

COMMISSION A

PREMIÈRE SÉANCE

Mardi 15 mai 2007, 10 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

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

Le PRÉSIDENT souhaite la bienvenue aux participants et présente le Dr Antezana Aranibar et M. Shiraliyev, les deux membres du Conseil exécutif qui feront rapport sur les opinions exprimées par le Conseil sur chacun des points de l'ordre du jour dont est saisie la Commission ;¹ ils exprimeront donc les opinions du Conseil et non celles de leur Gouvernement.

Le Président appelle l'attention de la Commission sur les propositions présentées par la Commission des Désignations.²

Décision : La Commission A élit le Dr A. Balbisi (Jordanie) et le Professeur Eng Huot (Cambodge) Vice-Présidents et le Dr A. Fúnez (Honduras) Rapporteur.³

(Pour la suite des débats, voir le procès-verbal de la deuxième séance de la Commission, section 1.)

2. ORGANISATION DES TRAVAUX

Le PRÉSIDENT fait observer que l'ordre du jour est très chargé et demande aux délégués de limiter la longueur de leurs interventions à trois minutes. En réponse à une question du Dr EL SAYED (Égypte), il confirme qu'il sera accordé plus de temps aux délégués prenant la parole au nom d'un groupe de pays.

M. HOFMANN (Allemagne), prenant la parole au nom des États Membres de l'Union européenne, note que la Communauté européenne et les États Membres de l'Union européenne ont une compétence partagée pour un certain nombre de questions à l'ordre du jour de la Commission. Il demande donc que, conformément à l'article 48 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé, la Commission européenne participe sans voter, en qualité d'observateur, aux réunions des sous-comités et subdivisions de la Commission A où seront abordés les points 12.1 à 12.21 inclus de l'ordre du jour.

Il en est ainsi convenu.

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

² Voir p. 351.

³ Décision WHA60(4).

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour

Grippe aviaire et grippe pandémique : Point 12.1 de l'ordre du jour

- **Faits nouveaux, action et suivi** (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R7, et A60/7)
- **Application du Règlement sanitaire international (2005)** (document A60/8)
- **Meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux et des données sur le séquençage** (document A60/INF.DOC./1)

Le PRÉSIDENT, faisant référence au projet de résolution recommandé pour adoption dans la résolution EB120.R7, note qu'il a été soumis deux projets de résolution sur le même point. Le premier, proposé par la délégation des États-Unis d'Amérique, se lit comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la grippe aviaire et la grippe pandémique : application du Règlement sanitaire international (2005) ;¹

Rappelant les résolutions WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international, WHA58.5 sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, et WHA59.2 sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant en particulier que, dans la résolution WHA59.2, le Directeur général a été invité à collaborer avec les États Membres afin de mettre en place la capacité d'action de santé publique face au risque de grippe aviaire et de grippe pandémique, de constituer des stocks raisonnables des médicaments nécessaires, de faciliter, en collaboration avec les partenaires internationaux, la mise au point et la production commerciale de vaccins contre la grippe aviaire et la grippe pandémique ; et de chercher immédiatement des solutions pour réduire l'actuelle pénurie de vaccins antigrippaux dans le monde, rendre leur accès plus équitable et faire en sorte qu'ils soient plus abordables financièrement pendant les épidémies comme en cas de pandémie ;

Reconnaissant le rôle crucial que joue l'accès immédiat et direct aux virus grippaux dans le renforcement de la sécurité sanitaire pour l'être humain et réaffirmant, comme l'a instamment souligné la résolution WHA59.2, la nécessité fondamentale pour les États Membres de diffuser aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes en temps utile et régulièrement ;

Reconnaissant d'autre part que l'incapacité des États Membres à fournir toutes les informations requises par l'OMS menace la sécurité sanitaire dans le monde en empêchant l'évaluation des risques et en réduisant les chances de succès des interventions préventives à l'approche d'une pandémie ;

Constatant la préoccupation croissante des États Membres face à l'évolution de la flambée sans précédent de grippe aviaire due à la souche H5N1 du virus grippal, qui représente une menace potentiellement grave pour la santé humaine et la sécurité dans tous les pays ;

Prenant note du plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour accroître l'approvisionnement en vaccins, et son objectif consistant à réduire l'écart entre la demande potentielle de vaccins et l'offre prévue en cas de pandémie de grippe en augmentant à moyen et à long terme l'offre de vaccins contre la grippe pandémique ;²

¹ Document A60/8.

² Document WHO/IVB/06.13-WHO/ODS/EPR/GIP/2006.1.

Soucieuse de renforcer l'appui aux États Membres pour riposter à des événements mettant en cause la grippe aviaire ou la grippe pandémique en donnant accès en temps utile à des vaccins sûrs et efficaces contre la grippe pandémique pour les pays en développement touchés qui pourraient ne pas avoir de capacité de production de vaccin antigrippal ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à répondre à la nécessité à court terme d'avoir accès à des vaccins mis au point avant et pendant une pandémie en appuyant et renforçant les mécanismes, y compris les stocks de vaccins candidats contre le virus H5N1, pour élargir l'accès aux vaccins en faveur des pays en développement qui n'ont pas de capacité de production de vaccin antigrippal, par divers moyens, y compris, mais pas uniquement, par un appui technique et financier ou des dons en nature ;
- 2) à renforcer la capacité de leurs autorités nationales de réglementation d'appliquer de manière efficiente et efficace les mesures nécessaires pour garantir l'approbation rapide de vaccins candidats sûrs et efficaces contre la grippe à utiliser avant et pendant une pandémie ;
- 3) à continuer d'échanger sans restriction des virus grippaux avec les centres collaborateurs de l'OMS et les laboratoires de référence pour les virus H5 en temps utile et régulièrement afin d'évaluer les risques et de mettre au point des vaccins candidats à utiliser avant et pendant une pandémie ;
- 4) à formuler des politiques relatives aux vaccins antigrippaux dans le cadre de leurs plans nationaux de préparation à une pandémie de grippe ;
- 5) à s'employer à développer sur leur territoire la capacité nécessaire de surveillance, de production de vaccins et de stratégies de distribution ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de mobiliser un appui technique et financier auprès des États Membres, des fabricants de vaccins, des banques de développement, des organisations caritatives et des donateurs privés pour aider à créer un stock sûr et efficace de vaccins contre le virus grippal H5N1 ;
- 2) de concevoir des mécanismes destinés à donner plus largement accès au vaccin antigrippal, en particulier pour les pays en développement qui n'ont pas de capacité de production de vaccins ;
- 3) de promouvoir l'accès le plus large possible à des produits tels que des vaccins contre la grippe pandémique issus de la recherche sur les virus grippaux, y compris la souche H5N1 ;
- 4) de désigner un groupe de travail ad hoc de l'OMS chargé de donner des avis aux États Membres et au Directeur général sur :
 - a) la taille optimale d'un stock de vaccins candidats contre le virus H5N1 ;
 - b) les procédures opérationnelles, fondées sur des avis d'experts et des données factuelles, quant aux moyens les plus efficaces d'utiliser un tel stock de vaccins contre le virus H5N1 ;
 - c) les mécanismes destinés à promouvoir l'accès à un vaccin sûr et efficace contre la grippe pandémique ;
- 5) d'étudier les possibilités de création d'un stock de vaccins candidats contre le virus H5N1 à titre provisoire, en attendant l'achèvement du rapport du groupe de travail mentionné au paragraphe 4), afin de développer l'accès à un vaccin sûr et efficace contre le virus H5N1 et garantir une souplesse maximale pour l'entretien, le contrôle et l'utilisation de ce stock ;
- 6) d'achever la rédaction des lignes directrices de l'OMS sur la préparation réglementaire concernant les vaccins contre la grippe pandémique humaine ;
- 7) de fournir un appui technique aux États Membres qui en feront la demande pour accroître la capacité de mise au point et de production de vaccins et renforcer leurs

dispositifs réglementaires d'autorisation de mise sur le marché et d'approbation de vaccins sûrs et efficaces contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique ;

8) de faciliter une répartition régionale plus large et plus équitable de la capacité de production de vaccin antigrippal et le développement de la capacité de production de vaccins contre la grippe pandémique en donnant l'impulsion pour la mise en œuvre du plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour accroître l'approvisionnement en vaccins, en privilégiant les activités qui aideront à donner plus largement accès aux vaccins contre la grippe pandémique dans les pays en développement et d'autres pays qui n'ont pas de capacité de fabrication locale ;

9) de définir et recommander les options possibles pour promouvoir l'accessibilité à tous d'un vaccin contre la grippe pandémique et prêter un appui à leur mise en œuvre, le cas échéant, par exemple en mobilisant des financements suffisants pour la recherche et le développement concernant ce type de vaccin ;

10) de continuer à collaborer avec les États Membres pour faire des études sur la charge de morbidité afin de déterminer si le vaccin contre la grippe saisonnière devrait être introduit dans leurs programmes nationaux de vaccination ;

11) de continuer d'étudier avec les États Membres la possibilité de transformer des établissements biologiques existants, tels que les laboratoires de production de vaccins à usage vétérinaire, afin de répondre aux normes fixées pour la mise au point et la production des vaccins humains, l'offre de vaccins contre la grippe pandémique se trouvant ainsi renforcée ;

12) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les conclusions du groupe de travail et l'application de la présente résolution.

Le second projet de résolution, proposé par les délégations de l'Algérie, de l'Arabie saoudite, du Brunéi Darussalam, de Cuba, des Iles Salomon, de l'Indonésie, de l'Iran (République islamique d'), de l'Iraq, de la Malaisie, des Maldives, du Myanmar, du Pérou, du Qatar, de la République démocratique populaire lao, de la République populaire démocratique de Corée, du Soudan et du Timor-Leste, se lit comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant étudié la Déclaration de Jakarta sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, et les recommandations de la Réunion de haut niveau sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant (Jakarta, 26-28 mars 2007) ;

Consciente que les pays industrialisés ont de plus grand moyens à leur disposition pour protéger leurs populations que les pays en développement qui manquent de fournitures médicales, dont les produits diagnostiques, les vaccins et les médicaments en quantité suffisante et à un prix abordable, et que cela empêche ceux qui en ont besoin d'y avoir accès, notamment dans les pays touchés qui ont apporté une contribution importante en fournissant les virus ;

Soulignant que l'évaluation mondiale du risque et la réaction à la menace de la grippe pandémique, y compris la grippe aviaire, impose des efforts concertés de la part des États Membres, des partenaires internationaux, dont les institutions du système des Nations Unies, des organismes donateurs, des fabricants et des organisations de la société civile ;

Saluant avec gratitude le rôle et la contribution des pays touchés pour leurs échanges volontaires de matériels fondamentaux pour la recherche, l'analyse et l'utilisation des virus et de leurs éléments constitutifs, dont les gènes, les séquences et les dérivés ; et reconnaissant qu'il faudrait aider les pays en développement à renforcer leurs capacités pour entreprendre la recherche, la mise au point et la production des vaccins, de façon à mieux garantir un approvisionnement suffisant, notamment en cas de pandémie ;

Soulignant le besoin de dispositifs internationaux transparents, justes et équitables pour la distribution en temps voulu de produits diagnostiques et de traitements à un prix abordable, dont les vaccins, à ceux qui en ont besoin, en particulier dans les pays en développement ;

Rappelant que la Convention sur la diversité biologique réaffirme que « les États ont des droits souverains sur leurs ressources biologiques », reconnaît que « le pouvoir de déterminer l'accès aux ressources génétiques appartient aux gouvernements et est régi par la législation nationale » et énonce que « l'accès, lorsqu'il est accordé, est régi par des conditions convenues d'un commun accord, soumis au consentement préalable donné en connaissance de cause de la Partie contractante qui fournit lesdites ressources ... » ;

Rappelant en outre que la Convention sur la diversité biologique reconnaît « le partage juste et équitable des résultats de la recherche et de la mise en valeur, ainsi que des avantages résultant de l'utilisation commerciale et autre des ressources génétiques avec la Partie contractante qui fournit ces ressources selon des modalités mutuellement convenues » ;

Rappelant aussi que la Convention sur la diversité biologique fixe que « chaque Partie contractante s'efforce de développer et d'effectuer des recherches scientifiques sur les ressources génétiques fournies par d'autres Parties contractantes avec la pleine participation de ces Parties et dans la mesure du possible sur leur territoire » ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à continuer de soutenir, renforcer et améliorer le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe pour un partage transparent, juste et équitable des avantages découlant de la production d'informations, de produits diagnostiques, de médicaments, de vaccins et d'autres techniques grâce à des cadres et à des mécanismes qui soulignent fortement les principes du consentement préalable donné en connaissance de cause et la nécessité, pour les pays en développement, de tirer parti de l'échange sans délai et de la diffusion des informations, des données et des échantillons biologiques, ces avantages couvrant en particulier la mise au point et la production de vaccins antigrippaux accessibles et abordables pour tous les pays, dans la perspective d'accélérer les préparatifs et l'action aux niveaux local, régional et mondial face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire ;

2) à s'appuyer sur le plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour veiller à un approvisionnement suffisant en vaccins, médicaments, produits diagnostiques et autres fournitures médicales importantes en temps voulu et à un prix abordable dans les pays en développement et, en particulier, dans les pays touchés ;

3) à donner la priorité aux besoins des pays en développement, en particulier ceux qui sont touchés par la grippe, en veillant à ce qu'ils aient accès aux vaccins, produits diagnostiques, médicaments et autres fournitures médicales en quantités suffisantes et à un prix abordable pour ceux qui en ont besoin ;

4) à donner la priorité à la distribution des vaccins dans les pays touchés, tout en aidant à la constitution de réserves mondiales ;

5) à prendre les mesures nécessaires pour veiller au respect des principes énoncés au paragraphe 2.1) ci-dessous et pour veiller à des échanges équitables et sans délai des virus grippaux et des données sur les séquences ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de lancer un processus intergouvernemental participatif et global pour examiner les pratiques et dispositifs existants pour l'échange des virus grippaux, d'établir de nouveaux cadres et dispositifs, incluant des principes et des lignes directrices pour l'échange des virus grippaux et de leurs éléments constitutifs (gènes, séquences, dérivés et autres éléments), sur la base du consentement préalable donné en connaissance de cause de la part des pays fournissant des virus ou des éléments constitutifs, ainsi qu'un partage juste et équitable des avantages découlant de l'utilisation des virus ou de tout élément constitutif avec le pays ayant fourni les virus, et de revoir également les mandats des

centres collaborateurs de l'OMS et des laboratoires de référence pour les virus H5 sur la base des principes suivants :

