. Des consultations se sont déroulées au Koweït, en 2004 et 2006, avec des représentants de l'Alliance mondiale et du Bureau régional de la Méditerranée orientale. Un séminaire consacré aux erreurs médicales et pharmacologiques s'est tenu à Bahreïn. Le Conseil de Coopération a récemment nommé un responsable administratif, chargé de collaborer avec l'Alliance mondiale. En septembre 2006 se tiendra, en Arabie saoudite, une réunion sur la sécurité des patients à laquelle participeront des représentants du Canada, de l'OMS, de la Commission australienne pour la Sécurité et la Qualité des Soins de Santé et de l'Alliance mondiale.

M. OULD MOHAMED LEMINE (Mauritanie) confirme que la sécurité des patients est une préoccupation dans les pays africains, car le matériel médical et les infrastructures en rapport sont souvent archaïques et les normes de qualification professionnelle très souvent insuffisantes. Les patients ne participent pas à leur traitement, d'où les erreurs médicales qui en résultent. La stratégie pour la sécurité des patients, dont le rapport ébauche les grandes lignes, vient à point nommé et devrait être étoffée dans la Région africaine avec le concours de l'OMS, d'autres partenaires du développement et la société civile.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) souscrit aux actions définies dans le rapport, lesquelles permettront d'actualiser les propres orientations de son pays en matière de sécurité des patients. Dans son pays, les campagnes visaient à promouvoir l'hygiène des mains chez les dispensateurs de soins, l'accès à l'information sur les infections nosocomiales aux niveaux de la communauté et des districts,

les critères de lutte contre les infections, l'amélioration de la surveillance et la notification des infections nosocomiales, et l'éducation et la formation des dispensateurs de soins à la surveillance épidémiologique, à la prévention et à la lutte contre les infections nosocomiales. Les Philippines sont attachées au renforcement des politiques et stratégies relatives à la sécurité des patients et se félicitent de l'appui de l'OMS en la matière.

M. RADEBE (Afrique du Sud) dit que si des progrès ont été enregistrés dans la mise en oeuvre de la résolution WHA55.18 sur la qualité des soins et la sécurité des patients, davantage d'efforts s'imposent pour améliorer la situation de tous les établissements de santé, en particulier ceux du secteur public. Des pays comme l'Afrique du Sud, où le secteur privé de la santé est important, ont besoin d'une répartition plus équitable des ressources entre les secteurs public et privé pour améliorer le niveau de sécurité des patients, en particulier des plus démunis. Il faudrait s'inspirer du message transmis par le Président de l'Alliance mondiale, à savoir que des mesures simples permettent de sauver des vies. Le recours accru à la robotique et à l'automatisation n'auront des effets bénéfiques qu'à moyen ou long terme, a fortiori dans les pays en développement. Il conviendrait de pérenniser les orientations telles que la participation des patients à leur traitement, la lutte contre les infections, la formation à l'utilisation des protocoles cliniques, les vérifications cliniques et les évaluations de morbidité et de mortalité.

Le Dr PADILLA (République bolivarienne du Venezuela) se félicite des travaux de l'Alliance mondiale et appelle l'attention sur la situation qui prévaut dans les pays moins avancés où la moitié du matériel médical est peu sûr et où se concentrent 77 % de tous les cas notifiés de contrefaçons de médicaments. Telle est la conséquence directe d'un accès insuffisant aux technologies appropriées, lui-même imputable à la concurrence déloyale et au développement économique qui placent les intérêts du commerce au-dessus des droits de l'homme. La coopération internationale contribuera à éliminer les disparités. Le haut degré de qualité des soins devrait être l'un des objectifs cruciaux de l'Alliance mondiale.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) dit que le nombre croissant de patients dans le monde, victimes d'événements indésirables survenus en milieu médical, est une menace planétaire pour la sécurité des patients. Une étude menée en Thaïlande auprès de personnes traitées dans deux hôpitaux publics a mis en évidence un taux de prévalence de 10 % d'effets indésirables. Les initiatives conduites dans certains hôpitaux ont notamment porté sur la gestion des risques, les précautions sécuritaires et la notification obligatoire de tous les effets indésirables. L'Institut d'Accréditation des Hôpitaux de Thaïlande a offert un lieu de coopération à tous les protagonistes associés à l'amélioration des prestations de santé, et notamment à la sécurité des patients. Les victimes et parents de personnes décédées ont bénéficié d'un régime d'indemnisation public. Il recommande de mettre en place, au sein de l'Organisation, un mécanisme permettant d'attester l'existence d'événements indésirables et invite les autres Etats Membres à adopter les méthodes de prévention utilisées en Thaïlande, à l'exception de l'assurance contre la faute professionnelle, qui est préjudiciable aux dépenses de santé en général.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) dit que la qualité des soins de santé et la sécurité des patients sont des priorités pour son Gouvernement. La publication du projet de directives OMS sur l'hygiène des mains en milieu médical offre un outil de santé publique, d'une utilisation pratique à tous les échelons du système de soins.¹