- a) tout échange international de matériels biologiques avec des centres collaborateurs de l'OMS ou des laboratoires de référence pour les virus H5 devra être mené conformément au droit et à la réglementation nationale et internationale, être régi par des conditions convenues d'un commun accord, reposer sur les principes du consentement préalable donné en connaissance de cause et d'un partage juste et équitable des avantages ;
- b) tout transfert de virus ou d'éléments constitutifs (y compris gènes, séquences, dérivés et autres éléments) par un centre collaborateur de l'OMS ou un laboratoire de référence pour les virus H5 à un autre centre collaborateur de l'OMS ou à un autre laboratoire de référence pour les virus H5 doit se faire dans les mêmes conditions que l'accord initial passé entre le pays fournissant le virus ou des éléments constitutifs ; le pays fournissant le virus ou des éléments constitutifs doit être informé par notification écrite avant le transfert ;
- c) les vaccins, produits diagnostiques, agents antiviraux et autres fournitures médicales résultant de l'utilisation de virus et de leurs éléments constitutifs (dont leurs gènes, séquences, dérivés et autres éléments) sont mis à la disposition, moyennant un coût et dans des délais raisonnables, des pays en développement et, en particulier, des pays qui sont le plus sérieusement menacés ou sont déjà touchés par une pandémie ;
- d) la priorité doit être donnée à la conduite des recherches nécessaires sur les virus et leurs éléments ainsi qu'à la constitution de réserves de virus dans les pays touchés, et l'OMS doit prendre les dispositions voulues pour que les pays soient dotés des capacités requises ;
- e) les utilisations des virus grippaux et de leurs éléments constitutifs, dont leurs gènes, séquences, dérivés et autres éléments fournis aux centres collaborateurs de l'OMS et laboratoires de référence pour les virus H5, sont assurées dans le cadre des mandats confiés à ces organismes par l'OMS et, en tout état de cause, limitées à des recherches scientifiques menées dans l'intérêt de la santé publique et à des fins non commerciales ;
- f) toute partie extérieure au réseau des centres collaborateurs de l'OMS/laboratoires de référence ne peut recevoir de virus/échantillons ou des éléments constitutifs de ces derniers, dont leurs gènes, séquences, dérivés et autres éléments, ni avoir accès aux virus et à leurs éléments constitutifs sans le consentement préalable écrit donné en connaissance de cause du pays fournissant le virus et des éléments constitutifs de ce dernier ;
- g) les centres collaborateurs de l'OMS/laboratoires de référence pour les virus H5 doivent obtenir le consentement préalable donné en connaissance de cause des coauteurs avant de publier les résultats d'analyses de virus/échantillons et de leurs éléments constitutifs ou d'introduire les résultats de travaux de séquençage dans des bases de données publiques ;
- h) des clauses et conditions appropriées doivent régir l'accès à toute information relative aux virus grippaux (séquences comprises) dans toute base de données publique de sorte que ces informations ne soient pas détournées de telle manière que d'autres ne puissent avoir accès aux et utiliser les informations et produits, techniques et outils mis au point à l'aide de ces informations, ou que les parties autorisées se voient refuser leur part juste et équitable des avantages résultant de l'utilisation, à des fins commerciales ou autres, des informations introduites dans les bases de données ;
- i) les centres collaborateurs de l'OMS, les laboratoires de référence pour les virus H5, leurs employés et toute autre entité associée à l'exécution du mandat

confié à ces centres ou laboratoires par l'OMS ne peuvent demander ou obtenir aucune forme de droits patrimoniaux sur le virus fourni ou l'un quelconque de ses éléments constitutifs dont ses gènes, séquences, virus recombinants, dérivés et autres éléments, sans le consentement préalable écrit donné en connaissance de cause explicite du pays fournissant le virus et des éléments constitutifs de celui-ci ;

j) le pays fournissant le virus et des éléments constitutifs de celui-ci et dont le consentement préalable donné en connaissance de cause est requis pour les activités susmentionnées ou d'autres peut fixer les conditions du consentement, lesquelles peuvent inclure des dispositions pour le partage des avantages escomptés, lesquels peuvent inclure l'accès à des quantités suffisantes de vaccins et d'autres fournitures médicales à des prix abordables pour le pays considéré et d'autres pays en développement, le transfert de technologies et de savoir-faire pour le développement de capacités de fabrication et d'autres activités de renforcement des capacités, ou être spécifiés dans des réglementations nationales ou internationales ;

2) d'intensifier sans délai, selon des modalités adaptées à la situation de chaque pays en développement et en particulier des pays touchés par des virus grippaux H5N1 ou des pays fortement exposés en raison de leur proximité géographique, les activités de renforcement des capacités concernant entre autres l'identification de virus, la caractérisation de virus, l'identification de nouvelles souches virales, la production et l'interprétation de données relatives à la grippe et à la grippe aviaire et la production de virus de semence pour la fabrication de vaccins ;

3) de décider, en consultation avec les pays en développement, quelles capacités devraient être renforcées ou mises en place dans chaque pays ;

4) de prendre sans délai les mesures nécessaires pour faire bénéficier un plus grand nombre de pays en développement, notamment de pays qui ont été touchés par le virus H5N1 ou sont fortement exposés de par leur proximité géographique, d'activités supplémentaires de renforcement des capacités afin de mieux participer aux activités du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe et de pouvoir être désignés pour avoir des laboratoires de référence pour les virus H5 ;

5) de solliciter le soutien de pays industrialisés, d'autres partenaires financiers et de fabricants de vaccins afin de mobiliser les moyens financiers et techniques nécessaires à la constitution de réserves de vaccins anti-H5N1 sûrs et efficaces et d'autres vaccins potentiellement efficaces contre la pandémie de grippe susceptibles d'être utilisés dans les pays en développement, en particulier ceux qui ont été touchés par la grippe ou sont fortement exposés en raison de leur proximité géographique, et de fournir l'aide nécessaire aux pays en développement qui choisissent de constituer des réserves de vaccins ou d'autres fournitures médicales ;

6) de solliciter en outre le soutien de pays développés, de partenaires financiers et de fabricants de vaccins pour faciliter le transfert, vers les pays en développement, des technologies et savoir-faire nécessaires à la mise en place d'unités de production de vaccins antigrippaux et faire en sorte que les capacités de production soit opérationnelles le plus rapidement possible ;

7) d'examiner et de formuler, dans le cadre d'un processus intergouvernemental, les dispositifs et lignes directrices nécessaires à la distribution juste et équitable de vaccins antigrippaux efficaces à utiliser en cas de pandémie de sorte que ces vaccins soient disponibles à temps dans les pays en développement ;

8) de faire rapport sur l'application de la présente résolution et de communiquer à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2008, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, les résultats des travaux exécutés dans le cadre du processus intergouvernemental.

M. SHIRALIYEV (représentant du Conseil exécutif) rappelle que le Conseil, à sa cent vingtième session,¹ a salué les progrès accomplis dans le domaine de la préparation à une pandémie et de la gestion des flambées permanentes de grippe aviaire, et a insisté sur le partage des informations importantes concernant la santé publique et sur l'appui au réseau mondial OMS de surveillance de la grippe. Plusieurs membres du Conseil ont fait part de leurs préoccupations en ce qui concerne l'accès à l'offre limitée de vaccin et les inégalités géographiques pour ce qui est des capacités des laboratoires, et ont demandé au Secrétariat d'envisager et de promouvoir d'autres mesures de santé publique dans l'éventualité de pénuries de médicaments antiviraux et de vaccins. Plusieurs membres ont brièvement rendu compte des progrès accomplis dans leur pays s'agissant de l'application du Règlement sanitaire international (2005). Les États Membres n'ayant pas encore établi de points focaux nationaux ont été priés de le faire dès que possible. Le Conseil recommande que l'Assemblée de la Santé adopte le projet de résolution présenté dans la résolution EB120.R7.

Le Dr HEYMANN (Sous-Directeur général) explique que les vaccins antigrippaux, contrairement aux vaccins contre la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune, sont fabriqués à partir d'un virus instable et leur formulation nécessite une mise à jour périodique. Depuis 50 ans, un réseau coordonné par l'OMS échange des virus de la grippe saisonnière et publie, chaque année, des recommandations sur la composition des vaccins contre la grippe saisonnière. Il n'existe une demande pour ces vaccins que dans les pays industrialisés et dans quelques pays en développement, alors que les vaccins contre le virus H5N1 et la grippe pandémique seraient nécessaires dans tous les pays. D'après des consultations récentes avec les États Membres, le Secrétariat croit comprendre que les pays en développement veulent être rassurés sur un certain nombre de points : que le partage des virus au sein du réseau de l'OMS est transparent ; que leurs scientifiques peuvent participer en tant que partenaires de plein droit aux travaux des laboratoires de référence pour le virus H5 et aux travaux de recherche autres que ceux menés habituellement par le réseau ; et qu'ils auront un accès plus large aux vaccins contre le virus H5N1 et la grippe pandémique. À ce titre, des mesures ont été prises, notamment un débat a été engagé avec les fabricants de vaccins antigrippaux, et le Secrétariat continuera à encourager les consultations avec les États Membres sur le partage des virus.

Le Dr KANDUN (Indonésie) dit que le second projet de résolution, qu'il a présenté au nom de ses 17 coauteurs, se fonde sur la Déclaration de Jakarta sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant (28 mars 2007). L'actuel système relatif à l'échange de virus est injuste. Les pays en développement fournissent volontairement des virus aux centres collaborateurs de l'OMS et aux laboratoires de référence, organismes censés gérer les échantillons de manière fiable pour la recherche. Or des sociétés ont reçu gratuitement des échantillons des virus ou des éléments constitutifs de virus, qui ont été utilisés à des fins commerciales sans que le pays fournisseur ait été informé au préalable, ou que son accord ait été sollicité. Plus important encore, il n'existe pas de dispositif permettant de s'assurer que les pays en développement auront accès aux vaccins produits en temps voulu et à un prix abordable. Le projet de résolution vise à établir un cadre et un dispositif pour un partage transparent, juste et équitable des avantages découlant de la production d'informations, de produits diagnostiques, de médicaments, de vaccins et d'autres techniques. Le cadre doit donner la priorité aux besoins des pays en développement, notamment des pays touchés par la grippe, et assurer l'accès aux vaccins, produits diagnostiques, médicaments et autres fournitures médicales à des prix abordables. Le Directeur général est prié de lancer un processus intergouvernemental pour examiner les dispositifs existants pour l'échange des virus grippaux et d'établir de nouveaux cadres fondés sur des principes conformes aux lois nationales et internationales sur les ressources biologiques, y compris la Convention sur la diversité biologique (1992) et le Traité international sur les ressources phytogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture (2001).

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la troisième séance, section 2.

L'Indonésie a également proposé d'apporter des amendements au projet de résolution qu'il est recommandé d'adopter dans la résolution EB120.R7, et d'examiner le rapport sur les meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux et de données sur les séquences génétiques (document A60/INF.DOC./1)

M. LANGE (États-Unis d'Amérique), présentant le premier projet de résolution, dit que la préparation internationale à une grippe pandémique et les mesures pour y faire face nécessitent l'attention soutenue et à un niveau élevé de responsabilité de l'ensemble des États Membres et du Secrétariat. Les États-Unis sont déterminés à collaborer avec tous les acteurs concernés pour prévenir une pandémie de grippe ou en atténuer les effets, et à aider les pays en développement à s'y préparer. Il incombe aux États Membres d'échanger des échantillons de virus et des données sur le séquençage sans attendre, et de signaler immédiatement et de manière transparente les cas de grippe due au virus H5N1, à des virus saisonniers ou à d'autres virus nouveaux chez l'homme et chez l'animal. Le Secrétariat, en collaboration avec la FAO et l'OIE, devrait redoubler d'efforts pour prêter assistance aux États Membres dans ce domaine. Le respect des meilleures pratiques préconisées dans le document A60/INF.DOC./1 faciliterait les échanges.

La capacité actuelle de production de vaccins est insuffisante pour répondre aux besoins de tout le monde, notamment dans les pays en développement, en cas de pandémie. Il faut accélérer la mise en œuvre du plan d'action de l'OMS pour accroître l'approvisionnement en vaccins. Toutefois, cela ne doit pas compromettre l'intégrité du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe, qui est indispensable pour la surveillance, l'évaluation des risques et la riposte. M. Lange est favorable au cadre actuel relatif à l'échange d'échantillons et désapprouve le fait que l'échange d'échantillons de virus grippaux fasse l'objet de privilèges ou d'accords de transfert de matériel nouveaux.

Pour endiguer une pandémie ou en atténuer les effets, il faut donc accorder la priorité à la mise en forme définitive du protocole de l'OMS pour une riposte rapide et des mesures d'endiguement. Les États-Unis appliquent déjà le Règlement sanitaire international (2005), avant son entrée en vigueur prévue en juin 2007, et invitent instamment l'ensemble des États Membres à faire de même. Il soutient le projet de résolution qu'il est recommandé d'adopter dans la résolution EB120.R7 et préconise son adoption sans modification substantielle.

Les États-Unis ont participé sur une base informelle aux projets de résolution sur la grippe et M. Lange propose qu'un groupe de travail soit créé pour examiner la question.

Le Dr MONGKOL NA SONGKHILA (Thaïlande), partageant les préoccupations du délégué de l'Indonésie, propose que l'Assemblée de la Santé examine les dispositifs régissant l'échange d'échantillons de virus. Il est injuste qu'un pays en développement ayant fourni des échantillons se voit offrir par la suite des vaccins à un prix inabordable. La situation actuelle résulte de la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux, qui est limitée. Comme l'offre serait insuffisante pour faire face à la demande en cas de pandémie, des millions de personnes, notamment dans les pays en développement, n'auraient pas accès à des vaccins efficaces. Les pays développés constituent des stocks de vaccins anti-H5N1 par le biais d'engagements anticipés sur les marchés, laissant les pays en développement grossir la liste d'attente. L'OMS devrait mobiliser des ressources afin de constituer un stock de vaccins collectif pour les pays en développement.

Les mesures nationales prises séparément pourraient s'avérer dangereuses et inefficaces. Le monde a besoin d'un dispositif de défense commun. Avec la collaboration des Gouvernements des États-Unis d'Amérique et du Japon et la Banque asiatique de Développement, l'OMS devrait prêter son concours aux pays en développement pour mettre en place des unités nationales de production de vaccins. Des dispositifs (par exemple la fixation de prix différenciés) sont nécessaires pour permettre aux pays les plus pauvres d'acquérir des vaccins et d'assurer une distribution équitable des vaccins produits à partir de la souche virale fournie par les pays touchés. Il convient donc d'examiner les relations entre les centres collaborateurs de l'OMS, les laboratoires de référence H5 et les fabricants de vaccins intéressés. Ces derniers sont des partenaires importants pour mettre le vaccin à la disposition

de tous, mais ils doivent être responsables devant la société et ne doivent pas tirer des bénéfices excessifs des travaux menés par le réseau mondial de surveillance de la grippe.

Il est favorable à la proposition des États-Unis visant à mettre sur pied un groupe de rédaction. Celui-ci devrait être chargé de rédiger une résolution unique qui tienne compte des textes existants, notamment du texte dont l'adoption est recommandée dans la résolution EB120.R7, des recommandations de la Réunion de haut niveau de Jakarta sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, et des préoccupations exprimées par les États Membres.

La séance est levée à 11 h 30.

DEUXIÈME SÉANCE

Mardi 15 mai 2007, 14 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

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

Élection des vice-présidents et du rapporteur (document A60/52) (suite de la première séance, section 1)

Le PRÉSIDENT annonce que le Dr Fúnez (Honduras), que la Commission a élu aux fonctions de rapporteur, est dans l'impossibilité de participer à l'Assemblée de la Santé. Il est donc nécessaire d'élire un autre rapporteur et il propose l'élection de Mme Bu Figueroa (Honduras).

Décision : La Commission A élit Mme Bu Figueroa (Honduras) Rapporteur.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Grippe aviaire et grippe pandémique : Point 12.1 de l'ordre du jour (suite de la première séance, section 3)

- **Faits nouveaux, action et suivi** (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R7, et A60/7) (suite de la première séance, section 3)
- **Application du Règlement sanitaire international (2005)** (document A60/8) (suite de la première séance, section 3)
- **Meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux et des données sur le séquençage** (document A60/INF.DOC./1) (suite de la première séance, section 3)

Le Professeur HORVATH (Australie) soutient fermement le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe. Il facilite le libre-échange d'échantillons et de séquences à l'échelle internationale, il est essentiel à une alerte précoce en cas de transmission interhumaine effective et lors d'un début de pandémie, et il joue un rôle important dans la mise en place de tests diagnostiques et de contre-mesures pharmaceutiques efficaces.

Le Professeur Horvath comprend la position des pays en développement qui estiment que, bien qu'ils contribuent au système international d'échange de virus, ils ne reçoivent pas la part qui leur revient des vaccins et médicaments mis au point grâce à ce système. Il n'existe pas de solution toute faite, étant donné que la capacité mondiale de fabrication de vaccins contre la grippe pandémique est seulement de l'ordre de 500 millions de doses par an alors que la demande risque de se chiffrer en milliards de doses ; de même, aucun pays ne peut se permettre de compter uniquement sur des mesures

¹ Décision WHA60(4).

pharmaceutiques ; il faudrait dans ce cas instituer des mesures telles que la lutte contre l'infection et la mise en quarantaine des cas.

Etant donné la facilité et la rapidité avec lesquelles les maladies transmissibles peuvent se propager d'un pays à l'autre, il faut juguler une pandémie dès le début, d'où qu'elle provienne. C'est pourquoi, sous la conduite de l'OMS, la communauté internationale s'est mise à l'œuvre de manière concertée pour faire face à une grippe aviaire pré-pandémique et pandémique. De son côté, l'Australie a collaboré avec les pays de la Région pour mettre en place des moyens de laboratoire, de surveillance et d'action. L'OMS a constitué un stock mondial de médicaments antiviraux et, pour sa part, l'Australie examinera les demandes d'accès à son stock formulées par d'autres pays. L'Australie appuie fermement le plan d'action mondial de l'OMS pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique et espère que la version finale des propositions sera mise au point sans tarder.

Etant donné la gamme de projets de résolutions présentée et l'importance d'une approche coopérative, le Professeur Horvath soutient la proposition de réunir un groupe de rédaction.

Le Dr ALLAH KOUADIO (Côte d'Ivoire), parlant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, rappelle que cinq années se sont écoulées depuis la détection du premier cas humain d'infection par le virus H5N1. À la fin de 2006, 59 pays avaient déclaré des foyers de grippe aviaire. Le nombre de cas humains est passé à 291 en avril 2007, dont 178 ont été fatals. En Afrique, le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Égypte, le Ghana, le Niger et le Nigéria ont signalé des foyers de grippe aviaire dans lesquels on compte 36 cas humains. Les cas humains récents, qui résultent du contact avec des patients malades, annoncent une transmission interhumaine. La menace de pandémie est réelle, même si l'adaptation du virus et sa virulence chez les humains n'ont pas encore été clairement démontrées.

Les mesures prises sur le continent africain pour lutter contre la grippe aviaire ont notamment consisté à élaborer des plans d'urgence prévoyant l'alerte précoce ; à harmoniser des plans d'action, lors de la réunion régionale du système des Nations Unies sur la grippe aviaire en Afrique (Libreville, 20-22 mars 2006) ; à instituer des comités interministériels ; à mettre en place des outils de notification des cas suspects ; à former le personnel voulu et à échanger les informations entre pays ; à renforcer la surveillance, qui a permis l'abattage des oiseaux infectés en temps utile et le paiement d'indemnités aux éleveurs ; à établir un dispositif sous-régional de coordination, de prévention et d'organisation des secours, et à créer un fonds d'urgence sous-régional à la suite de la réunion ministérielle pour la mise en place d'une stratégie régionale de prévention et de contrôle de la grippe aviaire en Afrique de l'Ouest (Abuja, 20-23 juin 2006) ; et enfin à mobiliser et coordonner le soutien des donateurs. En même temps, le Dr Allah Kouadio n'est pas certain que la capacité des systèmes de surveillance et des laboratoires africains permette de détecter une pandémie émergente ou de diagnostiquer les cas de grippe pandémique correctement. Les pays africains ont-ils les ressources voulues pour mettre en œuvre leurs plans d'action, ou la capacité d'entreprendre une recherche sur les vaccins, et leurs stratégies de communication sont-elles bien adaptées ? La mobilisation des ressources n'a pas répondu aux attentes.

L'intervenant soutient l'accord auquel a abouti la Réunion de haut niveau organisée en mars 2007 sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, qui portait sur la fabrication de vaccins, la possibilité pour les pays en développement d'en payer le prix et le resserrement de la solidarité internationale.

Il invite les participants présents à soutenir le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7.

Le PRÉSIDENT suggère que, comme l'ont demandé des États Membres, un groupe de travail soit constitué et chargé de rassembler en un seul document les deux projets de résolutions proposés et le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7.

M. SAADAT (République islamique d'Iran) se demande s'il est recommandé de constituer un groupe de rédaction avant d'avoir entendu les opinions diverses d'un plus grand nombre de pays et de Régions.

Le PRÉSIDENT explique que le groupe sera constitué plus tard dans l'après-midi, après d'autres interventions sur cette question.

M. HOFMANN (Allemagne) parle au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres. Les pays candidats – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie –, l'Islande (pays de l'Association européenne de libre-échange, membre de l'espace économique européen) ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova s'associent à sa déclaration. Il se félicite des progrès accomplis dans la préparation à la pandémie de grippe.

L'Union européenne a apporté sa contribution aux conférences mondiales sur la grippe aviaire et la grippe pandémique. La surveillance généralisée de la grippe humaine et animale ainsi que l'échange d'informations et d'échantillons en temps utile et en toute transparence sont essentiels à la préparation à une pandémie et conditionnent l'accomplissement par l'OMS du mandat qui lui a été confié par le Règlement sanitaire international (2005). Il faut améliorer la collecte et la communication des informations dans certains pays touchés, et tous les partenaires doivent y coopérer sans restriction.

M. Hofmann apprécie la collaboration de l'OMS avec le Bureau du Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour les gripes aviaire et humaine et avec d'autres partenaires internationaux aux efforts faits pour éviter que le virus H5N1, hautement pathogène, ne se transmette à la volaille partout dans le monde, en particulier dans les pays en développement, et prévenir ainsi l'émergence d'une grippe pandémique. L'OMS devrait continuer à organiser des réunions visant à faciliter toujours plus l'accès des pays en développement aux vaccins contre une pandémie. La mise en œuvre efficace du plan d'action mondial de l'OMS pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique dépend des efforts conjugués des gouvernements, des organisations internationales, des pays touchés et de l'industrie. Les organisations internationales doivent renforcer leur coordination pour organiser la préparation à la pandémie, en particulier au niveau des pays, sous la direction du Bureau du Coordonnateur principal du système des Nations Unies. La préparation exige des systèmes de santé dotés des moyens voulus ; il est donc essentiel que ceux-ci disposent d'un soutien additionnel sous forme de ressources humaines, financières et matérielles. Il est également important de communiquer au public une information factuelle rigoureuse.

M. Hofmann soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7 et la proposition de constituer un groupe de rédaction.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) dit que, dans son pays, on a détecté la grippe aviaire dans la volaille de certaines fermes. La progression du virus a pu être jugulée grâce à l'abattage de 100 000 poulets. Un plan national de préparation à la grippe aviaire et à la grippe pandémique humaine a été adopté. Les professionnels de la santé ont déjà reçu un début de formation, et des moyens logistiques ainsi que des antiviraux ont été préparés pour faire face à de futurs cas humains.

L'échange de virus et la mise au point de vaccins devraient se faire dans la réciprocité, le consentement du pays « donateur » étant obtenu conformément à la Convention sur la diversité biologique (1992). Les pays en développement devraient avoir accès aux vaccins produits ; pour cela, il faudrait que les coûts de production des installations techniques des pays donateurs restent dans des limites abordables.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) demande que les projets de résolution sur ce sujet mettent l'accent sur l'assistance à fournir aux pays en développement pour la production de vaccins et encouragent les bureaux régionaux de l'OMS à regrouper les pays producteurs de vaccins de chaque Région pour qu'ils constituent des stocks, avec l'appui financier et technique des pays développés.

Le Dr GANGULY (Inde) dit que l'Inde échange des souches de virus de la grippe saisonnière par l'intermédiaire du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe depuis de nombreuses années. Il est essentiel de partager l'information pour surveiller la grippe. Actuellement, l'Inde a une cinquantaine de souches du virus H5N1 qu'elle a séquencées complètement. Cependant, le Dr Ganguly craint que son pays n'ait accès à aucun des produits élaborés grâce à la communication de ces virus à cause de leur coût prohibitif. C'est ce qui s'est passé avec le vaccin de la grippe saisonnière dont l'Inde ne peut acheter que 130 000 doses par an. Les questions de propriété intellectuelle que pose la recherche-développement du vaccin contre le H5N1 le préoccupent aussi. En Inde et dans plusieurs autres pays, des laboratoires cherchent à créer de tels vaccins pour que les pays touchés par la grippe aviaire puissent y accéder à un prix abordable, mais les exigences en matière de brevet ou de licence pourraient les en empêcher. De toute façon, en cas d'urgence, les pays qui ont besoin de vaccins devraient pouvoir les fabriquer, indépendamment de la question du brevet.

Le Dr Ganguly propose qu'un comité d'experts soit mis en place pour examiner en détail toutes les questions liées à l'échange de virus et d'informations, à la recherche sur les vaccins et à leur production, et pour recommander des solutions garantissant aux pays en développement l'accès aux produits qui en résultent. Il faudrait que l'OMS élabore des règles ou des mécanismes assurant l'observance de toute directive concernant l'échange de virus de la grippe et les avantages en découlant.

Le Dr METAI (Kiribati) apprécie les travaux de l'OMS sur le renforcement de la production de vaccins. L'éventuelle pénurie de vaccins inquiète beaucoup les petits pays vulnérables comme Kiribati. L'OMS devrait mettre à profit les compétences et l'expérience techniques de tous les pays, y compris ceux qui ne sont pas Membres de l'OMS mais qui ont la capacité de produire des vaccins et ont démontré leurs compétences lors de pandémies comparables. Il soutient le partage du stock de virus H5N1 mais à des fins sanitaires seulement.

Il est favorable à l'entrée en application du Règlement sanitaire international (2005) en juin 2007, mais, comme d'autres petits États Membres, ce pays pourrait ne pas être en mesure de procéder à tous les ajustements requis en temps voulu par manque de ressources ; il serait reconnaissant à l'OMS de toute assistance qu'elle pourrait offrir pour mobiliser ces ressources.

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) voudrait savoir quels sont les résultats de la recherche mentionnée dans le document A60/7 sur les vaccins contre la grippe pandémique et quelle est la position de l'Organisation concernant ces études. Elle soutient le projet de résolution sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, en particulier l'accès aux vaccins, médicaments, produits diagnostiques et autres fournitures médicales dans les pays en développement. Elle insiste sur l'équité dans la fourniture, la distribution et le coût des vaccins et sur la réglementation de leur fabrication et de leur distribution, car la grippe pandémique est une question sanitaire internationale qui passe avant tout intérêt commercial privé.

Le Venezuela applique le Règlement sanitaire international (2005) pour parer aux menaces posées par la grippe aviaire. Les instruments permettant d'évaluer les capacités de base des ports et aéroports ont été mis au point et testés et des points focaux nationaux RSI ont été désignés. Un plan de préparation à la grippe aviaire a été élaboré grâce à des partenariats interministériels. Ce plan est composé de cinq éléments : promotion des bonnes pratiques avicoles ; surveillance épidémiologique tant des animaux que des humains ; prévention et endiguement ; réaction du système de santé ; information et communication. La surveillance des infections respiratoires aiguës a été renforcée. Le diagnostic se fait actuellement au centre national de la grippe, mais sera décentralisé et confié à des postes sentinelles.

M. DANKOKO (Sénégal) dit que le Sénégal a créé un comité de prévention et de surveillance de la grippe aviaire et a établi un plan national pour combattre cette maladie. Il a institué des mesures de surveillance, de prévention et d'intervention pour renforcer la sécurité sanitaire et protéger

l'économie agricole contre l'introduction éventuelle et la propagation de la grippe aviaire. Des objectifs et stratégies spécifiques sont prévus pour le secteur de la santé.

En février 2006, le Président du Sénégal a accueilli une réunion des pays d'Afrique de l'Ouest pour qu'ils s'informent mutuellement de leur expérience, coordonnent leurs efforts et mobilisent les partenaires techniques et financiers. Le virus H5N1 n'a pas encore été détecté au Sénégal, mais le pays n'en renforce pas moins sa surveillance et sa collaboration avec les autres pays. M. Dankoko soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7.

Le Dr AYDINLI (Turquie) souligne la nécessité d'accroître les réserves de vaccins contre la grippe pandémique et d'en faciliter l'accès. L'OMS devrait tenir la communauté internationale informée des résultats des recherches sur les virus de la grippe, notamment le H5N1. L'expérience acquise par son pays en 2006 démontre qu'il faut absolument procéder sans délai à l'investigation clinique et épidémiologique des infections humaines et en communiquer les résultats à l'OMS et à la communauté internationale. Il est vital que tous les pays agissent dans la transparence pour la coordination à l'échelle mondiale de l'alerte, de l'action, du respect des normes et de la recherche sur les vaccins. L'échange d'informations contribuera pour beaucoup à la lutte contre le virus H5N1 et à l'élaboration de vaccins. Cependant, l'OMS devrait établir des mécanismes permettant aux pays qui offrent une information d'avoir accès aux nouveaux vaccins et aux nouvelles techniques. Le Dr Aydinli soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7 ainsi que l'établissement d'un groupe de rédaction.

Le Professeur HOUSSIN (France) dit que l'échange d'informations, par exemple sur les souches de virus en circulation, est essentiel à une riposte internationale efficace au risque de pandémie de grippe aviaire. Tous les États Membres ont collectivement cette obligation et cette responsabilité aux termes du Règlement sanitaire international révisé (2005). Lorsque le nouveau Règlement entrera en vigueur en juin 2007, comme prévu, tous les pays devront se soumettre à ces obligations, grâce à quoi ils bénéficieront pleinement d'une sécurité sanitaire internationale renforcée. Pour assurer une mise en œuvre rapide et efficace du Règlement, l'OMS doit, le plus tôt possible, mettre à la disposition du public des recommandations multilingues, comme des guides d'hygiène et de salubrité, dans les navires et les avions. La France attend la diffusion du plan d'action stratégique conçu pour la mise en œuvre du Règlement, mentionné dans le document A60/8.

La France soutient la constitution d'un stock de vaccins prépandémiques contre le H5N1, en particulier en Asie du Sud-Est et en Afrique, pour permettre aux pays touchés de faire face à une menace de pandémie et aussi l'assistance au développement des capacités de production de vaccins. La France continuera à collaborer avec le Secrétariat, d'autres pays et l'industrie pharmaceutique pour accroître l'offre de vaccins, en particulier dans les pays en développement touchés. Le Professeur Houssin appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7, mais est prêt à examiner les deux autres projets de résolutions.

M. SAADAT (République islamique d'Iran) rappelle que son pays a coparrainé le projet de résolution relatif aux pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant. La recherche sur les ressources génétiques, y compris les virus, ainsi que l'utilisation et l'accessibilité de ces ressources sont essentielles si l'on veut améliorer la santé publique ; les pays qui partagent leurs ressources génétiques contribuent aux activités mondiales de recherche. Cependant, les États ont un droit souverain sur leurs ressources génétiques, y compris les virus, et ces ressources ne doivent être communiquées qu'aux termes d'un accord et avec le consentement du gouvernement du pays concerné. Le pays d'origine doit recevoir une part équitable des avantages tirés de l'utilisation des ressources génétiques : bénéfices commerciaux, échanges d'informations, transfert de technologie et mise en place de capacités. Il faut prêter assistance aux pays en développement, en particulier les pays d'origine des ressources génétiques, qui s'efforcent de développer leurs capacités de recherche-développement et de produire les vaccins nécessaires pour faire face à la pandémie. Un système transparent d'accès à des produits diagnostiques et traitements

abordables, y compris les vaccins, et la disponibilité permanente de ressources génétiques, sont essentiels. M. Saadat recommande instamment de soutenir le projet de résolution proposé par l'Indonésie et ses co-auteurs.

Il a pris note de la réserve à l'application du Règlement sanitaire international (2005) formulée par un État Membre selon laquelle la mise en œuvre et l'observance du Règlement seront soumises aux principes du fédéralisme. Les États Membres doivent tous appliquer le Règlement dans son intégralité. L'Iran a contesté cette réserve dans une note au Directeur général datée du 20 avril 2007. M. Saadat ne doute pas que le Directeur général a diffusé le texte de l'objection de son Gouvernement conformément aux dispositions de l'article 62 du Règlement.

Mme NICOLAI (Pays-Bas) dit que, faute d'une préparation approfondie au niveau tant national qu'international, une pandémie de grippe peut être catastrophique. Le rôle central de l'OMS dans le processus de préparation est bienvenu. Cependant, le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7 ne tient pas suffisamment compte de deux éléments essentiels. La population est exposée à d'autres maladies infectieuses provoquées par des pathogènes humains existants dont les caractéristiques évoluent avec le temps, comme les bactéries polypharmacorésistantes, et par des pathogènes animaux qui s'adaptent à l'espèce humaine, comme ceux du syndrome respiratoire aigu sévère. La préparation à une pandémie de grippe doit donc comporter des mesures de préparation aux maladies infectieuses génétiques. Il faut insister davantage sur les interventions non pharmaceutiques visant à limiter la propagation du virus, par exemple hygiène de la toux, réduction des rassemblements sociaux, fermeture des écoles, et poursuivre des recherches sur les avantages et les inconvénients de ces interventions.