Les technologies de l'information ont sensiblement réduit le nombre d'erreurs médicales grâce au suivi informatisé des effets potentiellement indésirables des médicaments, une meilleure délivrance des produits et une surveillance plus rigoureuse des dossiers médicaux électroniques des patients, ainsi que les coûts relatifs aux soins de santé. La collecte des données, provenant notamment des pays en

¹ Document WHO/EIP/SPO/PS/05.2.

développement, requiert davantage d'efforts. Les mesures préconisées dans la résolution WHA55.18 nécessiteront des dépenses considérables, mais des partenariats tels que l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients et la collaboration entre les pays pourraient générer la synergie voulue pour agir. Son pays se réjouit de continuer à rechercher avec l'OMS une conception de la qualité des soins et de la sécurité des patients reposant sur des données factuelles, et des systèmes d'assurance de la qualité correspondant aux spécificités nationales des milieux médicaux.

Mme GILDERS (Canada) dit que son Gouvernement a récemment créé l'Institut canadien pour la Sécurité des Patients, auquel il a confié le soin d'encadrer la mise en place de bases de connaissances, normes, outils et codes de pratique en rapport avec la sécurité des patients. Le Québec a adopté une loi exigeant le suivi des manifestations indésirables survenues dans les services de soins de santé et encourageant la promotion des meilleures pratiques. Son Gouvernement continuera de s'associer aux travaux de l'OMS et des pays partenaires à cet égard.

Le Dr DING Baoguo (Chine) dit que son pays s'efforce d'améliorer son système de soins de santé du point de vue de la surveillance, du partage d'informations et de la responsabilité médicale. L'adoption de nouvelles lois et réglementations permettrait de l'affiner davantage. Les normes applicables aux soins hospitaliers sont revues à la hausse. Il se réjouit de la coopération future entre le Secrétariat et les Etats Membres dans le domaine de la sécurité des patients.

Le Dr FERGUSON (Conseil international des Infirmières), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, déclare que l'organisation qu'elle représente s'emploie activement à améliorer la sécurité des patients. Elle se félicite de l'accent mis sur des points tels que l'hygiène des mains, qui concerne les agents de santé et les patients, leurs proches et le grand public. Elle s'engage à oeuvrer avec l'OMS, les principaux partenaires et les associations membres du Conseil pour mieux protéger les patients. A cet égard, le personnel infirmier devrait être habilité à participer pleinement aux forums de discussion sur le sujet, organisés aux plans local, régional, national et mondial. Il devrait y avoir un moyen plus transparent de choisir les futurs thèmes du Défi mondial pour la sécurité des patients, lesquels devraient être d'actualité pour tous les agents de santé. Elle a interrogé le Secrétariat sur la façon dont les organisations non gouvernementales devraient participer au processus de sélection. Il est essentiel de comprendre comment la taxonomie de la sécurité des patients et les conclusions des recherches mentionnées dans le rapport affecteront la prise de décisions cliniques concernant l'évaluation des risques. Les informations recueillies grâce à la collecte systématique des données doivent servir à améliorer les services, pas à incriminer qui que ce soit.

Le Dr NAGEL (Fédération internationale du Génie médical et biologique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'organisation qu'il représente coopère étroitement avec l'OMS dans le domaine des technologies sanitaires essentielles ; cette coopération concerne plus particulièrement la stratégie et la planification, la qualité et la sécurité, les normes et critères de référence, la gestion des technologies, l'éducation et le renforcement des capacités. La Fédération réunit les spécialistes mondiaux du génie médical clinique et biologique au service de la promotion de la santé et de la qualité de la vie grâce à l'utilisation des technologies. Elle contribue pleinement aux travaux de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients. Elle organise aussi des colloques en la matière et fait partie de l'équipe spéciale chargée des technologies de la santé auprès de la « World Standards Cooperation » [Coopération en matière de normes mondiales] ; cette équipe encourage la recherche en génie biomédical et clinique se rapportant à la sécurité des patients, l'évaluation et la gestion des technologies de la santé, ainsi que des activités de formation. Le rapport du Secrétariat orientera les activités futures de façon à réaliser les objectifs de la résolution WHA55.18. La proposition d'incorporer la technologie et l'éducation pour la sécurité des patients comme nouveaux domaines d'activités en 2006-2007 arrive à point nommé. Les méthodes de simulation, la robotique et l'automatisation figurent parmi les initiatives du génie biomédical et clinique qui sont de nature à réduire les risques pour les patients. Toutes les technologies médicales et sanitaires méritent d'être

incorporées dans cette catégorie. La composante éducative pourrait englober des mesures d'assurance de la qualité, en particulier pour ce qui est de la formation et de la certification des ingénieurs biomédicaux.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) se félicite des suggestions constructives concernant les plans futurs de l'Alliance. La question des ressources humaines relatives à la santé, mentionnée par le délégué du Kenya, est en cours d'examen par la Commission A.

Sir Liam DONALDSON (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord), s'exprimant en qualité de Président de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, dit que l'Alliance s'est elle-même fixé comme défi de sécuriser au maximum les soins de santé dans les meilleurs délais. Il rend hommage à la mémoire du Dr Lee, qui avait lancé l'Alliance en octobre 2004, en avait pris la tête et s'était engagé personnellement à servir cette cause. Au cours de l'année écoulée, l'Alliance a tenu des réunions dans cinq Régions de l'OMS, animé 40 ateliers techniques et organisé des présentations dans 18 pays. Plus d'une cinquantaine d'Etats Membres ont participé activement à ses travaux dans le cadre d'ateliers de formation régionaux, d'activités nationales, de mesures de renforcement des capacités, d'études pilotes et de groupes de travail techniques.

Plusieurs programmes ont été mis sur pied pour donner suite aux dispositions de la résolution WHA55.18. Le Défi mondial pour la sécurité des patients, axé sur le thème « A bonne hygiène, bons soins », a progressé rapidement depuis son lancement, en octobre 2005, et des campagnes nationales sont en cours dans le monde entier. Les directives OMS sur l'hygiène des mains en milieu médical ont été rédigées avec le concours de plus de 200 spécialistes, originaires de 20 pays. Les ministres de la santé de tous les Etats Membres ont été invités à réagir contre les infections nosocomiales ; 11 d'entre eux ont déjà promis de le faire. Le réseau baptisé Les patients pour la sécurité des patients fait intervenir des personnes victimes de tragédies provoquées par des soins dispensés dans de mauvaises conditions, et les membres de leur famille ; il comprend déjà 50 « parrains » qui défendent la sécurité des patients, l'objectif étant de porter leur nombre à 100 minimum. L'information et l'apprentissage pour améliorer la sécurité des patients représentent une forme d'action onéreuse, faisant largement appel aux technologies. Il importe de réunir les meilleures données possibles avant de concevoir des systèmes d'information et d'apprentissage. Etablir une taxonomie de la sécurité des patients est une initiative nouvelle et complexe. Dans d'autres industries à haut risque, comme l'aéronautique, ces taxonomies existent depuis longtemps et font l'objet d'une mise à jour périodique, d'où la nécessité de combler le retard en la matière. La recherche dans le domaine de la sécurité des patients a progressé au cours des deux dernières années grâce à la mise en place d'un conseil d'administration chargé d'orienter les priorités. La plupart des données concernant l'insécurité des soins prodigués émanent d'un petit nombre de pays et il y aurait lieu d'élargir les moyens scientifiques nécessaires. L'Alliance collabore étroitement avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale afin d'étudier la prévalence des effets indésirables survenus lors de soins hospitaliers dans huit Etats Membres. Cherchant à réduire les risques associés aux soins de santé et à améliorer les conditions de sécurité, l'OMS a, en 2005, désigné un centre collaborateur chargé de trouver des solutions en matière de sécurité des patients. Ce dernier envisage de proposer à tous les Etats Membres, au cours du premier semestre 2007, six solutions pertinentes testées sur le terrain.

Parmi les nouveaux domaines d'activités prévus figurent la technologie relative à la mise en place d'un programme pour la sécurité des patients, un programme portant sur la sécurité des patients et les soins aux malades en phase aiguë, un deuxième Défi mondial pour la sécurité des patients, ainsi que la désignation d'hôpitaux modèles destinés à promouvoir dans le monde entier les meilleures pratiques en matière de sécurité des patients. A ce jour, les réalisations sont conséquentes, mais il faudra encore introduire des modifications d'envergure.

Le PRESIDENT applaudit les rapides progrès accomplis.

La Commission prend note du rapport.

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

- **Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17)**

Le Dr D'ADESKY (Belgique) indique que son Gouvernement a déjà élaboré un plan national de cinq ans « Nutrition et santé » qui prévoit des mesures concrètes de promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique. Il vise la société civile et diverses parties prenantes, dont le secteur agricole, l'industrie de l'alimentation et de la distribution, les cuisines de collectivité, les secteurs médical et paramédical, les associations de consommateurs, le Comité national olympique et les autorités locales. Le plan a été l'aboutissement d'un processus de consultation d'un an. Il ne se limite pas à l'obésité et aux maladies chroniques mais porte également sur d'autres problèmes nutritionnels importants en santé publique, notamment la malnutrition chez les personnes âgées et les carences en iode, en calcium et en vitamines, y compris en vitamine D. Les mesures proposées pour lutter contre l'obésité ont pour but de transmettre un message positif au consommateur en ce qui concerne son alimentation plutôt que de le culpabiliser vis-à-vis de la prise de certains aliments.