Mme Nicolai soutient les efforts de l'OMS pour faciliter l'accès aux vaccins dans le monde entier grâce au transfert de technologie. La mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) est essentielle à la préparation contre une pandémie de grippe et à la lutte contre les maladies infectieuses en général. Elle prie instamment le Secrétariat de concevoir des outils pratiques pour aider les États Membres à appliquer le Règlement, par exemple une information sur les normes minimales à faire respecter lors des inspections sanitaires, les capacités d'action requises à certains points d'entrée dans le pays et la recherche des contacts internationaux, afin d'éviter de trop grandes différences dans les installations, les arrangements ou les attentes des États Membres.

Le Dr EL SAYED (Égypte), parlant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, souligne qu'il faudra renforcer les capacités si l'on veut assurer l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région. Un appui technique est nécessaire pour renforcer les dispositifs de surveillance épidémiologique et d'intervention ainsi que les laboratoires nationaux de santé publique et les centres de lutte contre la grippe ; assurer le diagnostic rapide et fiable d'une urgence de santé publique de portée internationale ; mettre en place les capacités voulues à certains points d'entrée ; et assurer les réserves, le matériel, la logistique et les moyens de communication nécessaires.

La pandémie de grippe humaine qui est attendue exige la collaboration entre tous les pays et les organisations internationales. Les pays de la Région ont démontré clairement leur engagement politique et ont élevé leur niveau de préparation, mais ils manquent encore des moyens épidémiologiques et des capacités de laboratoire nécessaires.

Il faudrait toujours échanger des isolements de virus grippaux pour la production de vaccins, autrement la sécurité mondiale sera menacée. L'échange est encore plus important dans le cas de souches du virus H5N1 émergentes que dans celui des virus de la grippe saisonnière pour lesquels il existe des procédures bien établies. Cependant, le Secrétariat et les laboratoires qui reçoivent des isolements devraient garantir que les vaccins seront mis à la disposition des pays qui en ont besoin sans condition et à un prix abordable. Il faudra fournir un appui, y compris par transfert de technologie, pour renforcer les capacités nationales de production de vaccins.

Le Dr NGUYEN HOANG LONG (Viet Nam) dit que son pays, l'un des plus atteints par la grippe aviaire, a pris des mesures énergiques avec l'appui de l'OMS et de la communauté internationale et a réussi à juguler la maladie et à stopper sa propagation. La communication et la coopération entre pays sont essentielles en cas d'urgence de santé publique.

Il met l'accent sur la transparence des échanges d'informations, d'échantillons de virus et autres, mais estime que les pays doivent recevoir à temps l'information voulue sur l'utilisation des échantillons qu'ils fournissent et que les résultats intéressants de la recherche doivent bénéficier à tous. Le Viet Nam en particulier et les autres pays à bas revenu doivent avoir équitablement accès aux vaccins. L'OMS doit continuer à fournir une assistance permettant à ces pays d'accroître leur capacité de production de vaccins. Le Dr Nguyen Hoang Long soutient la mise en place d'un groupe de rédaction.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie) dit que son pays est préoccupé, comme le reste du monde, par le fait que la grippe aviaire est passée de l'Asie à l'Europe et à l'Afrique. Bien que l'on n'ait encore enregistré aucun cas dans son pays, les mouvements de la volaille et des produits avicoles, des personnes ou de leurs biens en provenance de pays infectés et aussi ceux des oiseaux migrateurs sont un facteur de risque. Le Gouvernement tanzanien a pris note des diverses mesures proposées à plusieurs réunions et conférences pour lutter contre la grippe aviaire. Il a élaboré un plan national de préparation aux situations d'urgence concernant la grippe aviaire et a établi un système de surveillance et d'action. Les maladies potentiellement épidémiques ou les événements inhabituels sont immédiatement signalés.

On a repéré six zones où le risque était grand que la migration d'oiseaux sauvages provoque une grippe aviaire. L'infrastructure nécessaire à la mise en place de moyens d'action rapide, les capacités de laboratoire et les moyens de surveillance laissent tous à désirer. On s'attache en particulier à la constitution d'une capacité de laboratoire et d'une infrastructure pour la surveillance virologique et épidémiologique, y compris la surveillance sentinelle par les laboratoires.

Cette maladie est un sujet de préoccupation dans le monde entier ; elle exige la création de partenariats et la mise en commun de l'information et des ressources, tant financières que techniques. M. Mwakyusa soutient le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7.

M. LOBATO (Timor-Leste) dit que l'on n'a signalé aucun cas de grippe aviaire dans son pays, qu'il s'agisse de volaille ou d'êtres humains. Dès 2004, les Ministères de la Santé et de l'Agriculture, avec l'appui technique de l'OMS et de la FAO, ont établi un plan national de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours qu'ils ont confié à une équipe spéciale. Le Ministère de la Santé a déjà fourni aux centres collaborateurs de l'OMS des matériels biologiques pour leur recherche en envoyant des échantillons humains et animaux aux laboratoires des pays voisins et d'autres pays.

Le projet de résolution sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant permettra de réviser le cadre et les dispositifs existants afin que les pratiques d'échange de virus soient adaptées et que la préparation à la pandémie soit renforcée. Il faudrait instituer des partenariats mondiaux pour améliorer la communication de l'information, renforcer les capacités et le partage des technologies, et assurer un appui à tous les pays victimes d'une pandémie de grippe aviaire.

M. JACKLICK (Iles Marshall) appuie sans réserve la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle mondiale. Une fois mis au point, le plan élaboré par son pays face à une pandémie de grippe pourra être communiqué à d'autres pays. Aucun cas de grippe aviaire n'a encore été signalé dans les Iles Marshall, mais celles-ci font face à de graves problèmes de maladies non transmissibles, comme le diabète sucré de type II et l'obésité.

M. HERBERT (Saint-Kitts-et-Nevis), se déclarant favorable au projet de résolution présenté par l'Indonésie, souligne les domaines d'action clés parmi lesquels il cite la capacité de son pays de

détecter une menace, de l'analyser et d'y riposter ; l'accès universel aux vaccins, aux médicaments antiviraux et au matériel de protection individuel et leur achat ultérieur ; enfin, en cas de pandémie, la possibilité de préserver l'économie du pays face à la chute rapide des voyages et du tourisme à laquelle on peut s'attendre. Il se félicite que, grâce à l'OPS, on puisse faire appel à une équipe d'intervention en cas de flambée dans les Caraïbes.

Par l'intermédiaire de son point focal pour le Règlement sanitaire international (2005), Saint-Kitts-et-Nevis intégrera rapidement les compétences techniques de l'OPS dans sa stratégie nationale d'intervention, conformément au protocole convenu, et travaillera avec cette Organisation pour renforcer les systèmes de surveillance et de contrôle sanitaire du port.

La production de vaccins doit se poursuivre car la rareté des réserves augmenterait le risque d'exclusion des nations sans capacités de fabrication. Les avantages d'une intervention mondialisée contre la menace d'une pandémie de grippe aviaire devraient profiter à tous les pays.

Le Professeur IANCU (Roumanie) dit que la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) sera essentielle pour lutter contre la propagation des maladies, y compris la grippe pandémique, et pour prendre les mesures qui s'imposent. C'est un risque qui oblige tous les pays à exercer la plus grande vigilance face aux virus de la grippe. La Roumanie a une grande expérience de la surveillance de la grippe chez les humains et, de ce fait, elle participe au Programme européen de surveillance de la grippe. En jugulant la propagation des souches aviaires de la maladie dans la volaille d'octobre à décembre 2005 et d'avril à juin 2006, ce pays a démontré sa capacité de limiter la transmission des souches aviaires aux humains. L'appui des experts de l'OMS et des États Membres de l'Union européenne a été fort apprécié. La Roumanie est pleinement disposée à mettre en œuvre le Règlement et espère collaborer fructueusement avec les autres pays à l'échange d'échantillons et de données sur le séquençage des virus de la grippe saisonnière afin de soutenir le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe.

Le Dr CARBALLO QUESADA (Costa Rica) dit que le Costa Rica a établi un plan national de préparation à la grippe aviaire, qui est disponible sur le site Web du Ministère de la Santé. Un centre national de la grippe a été créé et fait partie du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe, avec quatre centres de surveillance dans le pays. L'intervenante souscrit à l'appel formulé dans le document A60/7 en faveur d'un échange systématique plus rapide des virus H5N1 et d'un accès amélioré aux vaccins contre les pandémies.

Le Costa Rica a établi un centre de contact, point focal pour le Règlement sanitaire international (2005), et répondra à la demande de l'OMS de vérifier l'information sur les risques sanitaires ; le système de santé publique a été revu et un plan a été formulé pour améliorer la capacité d'intervention du pays. Le Costa Rica est favorable au projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7.

Le Dr KAMWI (Namibie) dit que la Région africaine a le devoir de prendre des mesures de préparation et de protéger la santé publique. En collaboration avec des partenaires pour le développement comme l'OMS, la Namibie met la dernière main à un plan global de lutte contre la grippe aviaire et la grippe pandémique. Elle s'attache aussi à renforcer la surveillance. Le Dr Kamwi soutient le projet de résolution.

Le Dr MELNIKOVA (Fédération de Russie), soutenant les activités entreprises par l'OMS pour renforcer la lutte contre la grippe pandémique, souligne l'importance de la pratique actuelle d'échange d'échantillons cliniques et de virus par l'intermédiaire du réseau mondial OMS de surveillance de la grippe, qui permet d'évaluer le risque de pandémie et de prévoir les mesures à prendre pour faire face à cette menace. Tous les États peuvent contribuer aux activités du réseau grâce à l'échange de virus et de données sur les séquences génétiques, mais Mme Melnikova n'approuve pas que l'on impose de nouvelles conditions pour ces échanges. Il est nécessaire de coopérer pour que tous les États, y compris ceux qui n'ont pas les moyens de produire des vaccins, aient accès aux outils de diagnostic et à des vaccins efficaces, et l'OMS devrait mettre en place des mécanismes à cette fin. Elle insiste

auprès de tous les États Membres pour qu'ils améliorent leurs systèmes nationaux de santé publique et élargissent la coopération internationale afin de combattre la grippe.

La Fédération de Russie a connu des flambées de grippe aviaire au cours des trois années écoulées et est disposée à faire part de l'expérience qu'elle a acquise dans la prévention de sa propagation. Sa coopération internationale s'étend et un centre collaborateur de l'OMS a été établi à Novossibirsk pour faire des recherches sur les diagnostics et étudier les virus de la grippe à l'intention des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. Cette initiative a reçu l'appui des pays du G8 (Saint-Petersbourg, juillet 2006), dont l'un des grands thèmes de débat a été la lutte contre les maladies infectieuses. Le Gouvernement de la Fédération de Russie a déjà réservé des ressources pour équiper le centre.

Les accords bilatéraux conclus avec l'Azerbaïdjan, le Bélarus, le Kazakhstan, l'Ouzbékistan et l'Ukraine portent notamment sur l'appui matériel et technique aux laboratoires de virologie. Si nécessaire, le Gouvernement est disposé à accroître sa production de vaccins saisonniers à l'intention d'autres pays de la Communauté des États indépendants.

Mme Melnikova est favorable aux recommandations sur les meilleures pratiques pour échanger des virus grippaux et des données sur le séquençage, conformément à la législation nationale en cours. Elle se félicite de l'application du Règlement sanitaire international (2005), important instrument d'échange d'informations épidémiologiques, qui permet de réagir rapidement à une menace et de coopérer à la prévention d'une pandémie.

Le Dr KAZIHISE (Burundi) dit que, même si le Burundi est encore indemne de grippe aviaire, il est conscient de la menace et a élaboré un plan de préparation qui comprend un système de surveillance permettant de réagir rapidement. Il faudrait réduire le coût des vaccins contre la grippe pandémique à un niveau abordable pour les pays qui ne peuvent les fabriquer.

M. CORDOVA VILLALOBOS (Mexique) dit que son pays a lui aussi mis en place un plan national de préparation et d'organisation des secours et offre de communiquer l'expérience ainsi acquise. Le vaccin contre la grippe saisonnière est administré aux enfants de moins de trois ans, aux adultes de plus de 50 ans et aux personnes qui courent un risque élevé ; de plus, un stock stratégique de matériel de protection individuelle et de médicaments a été constitué. Le soutien financier de l'OMS, qui s'élève à environ US \$2 millions, permettra au Mexique de fabriquer un vaccin antigrippal.

Le Mexique appliquera le Règlement sanitaire international (2005) à partir du 15 juin 2007. Un centre national de liaison coordonnera les travaux des deux organes nationaux responsables de la protection contre les risques sanitaires et de la surveillance épidémiologique. En octobre 2006, un essai à l'échelle nationale a testé l'efficacité des mesures de préparation et d'organisation des secours face à la pandémie. M. Córdova Villalobos soutient la proposition d'instituer un groupe de rédaction.

Le Dr BIN ABDUL RAHMAN (Malaisie) dit que la Malaisie s'efforce de se conformer au Règlement sanitaire international (2005) et a créé des points focaux RSI et des mécanismes de surveillance et d'intervention. Elle met continuellement à jour son plan de préparation à la pandémie de grippe. Des exercices de simulation ont lieu régulièrement aux niveaux local et national. La Malaisie a connu quelques flambées de grippe aviaire dans la volaille, mais aucun cas humain n'a encore été détecté. L'intervenant approuve le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R7. Il insiste sur l'importance de mécanismes internationaux transparents, justes et équitables pour assurer à ceux qui en ont besoin des vaccins d'un prix abordable.

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit qu'il faut donner la priorité à la recherche sur l'efficacité des médicaments antiviraux et des vaccins contre la grippe pandémique. L'OMS devrait promouvoir la fabrication du vaccin antigrippal par les pays en développement eux-mêmes et encourager la mise en place de systèmes nationaux de surveillance dans les domaines vétérinaire et de santé publique. L'Organisation doit aussi offrir un appui à la coopération intergouvernementale.

Le Dr HAO Yang (Chine) dit que la Chine continuera à soutenir la surveillance mondiale des virus de la grippe aviaire et de la grippe humaine et les échanges entre États Membres de renseignements connexes et de souches virales. L'OMS devrait encourager les entreprises à fournir un appui financier et technique aux pays en développement afin de les aider à renforcer leurs ressources humaines et leur capacité de riposte. Le Dr Hao Yang constate avec satisfaction les efforts des bureaux régionaux de l'OMS pour constituer des stocks de médicaments et de vaccins et mettre au point un protocole opérationnel détaillé.

Sir Peter BARTER (Papouasie-Nouvelle-Guinée) loue la qualité des rapports. Son pays est vulnérable face à la propagation de la grippe aviaire venue des pays voisins, mais n'a pas les moyens d'assurer la surveillance voulue et de riposter efficacement à une pandémie de grippe. Il remercie l'OMS et divers autres partenaires de leur appui technique et financier, mais son pays est encore loin de pouvoir appliquer intégralement les prescriptions du Règlement sanitaire international (2005). Les pays en développement comme la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont besoin d'appui pour effectuer leurs activités de surveillance, de préparation et de riposte à une pandémie, renforcer les capacités des centres nationaux de lutte contre la grippe et appliquer intégralement le Règlement sanitaire international (2005). Le projet de résolution sur les mécanismes destinés à promouvoir l'accès au vaccin contre la grippe pandémique pour les pays en développement n'ayant pas de capacité de production de vaccin antigrippal suffisante met en fait l'accent sur l'identification des virus utilisables pour la production de vaccins potentiels, l'accès à ces virus, la production de vaccins et leur stockage. Sir Peter Barter demande que les éléments du projet de résolution qui traitent de l'appui à la surveillance systématique de la grippe et à la préparation à une pandémie soient incorporés au texte du projet de résolution recommandé dans la résolution EB120.R7. Il propose également d'insérer les mots « et régionale » après le mot « mondiale », et les mots « et de riposte » après le mot « préparation » dans ce projet de résolution.