M. BALL (Canada) déclare que son pays soutient énergiquement la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et a lui-même élaboré une stratégie nationale intersectorielle en matière de modes de vie sains. Soutenue par les ministres de la santé fédéraux, des provinces et des territoires et mise en oeuvre par l'industrie alimentaire canadienne, cette stratégie très complète met l'accent sur une alimentation saine et sur l'exercice physique. L'intervenant encourage les Etats Membres à considérer la Stratégie mondiale comme prioritaire pour prévenir les maladies chroniques. Le renforcement des systèmes de santé publique offrira des moyens supplémentaires aux services de prévention des maladies et de promotion de la santé, notamment en ce qui concerne l'alimentation et l'exercice physique. Le Canada s'est engagé en faveur de la Stratégie mondiale en apportant un soutien technique aux autres Etats Membres. Le Secrétariat devrait continuer à renforcer les dispositifs permettant de mettre en commun des données d'expérience et les compétences dans ce domaine.

Mme HESSEL (Danemark), s'exprimant au nom des pays nordiques, le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, dit que la Stratégie mondiale a été rendue nécessaire par la charge croissante que représentent les maladies non transmissibles. La progression inquiétante de l'obésité, en particulier chez les enfants et les adolescents, exige une action concertée. L'obésité, la sédentarité et une alimentation déséquilibrée sont des facteurs de risque communs à toute une série de maladies chroniques rares, ce qui contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité partout dans le monde. Ces facteurs ne relèvent pas uniquement de la responsabilité individuelle. Parce que les gens sont enclins à certaines habitudes de vie et à certains comportements préjudiciables pour la santé, la société doit offrir des solutions saines et d'un coût abordable. Elle se félicite donc des initiatives prises par l'OMS pour limiter la commercialisation auprès des enfants de boissons et d'aliments préjudiciables à la santé.

Le Bureau régional de l'Europe a adopté deux initiatives importantes : l'élaboration d'une stratégie complète de lutte contre les maladies non transmissibles, soumise au Comité régional, et l'organisation de la Conférence ministérielle de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), qui devait examiner une charte de lutte contre l'obésité. Les mesures prises par les institutions des Nations Unies, l'interaction avec le secteur privé et l'appui aux activités régionales sont des aspects importants de la Stratégie mondiale.

L'obésité doit occuper un rang élevé de priorité dans l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé, mais la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale a été limitée faute de ressources. Le rapport de situation déplore au paragraphe 9 l'insuffisance des investissements dans la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles au niveau local comme au niveau mondial. Les pays nordiques

s'attendent à ce que des allocations de ressources appropriées à la Stratégie mondiale figurent dans le plan stratégique à moyen terme et le prochain budget programme.

Mme MTHEMBU (Afrique du Sud) rappelle que son Gouvernement a mis en place une série de mesures pour appliquer la Stratégie mondiale. Les recommandations sud-africaines en matière d'alimentation s'en inspirent et s'appuient sur une éducation et une information du public ; les établissements de restauration rapide ont réagi en proposant à leurs clients des menus santé. Les réglementations visant à limiter auprès des enfants la commercialisation d'aliments non essentiels et la publicité en leur faveur sont en voie d'achèvement.

S'il entre dans le mandat du Codex Alimentarius de protéger la santé des consommateurs et de garantir des pratiques commerciales équitables, on n'a jamais considéré qu'il s'agissait de rechercher une santé optimale. Ce critère devrait donc être prévu dans la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale et dans la lutte contre les maladies chroniques liées aux modes de vie. En 2004-2005, les efforts visant à promouvoir l'activité physique ont été concentrés sur la mobilisation des communautés et de partenariats multisectoriels. Une charte sur l'exercice physique et la santé des enfants et des jeunes d'Afrique du Sud a ainsi été élaborée.

Le Dr CAMPBELL (Nouvelle-Zélande), notant l'importance de la Stratégie mondiale, demande au Secrétariat de fournir régulièrement à l'Assemblée de la Santé un rapport de situation sur son application tous les deux ans.

Le Dr COOMBS (Jamaïque), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, constate la nécessité d'apporter un soutien financier accru à la Stratégie mondiale. Il se félicite du rapport de l'OMS sur la prévention des maladies chroniques,¹ qui rappelle la menace grave et persistante que constituent les maladies chroniques et note qu'elles pourraient provoquer plus de 380 millions de décès au cours des dix prochaines années. La transition épidémiologique que connaît la région des Caraïbes fait que les maladies chroniques deviennent les principales causes de mortalité et de morbidité, l'obésité et la surcharge pondérale étant courantes, en particulier parmi les femmes. Les pays des Caraïbes ont commencé à mettre en oeuvre la Stratégie mondiale en élaborant des politiques et des plans stratégiques nationaux. Il faudrait insister davantage sur l'exercice physique. Il remercie de leur soutien technique et financier l'OPS, l'Institut des Caraïbes pour l'Alimentation et la Nutrition et d'autres partenaires.