Il lui est difficile de soutenir le projet de résolution sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant ; le libellé en est trop confus dans le contexte d'une question de santé d'importance mondiale qui exige l'attention et la coopération de tous les pays.

Le Dr NISHIYAMA (Japon) loue la façon dont l'Indonésie communique les échantillons de virus grippaux par l'intermédiaire du réseau de centres collaborateurs de l'OMS. Il souligne l'intérêt que représente pour le monde entier la fourniture d'échantillons provenant des pays touchés et l'échange immédiat de virus par tous les pays, notamment les pays touchés. Au Japon, l'Institut national des Maladies infectieuses, qui est un centre collaborateur de l'OMS, partagera les échantillons ainsi que les diverses informations fournis par l'Indonésie sur ce virus, sans accord spécifique sur le transfert de matériel, conformément à la politique de l'OMS en cours.

Un mécanisme multilatéral, lancé par l'OMS, jouerait un rôle important dans la distribution impartiale et transparente de vaccins d'un prix abordable à ceux qui en ont besoin. Il faudrait renforcer les partenariats avec l'industrie des vaccins.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) dit que l'on connaît bien l'efficacité de la vaccination dans la lutte contre les maladies infectieuses, en particulier lors d'une pandémie, mais qu'il faut améliorer les services de santé et l'accès à ces services, en particulier s'agissant des soins de santé primaires. Les questions d'éthique qui peuvent se poser au cours des interventions nationales et internationales pour lutter contre une pandémie doivent être étudiées, ainsi que le rôle des médias en pareille situation.

M. MASUKU (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) dit que la FAO continue à accorder la priorité aux efforts de lutte contre la grippe aviaire et la grippe pandémique. La propagation intercontinentale au début de l'année 2006 du virus hautement pathogène de la grippe aviaire a eu pour conséquence que de nombreux pays ont été infectés pour la première fois

par le sous-type H5N1. Cependant, les pays les plus touchés au cours des trois premières années par des vagues d'épizootie, la Chine, la Thaïlande et le Viet Nam, ont réussi à maîtriser la situation. À l'échelle mondiale, la situation s'est améliorée et la plupart des pays d'infection ou de réinfection récente se sont montrés plus à même de dépister et signaler les flambées, d'y faire face et de se retrouver exempts de la maladie.

Le virus a continué à circuler dans certaines régions. Actuellement, ce sont plutôt des flambées soudaines de la maladie ou sa persistance qui mettent à l'épreuve la stratégie de lutte contre l'infection de la volaille par le virus H5N1 hautement pathogène. La poursuite de l'abattage dans les pays où la maladie n'a pas été éradiquée est de plus en plus insoutenable ; les pays touchés ont de plus en plus recours à la vaccination. Dans de telles circonstances, la FAO et l'OIE sont favorables à la vaccination, à condition qu'elle soit pratiquée dans le respect des normes internationales admises et selon les directives en place pour les procédures. La vaccination n'a rien perdu de son utilité mais le risque de voir le virus évoluer n'a pas disparu des zones où le H5N1 persiste. Les stratégies de lutte doivent être envisagées en tenant compte des divers facteurs agroécologiques, socio-économiques, institutionnels et politiques. L'adoption d'une approche mondiale est tout aussi essentielle que l'échange de virus et de données sur le séquençage d'un pays à l'autre et d'un régime politique à l'autre.

La FAO a constitué des équipes d'appui dans les pays les plus touchés et des équipes multidisciplinaires chargées de la grippe aviaire au niveau régional en Afrique et en Asie. Grâce à l'appui généreux de donateurs, il a été possible d'instituer un centre de gestion de la crise au Siège de la FAO. Sur le terrain, la FAO a redoublé d'efforts avec l'OIE et le Bureau interafricain pour les Ressources animales. Avec l'OIE, la FAO dirige un cadre mondial pour la maîtrise progressive des maladies animales transfrontières destiné à soutenir et renforcer les services vétérinaires, la surveillance épidémiologique, les réseaux de laboratoires et les mécanismes d'alerte précoce et de riposte aux maladies. La collaboration avec l'OMS est également renforcée, en particulier dans le domaine des zoonoses, et notamment celui de la transmission de pathogènes émergents de l'animal à l'homme et celui des maladies d'origine alimentaire. La FAO, l'OIE et l'OMS ont mis en route un Système mondial d'alerte précoce et de réaction rapide pour améliorer la vigilance internationale et renforcer la capacité de riposter à des flambées internationales de maladies animales représentant une menace pour la santé publique. Etant donné que l'émergence d'une grippe aviaire hautement pathogène résulte de l'activité humaine, la solution doit passer par des choix et des priorités qui incombent à l'homme.

Le Dr NABARRO (Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine) met en garde contre l'éventualité d'une crise humanitaire majeure. Les récentes flambées de maladies infectieuses et les pandémies précédentes ont eu d'importantes répercussions sur les systèmes sociaux, économiques et de gouvernance, comme l'a reconnu le Règlement sanitaire international (2005). Dans leurs stratégies de préparation, les pays se préoccupent donc de plus en plus de l'impact d'une pandémie au-delà du secteur de la santé. Divers organismes humanitaires des Nations Unies travaillent avec l'OIT, la FAO, l'OMS, l'UNICEF, l'Organisation de l'Aviation civile internationale, le PAM et l'Organisation mondiale du Tourisme pour soutenir les stratégies nationales, notamment dans le domaine des services essentiels et de la gouvernance en cas de pandémie. Ils ont aussi établi des relations avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, et font campagne pour qu'un vigoureux effort intergouvernemental permette d'atténuer les effets de la prochaine pandémie de grippe. Le Dr Nabarro ajoute que son Bureau coordonne l'action conduite dans le cadre du système des Nations Unies et qu'il continuera à travailler avec les autorités nationales, en liaison avec l'OMS et les autres institutions spécialisées pour prévoir les aspects autres que ceux d'ordre sanitaire d'une pandémie de grippe.

Le Dr RYS (Commission européenne) dit que la grippe pandémique a un rang de priorité élevé dans l'ordre du jour de la Commission. La préparation est bonne mais il faudra encore deux ou trois ans pour atteindre un niveau satisfaisant. La Commission collabore étroitement avec le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies qui a récemment fait rapport sur l'état de

préparation des États Membres. On ne peut parer convenablement aux menaces sanitaires que présente une grippe pandémique sans faire appel au partenariat international. Avec le Centre européen et le Bureau régional de l'Europe, la Commission a organisé des ateliers conjoints pour que le Bureau régional et les États Membres se communiquent leurs meilleures pratiques.

La Commission soutient les efforts faits dans le monde entier pour lutter contre la grippe aviaire et prévenir la grippe pandémique, ainsi que la fourniture d'une assistance technique et financière de la communauté internationale aux pays en développement touchés par la grippe aviaire. Le Règlement sanitaire international (2005) est une très bonne chose, et le Dr Rys espère qu'il entrera bientôt en vigueur.

Le Dr DUPLESSIS (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge), parlant à l'invitation du PRÉSIDENT, dit que l'ampleur d'une pandémie de grippe humaine exigera la participation des gouvernements, en partenariat avec les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de la société civile et du secteur privé. Il faut sans attendre renforcer les capacités au niveau local et trouver de nouvelles ressources, mais une grande partie de l'assistance promise n'est pas encore parvenue.

La Fédération internationale travaille à la prévention et à l'endigement des flambées de grippe aviaire et à la préparation face à une grippe pandémique par l'intermédiaire de son réseau de membres, dont beaucoup ont une grande expérience des situations d'urgence. Des bénévoles formés assurent un traitement préventif partout, car ils sont en liaison étroite avec les communautés locales. Les interventions contre la grippe aviaire sont en cours dans plus de 20 pays d'Afrique, d'Asie et d'Europe. Les sociétés nationales peuvent jouer un rôle clé lors d'une alerte en phase 4 ou 5 ou d'une pandémie.

La Fédération internationale a déjà constitué un partenariat de travail avec plusieurs organisations humanitaires. Elle collabore aussi étroitement avec le Bureau du Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour les gripes aviaire et humaine, dont il loue l'excellent travail. Le fait que l'OMS soit disposée à promouvoir des partenariats grâce à ses contacts avec les ministères de la santé est une initiative dont il faut se féliciter. La Trentième Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Genève, 20-22 novembre 2007) contribuera à renforcer la collaboration avec les gouvernements. La grippe aviaire doit rester au premier rang des priorités ; il ne faut pas la perdre de vue simplement parce que les avertissements lancés par les médias ne se sont pas encore matérialisés. L'activité actuelle concernant la grippe aviaire et humaine est aussi l'occasion d'acquérir une expérience précieuse dans la préparation à d'autres menaces mondiales.

Le Dr HEYMANN (Sous-Directeur général) fait observer que de nombreux États Membres doivent renforcer la capacité de leur secteur de la santé à faire face à une pandémie, et que d'autres États Membres ont offert leur appui. Les conseils que l'OMS a diffusés en 2005 sur l'échange des virus grippaux en temps utile sont restés sur le site Web de l'OMS après la réunion de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe en septembre 2006. Dans le cadre du processus de mise en œuvre rapide du Règlement sanitaire international (2005), pour ce qui est de la grippe aviaire, sept bonnes pratiques ont été mises au point pendant la première réunion de l'équipe spéciale, afin que, en application du Règlement révisé, l'échange de virus soit effectivement conduit dans un environnement différent, et que ces bonnes pratiques remplacent les conseils donnés en 2005.

(Voir l'approbation d'un projet de résolution dans le procès-verbal de la treizième séance.)

Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique : Point 12.2 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R8, A60/9 et A60/40)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), invitée par le Président à présenter ce point de l'ordre du jour en qualité de Rapporteur, dit qu'à sa cent vingtième session, le Conseil a étudié les résolutions précédentes de l'Assemblée de la Santé relatives à la destruction des stocks de virus variolique ainsi

que le rapport sur la huitième réunion du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique. Celui-ci portait sur les progrès accomplis dans la recherche-développement concernant les antiviraux, l'amélioration des vaccins, le renforcement de la sécurité des tests diagnostiques et le séquençage du génome.¹ Le Conseil s'est accordé sur le principe de la destruction des stocks de virus variolique vivant, mais non sur le moment où il réexaminerait le programme de recherche afin de pouvoir fixer une date ferme pour leur destruction.

Le Dr AMMAR (Liban), parlant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, fait observer que la destruction des stocks de virus variolique est remise à une date ultérieure depuis 1999, dans l'intérêt de la recherche en santé publique. Le programme de recherche est étendu et de nombreuses études sont d'une importance limitée pour la santé publique. À sa septième séance, en novembre 2005, le Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique a fait le point des progrès accomplis par la recherche sur le virus vivant de la variole et a conclu que celui-ci n'était plus nécessaire pour le travail sur le séquençage, les diagnostics et les vaccins. L'OMS devrait évaluer l'ensemble des résultats obtenus, établir un calendrier pour la recherche en cours et fixer une date limite pour la destruction des stocks existants. Les pays en développement devraient avoir la possibilité d'assurer eux-mêmes le dépistage précoce de toute maladie et l'intervention correspondante dans le cadre de la sécurité sanitaire mondiale. Le Dr Ammar souligne que c'est à l'OMS qu'il appartient de veiller à l'application de ses résolutions.

M. MSELEKU (Afrique du Sud), parlant au nom des États Membres de la Région africaine, lui rappelle que dans sa résolution WHA33.3 la Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré l'éradication mondiale de la variole. Les Assemblées de la Santé qui ont suivi ont décidé la conservation temporaire des stocks de virus variolique puis leur destruction finale. Le projet de résolution devrait permettre à la présente Assemblée de la Santé de parvenir à un consensus. Il note l'engagement de procéder à un examen majeur de la recherche passée, présente et prévue, d'évaluer chaque année la nécessité de conserver plus longtemps les stocks existants de virus variolique, de procéder à l'inspection des deux conservatoires autorisés pour veiller à ce que les laboratoires répondent aux normes de sécurité et de sûreté biologiques, enfin, de soumettre chaque année un rapport détaillé à l'Assemblée de la Santé. Il note aussi que le Directeur général a été prié de revoir la composition du Comité consultatif OMS et la participation des conseillers et observateurs aux réunions du Comité pour assurer une représentation géographique équilibrée et l'indépendance des membres de ce Comité.

Etant donné les progrès manifestes accomplis pour donner suite aux engagements énoncés dans le projet de résolution, le Groupe africain peut convenir que l'examen devra être terminé en 2010. Il sera ainsi possible de parvenir à un consensus à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur la date de destruction des stocks de virus variolique existants. Cet examen devra être de grande portée et il faudra obtenir l'assurance qu'aucun stock ne sera conservé à l'insu de l'Organisation.

Le Dr WANNA HANSHAOWORAKUL (Thaïlande) dit que les stocks de virus variolique devront être détruits le plus tôt possible. Elle sait bien que des virus vivants seront nécessaires pour garantir l'efficacité des tests *in vitro* et qu'aucun agent antiviral de la variole n'a encore été breveté. Cependant, il faut évaluer la recherche en cours dans l'optique de ses chances de succès et surveiller étroitement son déroulement en fonction du calendrier prévu. Les résultats de la recherche devront être diffusés publiquement pour permettre un débat sur la nécessité d'engager de nouvelles études.

Les rapports sur le déroulement et les résultats des inspections concernant la sécurité et la sûreté des conservatoires autorisés devront être mis à la disposition du public. Selon le rapport du Comité consultatif sur sa huitième session, tous les projets de recherche ont été autorisés jusqu'à la fin

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 3.

de 2007, après quoi ils seront réévalués. Comme il faudra probablement encore une année pour les mener à terme et pour consigner leurs résultats, il faut prévoir de commencer l'examen majeur des résultats en 2008.

Selon le paragraphe 4.1) du projet de résolution présenté dans la résolution EB120.R8, il sera procédé à cet examen majeur en 2009 et l'Assemblée de la Santé devra être parvenue à un consensus à sa soixante-troisième session au plus tard. Il faudrait insérer une nouvelle phrase à la fin du paragraphe 4.5) indiquant que le rapport de mission d'inspection devrait être mis à la disposition du public sur le Web pour information.

M. SCHOLTEN (Allemagne) s'exprime au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres. La Croatie et l'Ex-République yougoslave de Macédoine et la Turquie (pays candidats), l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro et la Serbie (pays engagés dans le processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels), l'Islande (pays de l'Association européenne de libre-échange, membre de l'Espace économique européen) ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova s'associent à sa déclaration. Il reconnaît les remarquables progrès faits par la recherche sur de nouveaux outils de diagnostic et sur le traitement des orthopoxviroses. Il se félicite des efforts accomplis pour que se confirme la probabilité de voir les stocks de virus détruits à une date précise et soutient le projet de résolution présenté dans la résolution EB120.R8. En attendant la mise en place de nouvelles méthodes de recherche, il reste nécessaire de conserver des stocks de virus, mais toute recherche approuvée doit toujours viser un résultat, se faire dans un délai donné et être transparente. En attendant, il faut que soit autorisée la poursuite de la conservation temporaire des stocks existant dans les deux conservatoires pour permettre des recherches complémentaires au niveau international et qu'une nouvelle date de destruction soit fixée uniquement lorsque les résultats de ces recherches permettront de parvenir à un consensus sur la date et le processus de destruction. Il faudrait procéder à un examen majeur de la recherche en 2010, de façon que la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé puisse parvenir à un tel consensus.

Mme IMAI (Japon) réaffirme le principe selon lequel l'éradication de la variole signifie la destruction des stocks de virus variolique vivant dans les laboratoires. Cependant, étant donné la menace permanente de bioterrorisme, la recherche en cours doit contribuer aux efforts qui visent les objectifs de santé publique. C'est pourquoi elle apprécie le fait que le Comité consultatif fasse régulièrement le point de la recherche axée sur les résultats et limitée dans le temps.

Les avancées technologiques récentes ajoutent à la valeur de la recherche actuelle. Cependant, l'écart entre les générations peut signifier que certains chercheurs ne sont guère au courant du programme OMS d'éradication de la variole. Il faudrait mettre les instituts ou laboratoires de recherche au fait de la politique de l'OMS concernant la réglementation des expérimentations sur l'ADN recombinant lié à des fragments de virus variolique.

Il est peut-être difficile de parvenir à un consensus sur la date à laquelle les stocks de virus seront détruits, en particulier du fait que, faute d'information, il n'est guère aisé de préciser la durée de la recherche, mais ce but doit être atteint.

M. A. P. SINGH (Inde) se félicite d'apprendre que les souches de virus continuent d'être détenues dans les deux conservatoires autorisés avec les mesures de protection requises, mais estime préoccupant que l'on continue à conserver le virus variolique sans que la date de sa destruction totale soit fixée.

L'Inde s'intéresse de très près à l'élaboration d'un cadre opérationnel concernant la réserve OMS de vaccin antivariolique, qui lui permettrait d'obtenir en temps voulu les quantités de vaccin éventuellement nécessaires. Ce cadre doit reposer sur une représentation géographique équilibrée et une représentation adéquate des États Membres considérés comme les plus vulnérables face à un événement naturel imprévu ou à la libération accidentelle ou délibérée d'un virus variolique quel qu'il soit. Les autres suggestions contenues dans le projet de résolution méritent d'être soutenues.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) dit qu'en définitive l'objectif est la destruction de tous les stocks de virus variolique restants mais que la décision finale doit être prise après mûre réflexion. La décision concernant la date de cette destruction et la fin des recherches en cours doit être prise en 2010 au plus tard. La variole est totalement éradiquée depuis 1980 : on a donc déjà eu amplement le temps de procéder aux recherches et expériences. Avec l'émergence de la caractérisation de l'ADN et des matériels génétiques permettant la production de vaccins, il n'est plus nécessaire de conserver des stocks. Par ailleurs, la libération éventuelle de virus dans l'atmosphère représente une grave menace pour la sécurité biologique. À mesure que progressera la biotechnologie, il y aura davantage d'agents pathogènes et il pourra se créer de nouveaux organismes pathogènes.

Le Dr Oliveros soutient fermement les propositions favorables à une représentation plus équilibrée au sein du Comité consultatif et à la présentation de rapports de situation sur les étapes de la destruction finale du virus variolique.

M. SAADAT (République islamique d'Iran) dit que depuis que l'Assemblée de la Santé a décidé il y a plusieurs années la destruction des stocks de virus restants, la conservation temporaire de ces stocks aux fins de recherches est devenue la règle parce qu'une poignée de pays ont fait traîner les choses en longueur. Au lieu de faire acte d'autorité pour que soit respectée une date de destruction, l'Assemblée de la Santé a laissé le Comité consultatif autoriser un programme étendu, diversifié et apparemment sans fin d'activités de recherche, qui sert à justifier le maintien des stocks pendant encore des années. Or des experts indépendants ont confirmé que toutes les recherches essentielles qui exigeaient des stocks vivants sont terminées et qu'il existe une réserve de vaccins et d'outils de diagnostic. L'Assemblée de la Santé devrait demander au Comité consultatif de rédiger un rapport évaluant la situation, fixer une nouvelle date de destruction, interdire toute manipulation génétique des stocks de virus, voir si le Comité consultatif a accompli son mandat et, enfin, élaborer pour la période allant jusqu'à la destruction un programme de recherche axé sur les résultats, limité dans le temps et réglementé. La composition du Comité consultatif et ses méthodes de travail doivent être remaniées. Les stocks de virus vivant doivent être considérés comme un bien public mondial relevant d'une compétence mondiale. Les deux conservatoires existants devraient être considérés comme des installations mondiales dont tous les États Membres seraient responsables et dont les résultats de la recherche qu'elles conduiraient seraient propriété mondiale.

La primauté de la santé publique doit être défendue en toute circonstance : l'OMS ne doit pas se laisser entraîner dans des domaines qui dépassent sa compétence ou ne relèvent pas de son mandat, ni se retrouver à la merci d'intérêts qui n'ont rien de commun avec la santé. Le fait que des stocks de virus puissent servir d'arme biologique est terrifiant. Comme ces stocks peuvent être utilisés à des fins condamnables ou libérés accidentellement, en hésitant à les détruire, on rend le monde moins sûr. L'éradication est un terme absolu qui ne s'applique pas uniquement à la variole proprement dite mais aussi aux agents qui en sont la cause. M. Saadat exprime son appui à la déclaration faite au nom des États Membres de la Région africaine.

Le Dr STEIGER (États-Unis d'Amérique) soutient fermement la poursuite des recherches essentielles qui utilisent les stocks de virus variolique vivant détenus dans les deux conservatoires officiels. Cela dit, son Gouvernement reste déterminé à appliquer intégralement la résolution WHA55.15. D'éminents savants de renommée internationale n'ont pas encore épuisé le potentiel de recherche que représente le virus vivant, et la recherche en cours est centrée sur la conception de meilleurs outils de diagnostic, de nouveaux agents antiviraux et de meilleurs vaccins. Par ailleurs, de récentes recherches donnent aussi à penser que les vaccins existants pourraient perdre de leur puissance. Il se félicite qu'un tableau spécial de chercheurs, africains notamment, ait été réuni en août 2006 pour faire le point de la situation. Les participants ont insisté sur la nécessité de poursuivre une recherche qui est profitable à tous, en particulier ceux dont le système immunitaire est affaibli.

Au cours de l'année écoulée, le Secrétariat et les États Membres ont participé aux divers groupes de travail à composition non limitée chargés de cette question ; le Dr Steiger apprécie tout particulièrement les contributions des États Membres africains. Il soutient le projet de résolution qui prévoit un examen majeur en 2010. Il faudrait achever l'élaboration du cadre opérationnel prévu pour

les réserves de vaccins de l'OMS, et il prie instamment le Secrétariat d'y travailler, avec la contribution des États Membres. Quant à l'amendement au paragraphe 4.5) de la résolution présentée dans la résolution EB120.R8, qui a été proposé par le délégué de la Thaïlande, le rapport de l'équipe d'inspecteurs qui a visité les conservatoires des États-Unis et de la Fédération de Russie contient des informations qui ne doivent pas tomber en de mauvaises mains. Il suggère donc que cet amendement indique plutôt que le rapport de la mission d'inspection doit être mis à la disposition du public sur le Web pour information, après rédaction appropriée.

M. PIRIMKULOV (Ouzbékistan) soutient la position de la Fédération de Russie selon laquelle il ne faut pas fixer de date butoir artificielle pour la destruction des stocks de virus. Il est prématuré de prendre une décision tant que les recherches n'ont pas été menées à leur terme.

Le Dr HUWAIL (Iraq) estime qu'il est essentiel de définir un objectif clair pour fixer une date limite à la recherche, de façon que l'on puisse procéder à la destruction des stocks de virus le plus tôt possible.

La séance est levée à 17 h 30.

TROISIÈME SÉANCE

Mercredi 16 mai 2007, 9 h 30

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

puis : Dr A. BALBISI (Jordanie)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique : Point 12.2 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R8, A60/9 et A60/40) (suite)

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que la menace de variole qui a pesé sur le Koweït pendant la Guerre du Golfe a sérieusement inquiété ce pays et ses voisins. Etant donné le risque inhérent aux virus vivants, le risque de bioterrorisme et l'amélioration du traitement de la variole, les stocks de virus variolique devraient être détruits d'ici 2010. Il appuie sans réserve la proposition allant dans ce sens.

M. MACPHEE (Canada) approuve entièrement l'idée de détruire les stocks restants de virus variolique vivant. La date de la destruction ne devrait être fixée que lorsque les stocks ne seront plus nécessaires à la recherche en santé publique. L'examen majeur mentionné au paragraphe 4.1) du projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R8 doit être définitif, complet et scientifique. Les États Membres doivent avoir suffisamment de temps pour en analyser les résultats dans le détail avant l'Assemblée de la Santé. Par conséquent, M. Macphee partage le point de vue exprimé par les délégués de l'Allemagne et des États-Unis d'Amérique selon lequel cet examen devrait avoir lieu en 2010. La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé parviendra à un consensus sur la date de la destruction.

Comme le délégué de la Thaïlande, il pense qu'il faudrait mettre à la disposition des États Membres une sorte de rapport d'inspection.

Le Dr HAO Yang (Chine) relève que certains pays ont réalisé des progrès dans le diagnostic de la variole, les travaux de recherche-développement et l'évaluation de nouveaux agents antiviraux. L'OMS devrait définir des programmes et des objectifs pour les recherches futures. Des mesures plus strictes garantiraient la sûreté biologique dans les laboratoires. Le Secrétariat devrait présenter aux États Membres des rapports sur les avancées de la recherche.

Le Dr TANGI (Tonga) approuve le point de vue exprimé par le délégué du Canada. À ce jour, les longues discussions concernant le virus variolique ont porté essentiellement sur les stocks des deux conservatoires officiels. Toutefois, c'est seulement lorsque l'OMS sera assurée qu'il n'existe pas de stocks inconnus de virus qu'il faudra établir un calendrier pour détruire les stocks détenus dans les conservatoires autorisés.

Il demande des précisions sur la signification juridique du terme « propriété » utilisé au paragraphe 4.11) du projet de résolution. Comme le délégué de la Thaïlande, il pense que les informations sur les inspections mentionnées au paragraphe 4.5) devraient être facilement accessibles aux États Membres.

Le Dr FEDOROV (Fédération de Russie) dit que le risque étant toujours présent, la Fédération de Russie entend poursuivre les recherches sur le virus variolique, conformément aux résolutions WHA52.10 et WHA55.15. Malgré les progrès de la recherche sur le virus, les nouveaux vaccins, les agents antiviraux et les moyens diagnostiques, il n'existe toujours pas de moyens de prévention ou de traitement homologués, efficaces et sûrs.

L'utilisation possible du virus variolique à des fins terroristes pourrait avoir des conséquences catastrophiques, notamment parce que la majeure partie de la population mondiale n'en est pas préservée. Outre les stocks détenus dans les deux conservatoires officiels, il existe peut-être des stocks non pris en compte qui pourraient tomber aux mains de personnes malintentionnées. La destruction des stocks officiels risquerait d'inciter des groupes prêts à recourir au bioterrorisme à intensifier leurs activités. Les manipulations génétiques du virus pourraient rendre inefficace, voire dangereux, l'ensemble des outils mis au point jusqu'ici pour lutter contre la variole. La conservation des stocks officiels en Fédération de Russie et aux États-Unis et le maintien d'une infrastructure de laboratoire où le niveau de sûreté biologique est maximal et le personnel très qualifié sont des moyens déterminants pour empêcher l'utilisation du virus à des fins terroristes.

A-t-on suffisamment réfléchi au risque de réapparition du virus de la variole à partir d'une source naturelle ? En 1996 et 1997, la flambée d'orthopoxvirose simienne a montré qu'une maladie infectieuse émergente pouvait vraiment se répandre dans la population humaine. La destruction des stocks officiels de virus variolique entraînerait inévitablement une baisse de la surveillance de cette maladie, le recul progressif puis la disparition des compétences spécialisées – ce qui serait gravement irresponsable. Après l'éradication mondiale de la variole, les recherches scientifiques sur le virus, les nouveaux vaccins et les agents antiviraux ont diminué ou cessé et les médecins ne savent pratiquement plus diagnostiquer et traiter la maladie. Si l'agent n'existe plus, il sera impossible de conserver des moyens de laboratoire coûteux et de continuer à former du personnel hautement qualifié. D'où viendrait le personnel de santé capable de réagir rapidement en cas d'attaque bioterroriste ou de réapparition naturelle ou d'émergence d'une maladie due à un orthopoxvirus qui aurait évolué ? Comment les échantillons seraient-ils prélevés et transportés ? Où les échantillons suspects seraient-ils déposés ? Qui poserait le diagnostic et qui prendrait les mesures nécessaires pour localiser une flambée ? Ces questions n'ont pas de réponse.

Les centres scientifiques de la Fédération de Russie et des États-Unis exercent leurs activités sous les auspices du Secrétariat de l'OMS en suivant les instructions de l'Assemblée de la Santé. Le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique examine les résultats des travaux entrepris chaque année et procède aux ajustements nécessaires. Il est impératif de poursuivre les recherches sur des vaccins plus efficaces et plus sûrs, des moyens diagnostiques améliorés, sur les agents antiviraux, le génome du virus et la pathogenèse de l'infection. La question de la levée du moratoire concernant la destruction des stocks de virus variolique autorisés ne devrait être abordée que lorsque la communauté internationale aura accès à des vaccins sûrs et efficaces, que l'on aura mis au point des agents antiviraux à l'efficacité prouvée agissant selon des modes différents et que des moyens diagnostiques spécifiques du type et de la souche seront disponibles. Cela peut prendre 10 ans, voire plus.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe) dit qu'il y a consensus sur la nécessité de détruire tous les stocks de virus variolique restants connus, la question est de savoir quand. Les conclusions de l'examen majeur devraient être présentées en 2010. Une date devrait alors être fixée pour la destruction définitive des stocks.

Le Dr OGWELL (Kenya) souligne que la résolution WHA55.15 n'a autorisé la prolongation du maintien des stocks de virus variolique existants qu'à titre temporaire. En raison de la menace d'actes bioterroristes, cette mesure n'est pas une garantie de sécurité pour le monde ; elle peut encourager d'autres personnes à se procurer des virus similaires. Il faudrait mettre l'accent sur les conséquences pour la santé publique d'une dissémination du virus. L'examen devrait avoir lieu en 2010, et la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé devrait fixer une date pour la destruction.

Le Professeur HORVATH (Australie) dit que l'Australie est favorable au maintien de stocks limités et contrôlés de virus variolique uniquement aux fins des recherches essentielles. Ils auraient leur importance pour riposter rapidement et mener des recherches en cas de réapparition naturelle ou de dissémination intentionnelle du virus de la variole ou d'un virus similaire. La recherche pourrait également avoir besoin d'un stock de virus variolique à l'avenir.

Le Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique devrait examiner toutes les propositions de recherche utilisant les stocks de virus variolique afin de déterminer s'il s'agit de recherches essentielles et si l'ensemble des normes de sûreté et de sécurité biologiques sont respectées. L'examen majeur mentionné au paragraphe 4.1) du projet de résolution devrait avoir lieu en 2010.

Le Dr ST. JOHN (Barbade), prenant la parole au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, appuie le projet de résolution. Il faudrait réaliser l'examen majeur en 2010. le Dr St. John fait confiance au Comité consultatif de la Recherche sur le Virus variolique et relève que tous les stocks sont en sécurité et répertoriés. Les avancées de la recherche, la diminution des besoins de virus variolique et la sûreté et la sécurité sont des questions qui doivent être suivies avant de fixer une date pour la destruction des stocks.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) dit que, même si la date de 2009 est indiquée pour l'examen majeur, les pays semblent être favorables à ce que l'on mentionne la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé aux paragraphes 3 et 4.1) du projet de résolution, et l'année 2010 au paragraphe 4.1). Un amendement au paragraphe 4.5) proposé par le délégué de la Thaïlande, puis modifié par le délégué des États-Unis, entraînerait l'insertion, à la fin du paragraphe 4.5), des mots « les rapports des missions d'inspection devraient être mis à la disposition du public pour information après rédaction appropriée ».

Le Dr WANNA HANSHAOWORAKUL (Thaïlande) dit que l'examen pourrait avoir lieu indifféremment en 2009 ou en 2010. S'agissant de l'amendement qu'il est proposé d'apporter au paragraphe 4.5), les rapports d'inspection devraient se fonder sur des considérations scientifiques et être exempts de toute trace d'influence politique. Par conséquent, ils devraient être disponibles sans faire l'objet d'une rédaction particulière.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) dit que la version intégrale des rapports pourrait contenir des informations à ne pas mettre entre toutes les mains pour des raisons de sûreté et de sécurité, par exemple les informations concernant l'accès aux sites où les stocks de virus variolique sont détenus.