A la suite d'un atelier régional organisé au Costa Rica sur la Stratégie mondiale, les pays des Caraïbes élaboreront des plans nationaux en se fondant sur les programmes de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé existants dans le cadre d'une collaboration intersectorielle. Un comité d'orientation régional et des groupes d'appui techniques ont également été créés, et les pays des Caraïbes sont en train de répondre à une invitation à soumettre des plans de pays pour obtenir des fonds limités par l'intermédiaire de l'OPS.

M. PALU (Australie) reconnaît la forte charge de morbidité entraînée par l'obésité et par les maladies non transmissibles, en particulier dans la région du Pacifique, et l'importance d'une alimentation saine et de l'activité physique. L'Australie, ardent défenseur de la Stratégie mondiale, soutient l'approche OMS par étapes (STEPwise) de la surveillance des maladies non transmissibles, qui a permis d'obtenir des données sur les facteurs de risque dans la région du Pacifique. L'Australie soutient également la mise en oeuvre de la Stratégie mondiale dans la Région du Pacifique occidental. M. Palu encourage les Etats Membres à étudier des formes de collaboration entre les divers secteurs. Le Gouvernement australien ainsi que l'Australian Food and Grocery Council collaborent en matière de nutrition de l'enfant et dans le cadre d'une enquête nationale sur l'exercice physique.

¹ Organisation mondiale de la Santé, *La prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, 2005.

M. LUCES (République bolivarienne du Venezuela) insiste sur l'importance d'une bonne alimentation et de l'exercice physique. Moyennant une publicité agressive, on a favorisé des modèles de consommation et une alimentation préjudiciables à la santé, provoquant ainsi une augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies chroniques. Les Etats doivent rejeter ces modèles et les pays développés, considérés comme la source de ces mauvaises habitudes alimentaires, doivent prendre des mesures. Son pays est en train de finaliser des politiques en matière d'alimentation et d'activité physique et met en oeuvre des programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité dans ce domaine.

La Mission Mercal (un programme de commercialisation des produits alimentaires) propose une réduction de 40 % sur les produits alimentaires à l'ensemble de la population, encourageant une alimentation de qualité mais abordable, en particulier dans les couches sociales marginalisées. Les centres de distribution d'aliments se situent dans les zones défavorisées. Les écoles assurent des programmes d'aide nutritionnelle aux élèves. Le Ministère de l'Alimentation est chargé d'élaborer et de contrôler toutes les politiques et les procédures ayant trait aux produits alimentaires. L'équilibre nutritionnel fait partie d'une politique stratégique dans le cadre des programmes sociaux et de sécurité alimentaire.

M. VAN DER HEIDEN (Pays-Bas) fait savoir que, par le biais de la Stratégie européenne, son pays est pleinement engagé en faveur de la Stratégie mondiale et qu'il prévoit de participer à la Conférence ministérielle de l'OMS sur la lutte contre l'obésité en novembre 2006. Il se félicite du rapport de situation mais craint qu'on accorde trop d'importance à la nutrition et à la collaboration avec le secteur privé. L'exercice physique est également important et aide à prévenir toute une série de maladies, dont celles visées par la Stratégie mondiale. L'exercice physique devrait être considéré dans le cadre de secteurs comme les transports, l'aménagement du territoire, l'éducation et l'économie. Il faudrait insister sur un changement de mode de vie dans l'élaboration des stratégies nationales.

Le Dr PUANGPEN CHANPRASERT (Thaïlande) dit qu'une campagne nationale a été instituée en 2002 à la suite de la Journée mondiale de la Santé, qui avait pour thème « Pour votre santé, bougez ». L'exercice physique fait l'objet d'une large promotion en Thaïlande. La santé a été l'un des thèmes retenus au niveau national en 2004, l'accent étant mis en particulier sur l'exercice physique et la sécurité sanitaire des aliments. La prise de conscience de la nécessité de faire de l'exercice a encouragé la pratique d'une activité physique dans la plupart des communautés au moyen de clubs. La prévalence de la surcharge pondérale chez les écoliers a atteint 15 % et des campagnes sont en cours pour promouvoir le lait et des aliments sans sucre à leur intention. Les organismes publics, les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les organes administratifs locaux, la société civile et les communautés coopèrent afin d'accélérer la promotion de la santé pour tous.

Le Dr KAKAR (Afghanistan) reconnaît l'utilité de la Stratégie mondiale. Dans son pays, les huiles végétales pressées à froid, bonnes pour la santé et utilisées depuis des siècles, sont remplacées par les graisses hydrogénées du commerce. En raison de la forte association entre ces graisses et les cardiopathies, l'Afghanistan prévoit une campagne d'information sur les risques que présente leur consommation et souhaiterait recevoir l'appui technique de l'OMS à la mise en oeuvre de cette politique. Concernant l'application de la résolution WHA57.17, l'OMS devrait sensibiliser davantage le public au niveau mondial à la nocivité des graisses hydrogénées.

Le Dr BEAGLEHOLE (Maladies chroniques et promotion de la santé) a bien pris note des suggestions concernant la promotion de l'exercice physique et le fait d'associer les activités concernant l'alimentation et l'exercice physique et la lutte antitabac. Répondant au délégué du Danemark, il explique que l'OMS ne recommande pas de limiter les opérations de commercialisation d'aliments et de boissons auprès des enfants, même si ce point a fait l'objet d'une réunion technique. Les bureaux régionaux de l'OMS préparent tous actuellement des stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles.

- **Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe (résolution WHA58.1)**

M. RAMOTSOARI (Lesotho), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que sa Région continue d'être la plus touchée par des catastrophes naturelles ou dues à l'homme. Les pays d'Afrique australe et de la Corne de l'Afrique sont confrontés à la triple menace de la pénurie alimentaire, d'une prévalence croissante du VIH/SIDA et des catastrophes naturelles, tandis que la Région des Grands Lacs et l'Afrique de l'Ouest sont confrontées à des situations d'urgence humanitaire complexes. La malnutrition et les maladies courantes comme la diarrhée, le paludisme, la rougeole et les infections respiratoires sont les principales menaces pour la santé.

Le Bureau régional de l'Afrique, soutenu par ses partenaires, a rapatrié des réfugiés burundais, lancé, avec le FNUAP en République démocratique du Congo et au Libéria, deux projets sur la violence sexiste en situation de crise, entrepris une enquête de mortalité dans le nord de l'Ouganda, introduit un système d'alerte précoce pour la nutrition et les épidémies au Tchad et au Niger, évalué la gravité des effets de la sécheresse au Kenya, en Erythrée et en Ethiopie et organisé de nombreuses séances régionales de formation.

La Région africaine doit faire face à un manque de plans de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, au manque de moyens humains et financiers à l'appui de ces plans, et au manque de coordination de ces activités entre l'OMS et d'autres organisations internationales. Il invite instamment le Secrétariat à aider les Etats Membres à élaborer des plans de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours et à rendre compte des mesures prises à cet égard, notamment en matière d'évaluation des besoins, de coordination des activités sanitaires et d'amélioration des capacités des différents partenaires.

- **Lutte contre la trypanosomiase humaine africaine (résolution WHA57.2)**

Mme GUSTIN (Belgique), exprimant son inquiétude au sujet de la situation de la trypanosomiase humaine africaine, fait observer que les recherches menées à l'Institut de Médecine tropicale d'Anvers et ailleurs font partie de la contribution qu'apporte la Belgique à la recherche sur la maladie et à la lutte contre celle-ci dans les pays touchés. Elle se félicite de la baisse annuelle non négligeable du nombre de cas nouveaux mais rappelle que les derniers stades de la lutte contre une maladie quelle qu'elle soit sont les plus difficiles. L'OMS intervient notamment dans le cadre du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, en faveur duquel elle sollicite un appui accru, car il fournit des outils moins coûteux et plus faciles d'emploi pour le dépistage des cas, le diagnostic et le traitement.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) se félicite des progrès accomplis dans la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine et sa surveillance. On dispose désormais d'informations complètes sur le génome et protéome de *Trypanosoma cruzi*, qui pourraient permettre d'adopter des méthodes de vaccinologie inverse. Or le vaccin anti-trypanosomiase humaine africaine est considéré comme dirigé contre une protozoose négligée en raison des règles appliquées par les principaux organismes de réglementation des produits de santé en Europe et au Japon, et aux Etats-Unis d'Amérique où la législation accorde le statut de maladies orphelines aux affections qui touchent moins de 200 000 citoyens américains ou qui n'offrent pas un potentiel de retour sur investissement au niveau national. En Europe ou au Japon, le statut de maladie orpheline suppose une prévalence de moins de 5 pour 10 000 et 2,5 pour 10 000 habitants respectivement. La recherche sur la production de vaccins contre la trypanosomiase humaine africaine a donc été négligée, et il encourage l'OMS à prendre des mesures en conséquence.

Le Dr ISHIDA (Japon) constate les bons résultats obtenus par la stratégie de l'OMS pour l'éradication de la trypanosomiase humaine africaine. En raison de la nature sporadique des flambées, il conviendrait de renforcer la prévision des épidémies reposant sur un suivi adapté associé à des activités de surveillance et d'évaluation. La mise au point d'outils diagnostiques simples et efficaces,

de schémas parasitocides actifs et sans danger, ainsi que les ressources humaines sont les principaux enjeux, comme l'indique la déclaration du Sommet d'Okinawa de juillet 2000 sur la lutte contre les maladies parasitaires.