Le Dr WANNA HANSHAOWORAKUL (Thaïlande) propose d'amender le texte en insérant les termes « après un examen scientifique approprié ».

Après que des précisions ont été apportées, 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 WHA60.1.

Le Dr Balbisi prend la présidence.

Lutte contre la leishmaniose : Point 12.3 de l'ordre du jour (documents EBSS-EB118/2006/REC/1, résolution EB118.R3, et A60/10)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution contenu dans la résolution EB118.R3.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) dit que le rapide succès du Bangladesh dans l'endigement de la leishmaniose viscérale qui, avec environ 40 000 cas par an, est endémique, a été un bienfait collatéral de la pulvérisation de DDT à effet rémanent à l'intérieur des habitations pour lutter contre le paludisme. Le Bangladesh a signé un mémorandum d'accord avec l'Inde et le Népal en 2005 pour éliminer la leishmaniose viscérale, l'élimination correspondant à une incidence inférieure à un cas pour 10 000 habitants. Au Bangladesh, les mesures de lutte ont notamment consisté à pulvériser de la deltaméthrine à effet rémanent, à poser un diagnostic précoce au moyen de bandelettes réactives k39 utilisant l'antigène recombinant et à traiter le mal à la miltéfosine administrée par voie orale à l'hôpital en ambulatoire. Un essai de phase IV est en cours dans 11 hôpitaux de sous-district sur plus de 300 patients, et l'on espère améliorer l'observance par l'administration d'une association de traitements : amphotéricine B sur une courte période et miltéfosine par voie orale pendant 14 jours. Il faut poursuivre les recherches sur différents protocoles. Les principales stratégies d'élimination passeront par un diagnostic précoce, un traitement rapide, une surveillance entomologique et épidémiologique, la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticide à effet rémanent et un effort d'information, d'éducation et de communication. L'élimination de la leishmaniose viscérale devrait dynamiser les efforts d'atténuation de la pauvreté. On songe à instituer un registre régional des cas de leishmaniose viscérale chez les femmes enceintes. Le Bangladesh demande un appui financier pour ses activités de lutte contre cette maladie, et l'intervenant espère que l'OMS négociera avec l'industrie une réduction du prix de la miltéfosine.

Le Dr MESSELE (Éthiopie), parlant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, dit que la leishmaniose, viscérale et cutanée, est responsable d'une morbidité et d'une mortalité considérables en Afrique ; plusieurs pays ont connu des épidémies. La charge de la maladie n'est pas déterminée avec précision étant donné le manque de systèmes de surveillance et elle n'est pas bien reconnue par le grand public, ni par la plupart des agents de santé. La co-infection leishmania/VIH aggrave le problème. Le traitement est onéreux et entraîne des effets secondaires. Le Groupe africain se félicite des efforts faits par l'OMS pour lutter contre la maladie. Dans ce but, l'Organisation devrait aussi faciliter la recherche de médicaments plus sûrs, plus efficaces et moins chers, la recherche opérationnelle et la collaboration transfrontalière. Le Dr Messele soutient le projet de résolution.

M. CHAOUKI (Maroc), parlant au nom des 22 États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que la leishmaniose est endémique dans bien des pays de la Région et que les épidémies périodiques sont courantes. Les bâtiments et infrastructures détruits par un conflit ou une catastrophe naturelle deviennent des gîtes larvaires du phlébotome, ce qui favorise la propagation rapide de la maladie. Les mouvements de réfugiés y contribuent aussi. Deux formes cutanées et deux formes viscérales de leishmaniose ont été découvertes dans la Région. Des flambées de leishmaniose cutanée zoonotique causées par *Leishmania major* se sont produites dans des régions désertiques après des années pluvieuses ou à la suite de travaux de mise en valeur des ressources en eau, propices à l'accroissement des populations de rongeurs qui constituent le réservoir sauvage. Beaucoup de pays de la Région sont touchés, avec quelque 50 000 cas par an. La leishmaniose cutanée zoonotique peut être combattue par des modifications écologiques permettant de réduire le réservoir de rongeurs. Il conviendrait donc de modifier le paragraphe 2.2)a) du projet de résolution en insérant les mots « et les réservoirs » ; le texte serait ainsi libellé : « de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte

contre les vecteurs et les réservoirs ». On a connu d'importantes flambées de leishmaniose cutanée anthroponotique ces dernières années, par exemple en Afghanistan en 2003, principalement du fait du déplacement de populations non immunes dans des zones d'endémie. Bien qu'efficace, la lutte antivectorielle au moyen de pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations n'est ni pratique ni bon marché, mais les moustiquaires imprégnées d'insecticide peuvent avoir leur utilité. La leishmaniose viscérale infantile est sporadique dans la Région. Des flambées de leishmaniose viscérale anthroponotique se produisent principalement au Soudan, mais sont de plus en plus rares depuis quelques années, les populations se déplaçant moins et le diagnostic et la couverture thérapeutique s'étant améliorés.

L'OMS a récemment négocié une importante réduction du prix de l'antimoniote de méglumine pour le secteur public des pays en développement, ce qui devrait permettre des progrès majeurs dans le renforcement du traitement. Toutes les parties concernées doivent être remerciées. M. Chaouki soutient le projet de résolution avec les amendements proposés.

Prenant la parole en tant que délégué du Maroc, il dit que les formes cutanée et viscérale de la leishmaniose sont endémiques. Le programme de lutte est fondé sur la lutte antivectorielle, le dépistage des cas et le traitement, une campagne de sensibilisation de la population et une étroite collaboration intersectorielle. Il faut renforcer les capacités locales de lutte contre la maladie, produire des médicaments efficaces à faible coût et encourager l'usage des moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Le Dr ZARAMBA (Ouganda) se félicite de l'importance donnée aux maladies tropicales négligées et à leur maîtrise. Les leishmanioses cutanéomuqueuse et viscérale sont endémiques dans le nord-est de l'Ouganda. Les insuffisances du système de santé et le coût élevé de la miltéfosine et de l'amphotéricine B freinent l'application des mesures de lutte. Le Dr Zaramba soutient le projet de résolution.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) dit que la leishmaniose reste l'une des maladies tropicales les plus négligées, que l'on a peu d'outils pour la combattre et aucun critère pour orienter les mesures de lutte. La co-infection leishmania/VIH est une tendance mondiale de mauvais augure qui aboutit à la propagation de la leishmaniose au-delà des régions autrefois zones d'endémie. Dans le cadre du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, il est urgent de procéder à des recherches sur des médicaments efficaces et bon marché et des outils de diagnostic rapides et fiables. Cartographier la répartition de la maladie et des populations à risque est une autre priorité. La gestion et la maîtrise intégrées du vecteur devraient renforcer une approche multiforme de l'interruption de la transmission de la maladie. La République islamique d'Iran est toujours un pays d'endémie s'agissant de la leishmaniose cutanée et pourrait partager avec d'autres pays d'endémie l'expérience qu'elle a acquise dans la lutte contre ce mal. Le Dr Sadrizadeh soutient le projet de résolution.

Mme JOHRI (Inde) dit que l'Inde a signé un mémorandum d'accord avec le Bangladesh et le Népal, les deux autres pays de la Région de l'Asie du Sud-Est où la leishmaniose viscérale est endémique, pour harmoniser les interventions de prévention et de lutte et éliminer la maladie de la Région avant 2015. L'Inde s'est engagée à éliminer la leishmaniose d'ici 2010 et fournit des fonds aux gouvernements des provinces pour l'application de mesures de lutte s'appuyant sur le système des soins de santé primaires. Mme Johri soutient le projet de résolution, mais suggère qu'il y soit fait référence à la surveillance de la leishmaniose dermique post-kala-azar qui demeure une source potentielle de transmission de *L. donovani*, et aux mesures concernant le traitement de la co-infection leishmaniose viscérale/VIH. Comme la leishmaniose chez les groupes de population les plus vulnérables peut être éliminée plutôt que simplement maîtrisée, les États Membres devraient avoir pour objectif d'y parvenir.

M. HAGE CARMO (Brésil) soutient le projet de résolution mais propose d'ajouter au paragraphe 1 les trois alinéas suivants : « 6) à promouvoir la pérennité de la surveillance de la leishmaniose et de la lutte contre cette maladie ; 7) à aider à faire des études sur la surveillance de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ; 8) à échanger des données d'expérience sur la mise au point d'études et de techniques concernant la prévention de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ».

Il conviendrait aussi d'ajouter au paragraphe 4 les trois alinéas suivants : « 8) de promouvoir une action avec les grands laboratoires afin de réduire le prix des médicaments pour les pays en développement ; 9) de promouvoir et d'appuyer : a) l'évaluation de l'efficacité de nouveaux médicaments, b) l'évaluation de la posologie et de la durée du traitement avec les médicaments existants, et c) la standardisation des réactifs de diagnostic, en particulier pour la leishmaniose viscérale ; 10) de faciliter et d'améliorer la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux concernés par la leishmaniose ».

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit que les leishmanioses viscérale et cutanée sont saisonnières en Iraq et que la période de mai à octobre est celle de la transmission, après l'éclosion des oeufs de phlébotome, la période de décembre à février étant celle où le nombre de cas nouveaux atteint son maximum. Les mouvements de population sont une variable essentielle qui modifie l'incidence de la maladie. L'OMS devrait soutenir la recherche sur l'efficacité des insecticides à pulvériser à l'intérieur et à l'extérieur des habitations, et contribuer aux activités suivantes : évaluation de l'efficacité de la nébulisation dans la réduction de la densité des vecteurs ; dépistage précoce des cas ; acquisition du traitement et évaluation de son efficacité ; suivi régulier et durable après le traitement ; renforcement des capacités institutionnelles et individuelles pour la prévention et la prise en charge de la leishmaniose sous tous leurs aspects ; et réadoption des mesures spécifiques de prévention et de maîtrise de la maladie au sein des populations déplacées à l'intérieur et des populations immigrantes.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) dit, à propos du mémorandum d'accord signé par le Bangladesh, l'Inde et le Népal, qu'il estime, lui aussi, que la leishmaniose représente une lourde charge socio-économique pour les familles, les communautés et les systèmes de santé des pays touchés. Il est indispensable de disposer de données épidémiologiques fiables afin de surveiller la maladie et d'évaluer ses effets sur les populations et les systèmes de santé. L'OMS devrait s'attacher à améliorer la surveillance de la leishmaniose, de son vecteur et des réservoirs sauvages dans les pays d'endémie. La Thaïlande est disposée à communiquer l'expérience qu'elle a acquise au cours de deux décennies de lutte contre les maladies transmissibles dans les zones rurales. En l'absence de capacités éprouvées, de bonnes infrastructures de soins de santé primaires et secondaires et d'un public plus instruit et de statut socio-économique plus élevé, on ne peut lutter contre les maladies transmissibles.

Le paragraphe 1 du projet de résolution devrait être amendé par l'insertion à l'alinéa 3) des mots « de dispenser des soins primaires et secondaires et ainsi » après les mots « à même », et par l'ajout d'un nouvel alinéa qui se lirait comme suit : « 6) à améliorer les connaissances et les qualifications pour prévenir les cas de leishmaniose dans les populations rurales, notamment l'information sur la situation socio-économique ». Un nouvel alinéa devrait être ajouté au paragraphe 4. Il se lirait comme suit : « de promouvoir et d'appuyer la mise au point de vaccins, d'outils diagnostiques et de médicaments moins toxiques qui soient à la fois sûrs, efficaces et financièrement abordables pour lutter contre la leishmaniose ». Il faudrait amender le paragraphe 4.6) en y ajoutant : « les bureaux régionaux de l'OMS et les États Membres touchés par la leishmaniose ».

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que la leishmaniose reste une menace majeure dans le monde entier, même dans les zones qui ne sont pas touchées actuellement, car ses réservoirs sont très variés et son vecteur assez fort pour s'adapter à différents environnements. Il devrait donc y avoir au paragraphe 1.5) du projet de résolution une référence à la collaboration entre parties ou organisations nationales et internationales. Dans le même alinéa, il faudrait insérer le membre de phrase « ou sont

confrontés aux mêmes menaces » après les mots « foyers communs ». Le secteur privé devrait participer aux plans tant nationaux qu'internationaux.

Le Dr AYDINLI (Turquie) souhaite une approche multidisciplinaire regroupant toutes les institutions et organisations concernées au sein d'un programme national de lutte soutenu par les responsables politiques. La Turquie a un programme complet de lutte contre la leishmaniose et les deux formes de la maladie figurent sur sa liste des maladies à déclaration obligatoire. Le nombre de cas est tombé de près de 5500 en 1994 à 1800 en 2006, et il n'y a eu aucun décès dans cet intervalle. Les médicaments ont été fournis et administrés gratuitement par le Ministère de la Santé.

Le Dr NYIKAL (Kenya), se félicitant du travail fait par l'OMS sur la leishmaniose, dit que la forme viscérale de la maladie est un problème de santé publique au Kenya. Les principaux obstacles sont le coût et la complexité du traitement, car les médicaments disponibles sont chers et difficiles à administrer. Il soutient le projet de résolution, en particulier le paragraphe 2.2)b).

Le Dr LEVENTHAL (Israël) appelle l'attention sur la nécessité de préciser les bonnes pratiques dans les projets transfrontaliers de lutte contre la leishmaniose. Il faudrait appliquer ces pratiques à l'est de la Méditerranée.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) dit que son Gouvernement offre un appui non négligeable à la recherche sur les moyens de lutter contre la leishmaniose. Pour une stratégie de lutte durable, il faut de meilleurs diagnostics et de meilleures thérapies, un meilleur accès aux soins de santé et une réforme du secteur de la santé. Des approches innovantes pourraient notamment faire appel à des vaccins thérapeutiques et à une vaccination prophylactique pour lutter contre les leishmanioses cutanée et cutanéomuqueuse. Ces traitements se sont révélés efficaces dans certaines parties de l'Amérique du Sud et de l'Afrique. Pour traiter la leishmaniose viscérale, on pourrait remplacer les médicaments actuels, qui ne donnent pas de bons résultats chez les patients souffrant d'une co-infection leishmania/VIH, par des formes d'immunothérapie. M. Abdoo félicite l'OMS d'avoir fait mieux comprendre au monde la nécessité de maîtriser la leishmaniose et de l'éliminer, et souscrit au projet de résolution.

Mme REITENBACH (Allemagne) demande si l'on peut espérer obtenir une réduction de prix substantielle pour l'amphotéricine B liposomale, mentionnée au paragraphe 9 du document A60/10. Dans l'affirmative, quelles seraient les incidences sur les recommandations formulées dans le projet de résolution ?

M. MENESES (Mexique) appelle l'attention sur la difficulté de comparer les données, car les procédures et méthodes de diagnostic et de surveillance épidémiologique diffèrent d'un pays à l'autre. Les États Membres devraient s'accorder sur des normes en matière de diagnostic, de surveillance et de lutte, de traitement et d'accès aux médicaments, afin de progresser dans la lutte contre la leishmaniose viscérale, forme que prend la maladie dans son pays. On manque de ressources humaines qualifiées dans les domaines de la surveillance épidémiologique, de la promotion de la santé, du diagnostic et du traitement ; il y a trop peu de centres de référence pour le diagnostic et le suivi entomologique ; enfin, les mesures permettant d'assurer le contrôle de la qualité et l'accès aux médicaments en temps utile dans les zones touchées sont insuffisantes. La prévention de la leishmaniose viscérale exige des équipes interdisciplinaires, et les programmes de promotion de la santé ont besoin de l'appui de l'OMS. Les activités des ministères chargés de la santé publique et de la lutte antivectorielle sont mal coordonnées. Les pays des Amériques doivent renforcer leurs programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose en les intégrant à leurs activités nationales et sous-régionales. Appelant l'Assemblée de la Santé à s'engager au renforcement des programmes de lutte contre la leishmaniose, en particulier dans les Amériques, M. Meneses appuie le projet de résolution.