Le Japon mène des projets techniques bilatéraux sur la lutte internationale contre les maladies parasitaires au Ghana, au Kenya et en Thaïlande. Des programmes de développement des ressources humaines ont été mis sur pied au Ghana et au Kenya, et les personnels de santé du Botswana, du Malawi, de l'Ouganda, de Zanzibar (République-Unie de Tanzanie) et de Zambie, où la trypanosomiase humaine africaine est encore endémique, ont été invités à y participer. Conformément à sa politique sanitaire internationale, le Japon continuera à promouvoir de telles activités en étroite collaboration avec les bailleurs de fonds nationaux et internationaux.

M. MUTOMB MUJING (République démocratique du Congo), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la trypanosomiase humaine africaine demeure une maladie tropicale négligée et constitue un problème de santé publique, dont l'éradication exigera un soutien politique et technique accru. C'est l'un des principaux facteurs qui compromet le développement de la Région et aggrave la pauvreté dans les zones d'endémie et qui a de graves conséquences tant pour l'homme que pour l'animal : les animaux infectés ne peuvent en effet plus travailler dans les champs et leur viande ne peut plus être consommée.

On a beaucoup fait pour lutter contre la maladie. Le partenariat mis en place entre l'OMS et le secteur privé a résolu le problème du financement, celui de l'absence de coordination et de normalisation des méthodes et celui des ruptures d'approvisionnement en médicaments. Il a permis de développer les capacités nationales et d'utiliser des outils adaptés pour le dépistage actif des cas. L'engagement de l'OMS a permis de mieux sensibiliser la communauté internationale et les pays d'endémie et de renforcer la surveillance et les mesures de prévention concernant la mouche tsé-tsé.

L'éradication reste un but éloigné. Il faudrait en priorité s'efforcer de rayer la trypanosomiase humaine africaine de la catégorie des maladies tropicales négligées. C'est pourquoi M. Mutomb Mujing est favorable à la poursuite de la mise en oeuvre des résolutions de l'Assemblée de la Santé, encourage l'OMS et ses partenaires à mobiliser des ressources pour utiliser les connaissances scientifiques afin d'améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement, et mettre au point des médicaments plus efficaces et moins toxiques par voie orale. Il rappelle les responsabilités des Etats où la maladie est endémique énoncées lors de la campagne panafricaine d'éradication de la mouche tsé-tsé et de la trypanosomiase de l'Union africaine, à savoir : création d'un centre régional chargé de coordonner les programmes de sensibilisation, recherche opérationnelle et harmonisation internationale, allocation de ressources financières et organisation d'un suivi de terrain, de la prévention et des soins et de visites dans les zones instables, et utilisation de pièges imprégnés d'insecticide ou d'appâts.

M. SESS ESSIAGNE (Côte d'Ivoire) se félicite des efforts menés par l'OMS pour éliminer la trypanosomiase. Depuis 1981, la Côte d'Ivoire a accumulé des connaissances spécialisées à l'Institut Pierre Richet dans le cadre d'un programme national de recherche clinique, permettant au pays de coordonner la lutte contre la maladie en Afrique de l'Ouest, avec la coopération de l'OMS et de divers pays partenaires. La Côte d'Ivoire forme des fonctionnaires responsables des programmes de lutte et, sous la supervision de l'OMS, les pays africains ont mis sur pied un réseau de surveillance. Divers programmes nationaux ont souvent recours à son expertise très large, notamment dans le domaine de la recherche opérationnelle. C'est pourquoi son pays souhaite jouer un rôle direct en créant un centre régional d'excellence sur la trypanosomiase, plus efficace qu'un simple réseau, et qui encouragerait l'échange d'informations et la coordination. Il réaffirme son soutien à la mise en oeuvre de la résolution WHA57.2 et à l'adoption de la déclaration africaine sur la trypanosomiase.

Le Dr SAVIOLI (Lutte contre les maladies tropicales négligées), se félicitant de l'engagement continu contre la trypanosomiase, confirme que des progrès importants ont été réalisés au cours des deux années écoulées, ce qui s'est traduit par une baisse du nombre de cas, celui-ci se situant désormais entre 50 000 et 70 000. Le principal défi consiste aujourd'hui à sensibiliser davantage le

public et à maintenir l'effort en vue de l'élimination de la maladie. Il est conscient qu'il est nécessaire de développer la recherche et de mettre au point de nouveaux outils de lutte, notamment de nouveaux médicaments et méthodes diagnostiques. Le Secrétariat négocie actuellement une prolongation du partenariat public avec Sanofi-Aventis.

Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 11.13 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R6 et annexe 4, et A59/19) (reprise)

Le PRESIDENT rappelle qu'un groupe informel a examiné les propositions d'amendements au projet de résolution. Aucun texte n'a été supprimé à l'exception d'une modification rédactionnelle pour éviter une répétition. Les amendements proposés sont les suivants : au paragraphe 1.1), après les mots « renforcement des capacités de recherche », ajouter les mots « ce qui pourrait comprendre des efforts ». Les paragraphes 1.2), 1.5), 1.6), 1.7), 1.8) et 1.9) seront incorporés dans un paragraphe 1.1) révisé.

Il faudrait ajouter un nouveau paragraphe 3.1) qui se lirait comme suit : « de définir clairement le rôle et les fonctions de l'OMS en matière de recherche en santé par rapport à ceux des autres acteurs sur la base de la consultation prolongée menée à l'Organisation et avec des partenaires extérieurs ; ». Le paragraphe 3.14) devrait être déplacé et être renuméroté 3.2), en supprimant les mots « la gestion et ». Le paragraphe 3.1) deviendrait le paragraphe 3.3), sous réserve de la suppression des mots « servant à prendre des décisions fondées sur des données factuelles », afin d'éviter une répétition. Le paragraphe 3.2) deviendrait le paragraphe 3.4) et l'on ajouterait les termes suivants à la fin : « ce qui améliorerait notamment la transparence ». Après l'ancien paragraphe 3.7), un nouveau paragraphe serait ajouté : « d'envisager les éléments suivants lors de l'élaboration de la stratégie ». Les paragraphes 3.8), 3.9), 3.10), 3.11), 3.12) et 3.13) existants seront intégrés dans un nouveau paragraphe.

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

Mme TOR-DE TARLÉ (France) dit avoir du mal à s'y retrouver dans le nouveau projet. Il serait utile que les délégués puissent disposer du nouveau texte par écrit, sans quoi l'Union européenne ne sera pas en mesure de prendre position.

Le Dr HOLCK (Secrétaire) répond que, faute de temps suffisant pour produire le texte dans les six langues, il lui semble que la seule solution est de reporter l'examen du projet de résolution.

M. SOLOMON (Bureau du Conseiller juridique) explique que l'on a deux possibilités. La question pourrait être inscrite à l'ordre du jour provisoire de la prochaine Assemblée de la Santé, en vertu de l'article 5.b) du Règlement intérieur de celle-ci. Ou bien le point pourrait être inscrit à l'ordre du jour provisoire de la prochaine session pertinente du Conseil exécutif en vertu de l'article 9.a) du Règlement intérieur de celui-ci. Il existe des précédents de renvoi de points à la session ordinaire suivante du Conseil exécutif, ce qui serait une étape logique. Le renvoi de points à l'Assemblée de la Santé risque de retarder la reprise des travaux d'un an.

M. MÄUSEZAHN (Suisse) fait observer que, compte tenu du travail effectué sur le projet de résolution depuis trois ans, et étant donné que les modifications apportées au texte sont mineures, il serait dommage de ne pas en établir la version finale à la présente session.

Mme TOR-DE TARLÉ (France) demande au Président s'il dispose d'un texte écrit qui pourrait être examiné avant toute réponse.

Le Dr PUNZET (Autriche) dit que l'Union européenne et ses Etats Membres, qui ont participé activement à la consultation électronique qui a précédé la rédaction du projet de résolution, s'en tiennent à leurs contributions. Les nombreux amendements ultérieurs proposés méritent un examen

attentif. Il faut donc pouvoir disposer de plus de temps, et elle invite donc instamment le Président à ne pas pousser à l'adoption du projet de résolution, mais plutôt à le transmettre au Conseil exécutif pour examen à sa session de janvier 2007.

Mme HEFFORD (Australie), s'exprimant en qualité de membre du groupe de rédaction et soutenu par M. MÄUSEZAHN (Suisse), estime que, puisque les membres de la Commission n'ont pas eu assez de temps pour s'expliquer convenablement, la meilleure solution serait de suivre la recommandation tendant à renvoyer l'examen du projet de résolution à la session de janvier 2007 du Conseil.

Il en est ainsi décidé.

La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation : Point 11.15 de l'ordre du jour (documents EB117/2006/REC/1, résolution EB117.R9 et annexe 4, et A59/21) (suite de la quatrième séance, section 3)

Le Dr HOLCK (Secrétaire) avait espéré que l'on pourrait disposer du texte révisé tenant compte des amendements proposés dans les six langues. Or si certaines versions sont prêtes et imprimées, d'autres versions linguistiques ne sont malheureusement pas tout à fait terminées. En d'autres termes, le document ne sera pas disponible dans les six langues pour pouvoir être examiné par la Commission.

M. SOLOMON (Bureau du Conseiller juridique) indique que l'on peut donc soit renvoyer le point au Conseil exécutif, qui le traitera à sa discrétion, soit le renvoyer à la prochaine Assemblée de la Santé en 2007.

M. ABDOO (Etats-Unis d'Amérique) propose que la question soit renvoyée au Conseil exécutif pour examen à sa session de janvier 2007.

Il en est ainsi décidé.

3. TROISIEME RAPPORT DE LA COMMISSION B

Le PRESIDENT donne lecture du projet de troisième rapport de la Commission B.

Le rapport est adopté.¹

4. CLOTURE DES TRAVAUX

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare que la Commission B a terminé ses travaux.

La séance est levée à 11 h 50.

¹ Voir p. 288.