Le Dr ALVAR (Prise en charge de la maladie : innovation et intensification), répondant à la question soulevée par le délégué de l'Allemagne, dit qu'en mars 2007 le laboratoire qui produit l'amphotéricine B liposomale a annoncé une baisse de 90 % de son prix. L'OMS négociera avec d'autres laboratoires la réduction du prix d'autres médicaments ; un succès aurait d'importants effets sur une politique de lutte contre la leishmaniose basée sur des données factuelles.

Le PRÉSIDENT suggère que soit établie et distribuée une nouvelle version du projet de résolution incorporant les amendements proposés.

Il en est ainsi convenu.

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

Le Dr Jean Louis reprend la présidence.

Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication :
Point 12.4 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R1, et A60/11)

M. SHIRALIYEV (représentant du Conseil exécutif) dit qu'à sa cent vingtième session, le Conseil a axé le débat sur la nécessité d'intensifier encore les efforts d'éradication dans quatre pays : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan.¹ Les membres du Conseil ont aussi examiné les mesures que chaque État Membre pourrait prendre pour réduire le risque de réintroduction de poliovirus par des voyageurs en provenance de zones infestées. Le Conseil a convenu qu'il était souhaitable que tous les voyageurs à destination et en provenance de zones où le poliovirus circule soient pleinement vaccinés contre la poliomyélite et qu'une recommandation permanente appropriée soit étudiée à cet effet dans le cadre des dispositions du Règlement sanitaire international (2005) lorsqu'il entrera en vigueur à l'été 2007. Il faut s'efforcer d'établir un dispositif de réduction et de gestion des risques à long terme, en cas de réintroduction ou de réémergence du poliovirus après son éradication. Le Conseil a adopté la résolution EB120.R1 qui recommande pour adoption une résolution à l'Assemblée de la Santé.

Mme JOHRI (Inde) dit que son Gouvernement s'est engagé sans réserve à éradiquer la poliomyélite dans le pays et à en prévenir la propagation internationale. En Inde, c'est le plus vaste programme du secteur de la santé, mais si les investissements du Gouvernement ont augmenté, les contributions des partenaires du développement diminuent. Le poliovirus a été confiné et ne circule que dans deux États d'endémie, et la biodiversité génétique des virus a été réduite. La flambée de 2006 a été beaucoup moins violente que celle de 2002. En Inde, la surveillance de la paralysie flasque aiguë est très pointilleuse. Un programme de vaccination de masse, en cours depuis 2003 avec l'OMS et l'UNICEF, est parvenu à des niveaux de couverture élevés. L'Inde se trouve face à un nombre croissant de personnes à risque et de foyers d'enfants restés à l'écart des campagnes de vaccination dans des poches insuffisamment desservies. Des progrès non négligeables permettent d'augurer avec confiance l'éradication de la poliomyélite dans un proche avenir.

Mme Johri souligne le fait qu'au paragraphe 3.2) du projet de résolution le Directeur général est prié de contribuer à la mobilisation de ressources financières. Etant donné que de nombreux États Membres ont la ferme volonté d'éradiquer la poliomyélite et que leurs capacités techniques, financières et gestionnaires sont limitées, elle propose plusieurs amendements. Au paragraphe 1, le membre de phrase « dans certaines zones géographiques, » devrait être inséré après le mot

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 3.

« présente ». Le paragraphe 2.1) devrait être modifié et se lire comme suit « à examiner et, le cas échéant, à réactualiser les recommandations nationales sur la vaccination antipoliomyélitique afin de réduire le risque de propagation internationale ». Au paragraphe 2.3), il faudrait remplacer les mots « de l'importation » par « de la propagation internationale ». Le paragraphe 3.4) devrait être reformulé en ces termes : « de continuer à examiner et à diffuser les mesures que les États Membres peuvent prendre pour réduire le risque et les conséquences de la propagation internationale de poliovirus en y incluant, si et quand c'est nécessaire, l'étude de recommandations provisoires ou permanentes, en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ; ».

Le Dr VÁSZONEZ (Équateur) dit que la circulation du poliovirus sauvage a été interrompue en Équateur pendant 17 ans. La couverture vaccinale a été maintenue à plus de 94 % dans 90 % des régions. Pendant cinq ans, la vaccination des enfants de moins de cinq ans s'est accélérée dans les villes dont la couverture était de moins de 80 %. Les indicateurs de surveillance épidémiologique restent conformes aux normes internationales. La maîtrise de la circulation du poliovirus passe par l'application d'une politique de confinement du virus en laboratoire dans la période post-éradication. Pour différentes raisons sociales, démographiques, économiques, politiques et financières, certains pays ne sont pas encore parvenus à arrêter la circulation du virus sauvage. Ceux dont les stratégies sont efficaces sont parvenus à une réduction notable du nombre de cas. Le Dr Vásconez soutient le projet de résolution.

Le Dr SUGIURA (Japon) prend note du succès des mesures prises pour lutter contre les flambées de poliovirus sauvage en Indonésie et au Yémen en 2005. Son pays offrira un soutien aux quatre pays où la poliomyélite est encore endémique, en particulier au Nigéria. Il se félicite de la recommandation formulée dans le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R1 au sujet de la vaccination des voyageurs en provenance de pays où le poliovirus sauvage est en circulation. Il propose d'ajouter au préambule un nouvel alinéa ainsi libellé : « Notant que le maintien d'une couverture vaccinale systématique élevée dans les pays exempts de poliomyélite contribue à diminuer le risque de flambées dues à des poliovirus sauvages et réduit au maximum le risque de flambées dues à des poliovirus dérivés de souches vaccinales ».

Le Dr OUAHDI (Algérie) suggère d'amender le projet de résolution pour indiquer que la poliomyélite est aussi une maladie à transmission hydrique, avec les références appropriées à la salubrité de l'environnement et au traitement de l'eau de boisson.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) dit que l'éradication de la poliomyélite est techniquement réalisable mais qu'elle exigera des pays d'endémie un engagement politique très ferme. Chacun de ces pays doit mettre en place des programmes de surveillance active avec notification immédiate de tous les cas. Dans son pays, la vaccination antipoliomyélitique est gratuite pour tout le monde. Elle soutient le projet de résolution, avec l'amendement suivant à la fin du paragraphe 2.3) : « ... en menant des activités de vaccination supplémentaires, sous forme de campagnes supplémentaires en étroite collaboration avec les médias et le grand public ».

Le Dr WANNA HANSHAOWORAKUL (Thaïlande) dit que l'éradication de la poliomyélite repose sur quatre activités principales : surveillance de la paralysie flasque aiguë, vaccination systématique, campagnes nationales et locales de vaccination, et opérations de ratissage lorsque des cas ont été détectés. Ces activités exigent des ressources énormes auxquelles les pays ne peuvent faire face indéfiniment. Il est possible que des cas dus à des poliovirus importés se déclarent. Les pays à faible revenu auront besoin de l'appui technique et financier de l'OMS et des donateurs internationaux, et il faudra élaborer une procédure détaillée pour surveiller l'efficacité de la vaccination des voyageurs qui pénètrent dans les zones d'endémie ou qui en sortent.

L'intervenante demande que lui soient fournies les informations suivantes : sur l'ensemble des cas annuels de poliomyélite dans le monde, quelle proportion représentent les cas importés ? À

combien s'élève le coût de la vaccination des voyageurs qui entrent dans les zones d'endémie ou qui en sortent ? Les systèmes de santé des quatre pays d'endémie ont-ils la capacité voulue pour appliquer une telle mesure ? Elle suggère d'ajouter à la fin du paragraphe 3.4) du projet de résolution le membre de phrase suivant : « les incidences financières, les problèmes opérationnels ainsi que les leçons tirées de l'application de cette mesure devront être communiqués au public ».

Le Professeur TLOU (Botswana) dit que, lorsque la poliomyélite s'est déclarée en Namibie voisine en 2006, le Botswana a évité l'importation de cas en renforçant la surveillance et la mobilisation sociale dans les districts à haut risque le long de la frontière entre les deux pays. Elle sait gré à la Namibie de coopérer à l'application des conseils fournis par l'OMS concernant les voyages et de communiquer des informations, ainsi qu'à l'OMS pour son assistance technique.

Il est essentiel de réduire au maximum le risque de réintroduire des poliovirus sauvages dans les zones exemptes de poliomyélite et de prévenir la réémergence de cette maladie après son éradication. Elle soutient donc le projet de résolution, en particulier la disposition relative à la vaccination des voyageurs en application du Règlement sanitaire international (2005).

Le Dr DEGROOF (Belgique) est préoccupé par la suggestion qui a été faite d'ajouter au Règlement sanitaire international (2005) une annexe traitant de la vaccination obligatoire des voyageurs, étant donné que le Règlement n'est même pas encore en vigueur. Cependant, une recommandation permanente faite au titre de ce Règlement serait acceptable et il peut donc soutenir le projet de résolution.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) dit que le poliovirus sauvage a été détecté pour la dernière fois dans son pays en 2004. Le Gouvernement a appliqué les stratégies recommandées par l'OMS ; il a notamment lancé des campagnes de vaccination supplémentaires qui ont permis la couverture de plus de 95 % de la population ; la surveillance active de la paralysie flasque aiguë avec un taux de 2,4 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2006 ; et le maintien de la couverture vaccinale systématique de plus de 90 %, atteignant 93 % en 2006. Le Gouvernement s'efforce de réduire le risque de transmission transfrontalière de poliovirus sauvages en organisant des campagnes de vaccination avec les pays voisins, en contrôlant les voyageurs aux frontières et en finançant des activités destinées à prévenir la réémergence de la poliomyélite après son éradication.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que son pays a signalé deux cas de poliomyélite importée en 2006, après avoir été exempt de cette maladie pendant 22 ans. Trois campagnes supplémentaires de vaccination ont été menées ainsi que 11 campagnes infranationales, avec la collaboration des pays voisins. Ces campagnes ont représenté un lourd fardeau financier et ont compromis la vaccination systématique. Les pays ont besoin d'un appui pour rester exempts de poliomyélite ; c'est une question de portée mondiale aussi bien que nationale. Le Dr Nyikal soutient le projet de résolution, en particulier les paragraphes 3.1) et 3.2) sur la nécessité de fournir un appui technique et financier.

Le Dr AYDINLI (Turquie) dit que le risque que représente la poliomyélite continuera de menacer le monde tant que la transmission des poliovirus sauvages n'aura pas été complètement stoppée. Le risque d'importer le poliovirus d'Afrique et de certains pays de la Région de la Méditerranée orientale inquiète la Turquie. La proposition de vacciner les voyageurs en provenance de zones touchées semble avoir une base scientifique sûre. L'OMS assure que les compétences nécessaires seront fournies aux pays qui veulent imposer des conditions de vaccination plus sévères. La Turquie a offert un appui à l'OMS et à l'Organisation de la Conférence islamique pour leurs activités d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et dans d'autres pays. Le Dr Aydinli soutient le projet de résolution.

Le Dr KANDUN (Indonésie) dit que, depuis une récente flambée de poliomyélite provoquée par un poliovirus importé, son pays doit réexaminer sa politique vis-à-vis des voyageurs qui se rendent dans des zones où des poliovirus sont en circulation. Il soutient les propositions visant à formuler des recommandations temporaires ou permanentes au titre du Règlement sanitaire international (2005) une fois que celui-ci sera entré en vigueur, à renforcer la vaccination systématique pour qu'elle dépasse 90 % et à organiser des campagnes de vaccination supplémentaires chaque fois que nécessaire.

L'importation de poliovirus, que ce soit de pays voisins ou de plus loin, reste une menace pour l'Indonésie et d'autres pays en développement. Le recours aux vaccins antipoliomyélitiques est toujours nécessaire dans tous les pays. L'Indonésie a connu une flambée majeure de poliomyélite causée par des poliovirus dérivés de souches vaccinales en circulation, qui a paralysé 43 enfants sur l'île de Madura où les services de vaccination systématique avaient été interrompus à la suite de la crise économique de 1998.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) note que certains pays n'ont éradiqué la poliomyélite que pour la voir réémerger un ou deux ans plus tard. Il est peut-être préférable de viser toute une région plutôt qu'un seul pays. Le paragraphe 2.2) du projet de résolution devrait être modifié comme suit : « où le poliovirus circule ou a récemment circulé, conformément aux recommandations temporaires ou permanentes ».

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) dit qu'en mars 2006, il y a eu dans son pays, exempt de la maladie depuis presque cinq ans, des cas de poliomyélite dus à des poliovirus importés. Le Gouvernement a lancé deux cycles de vaccination en mars/avril 2006 et une autre campagne en octobre/novembre 2006. Deux cycles de vaccination seront réalisés chaque année jusqu'à ce que l'Inde, pays voisin, soit exempt de poliomyélite. La frontière entre le Bangladesh et l'Inde est si étendue qu'il pourrait être impossible, économiquement, d'instituer des mesures d'application au titre du Règlement sanitaire international (2005). L'intervenant soutient la proposition de vacciner les voyageurs qui entrent dans des zones d'endémie ou qui en sortent.

Le Dr HAO Yang (Chine) dit que grâce à des programmes de vaccination et à d'autres mesures, son pays reste exempt de poliomyélite et veille à empêcher que des poliovirus sauvages n'y pénètrent. Il trouve inquiétant que des pays qui ont éradiqué la poliomyélite aient vu survenir de nouveaux cas après avoir utilisé des vaccins vivants atténués par voie orale. L'OMS devrait perfectionner sa stratégie de vaccination et promouvoir l'utilisation de vaccins inactivés. La Chine s'efforce aussi d'atténuer le risque potentiel que peuvent représenter des matériels infectieux.

Le Dr ALA (Philippines) dit que la vaccination est une priorité de santé publique dans son pays, qui est exempt de poliomyélite depuis près de six ans, mais que le risque d'importer des poliovirus est élevé. La stratégie nationale qui vise à atteindre chaque nourrisson dans chaque village, adaptée de la stratégie de l'OMS qui vise à atteindre tous les districts, a permis d'améliorer la couverture de la vaccination systématique. L'intégration des moyens de suivre l'évolution de la survie de l'enfant est particulièrement utile dans certains districts où vivent environ 50 % des enfants non vaccinés. Un responsable chargé de surveiller l'application du Programme élargi de vaccination a été nommé pour chaque région du pays. La surveillance de la paralysie flasque aiguë est toujours de grande qualité, mais le financement d'une surveillance active dans les sites sentinelles et les hôpitaux est préoccupant.

Tous les pays devraient établir l'inventaire des matériels contenant des poliovirus sauvages qui restent dans leurs laboratoires, en particulier les pays qui ont été certifiés exempts de poliomyélite. Le Dr Ala estime, elle aussi, que les voyageurs qui entrent dans un pays d'endémie ou qui le quittent doivent être entièrement vaccinés.

Mme NGHATANGA (Namibie) dit qu'une flambée d'infection par le poliovirus sauvage a touché 19 personnes dans son pays en mai 2006. Le Gouvernement a réagi dans les 72 heures, avec l'appui technique et matériel de partenaires, dont l'OMS et l'UNICEF, et grâce à l'intervention rapide

d'organisations non gouvernementales locales et du monde de l'entreprise. Le Gouvernement a fourni 80 % des fonds nécessaires à la lutte contre la flambée, une campagne de vaccination en trois tournées a été organisée et le dernier cas a été enregistré le 26 juin 2006.

Depuis cette flambée, la coopération technique avec l'Angola s'est accrue. Deux réunions ont permis d'étudier la possibilité de mettre en place des campagnes de vaccination transfrontalières et de fixer les dates des campagnes nationales supplémentaires prévues pour juin et juillet 2007. Cependant, la surveillance reste un défi majeur. L'approche qui vise à atteindre tous les districts renforce la vaccination systématique dans les districts. Mme Nghatanga soutient le projet de résolution.

Le Professeur IANCU (Roumanie) dit que la transmission du poliovirus sauvage qui se poursuit dans des zones contiguës à la Région européenne représente une véritable menace d'importation dans la Région, déclarée exempte de poliomyélite. Les programmes nationaux d'éradication de la poliomyélite doivent être maintenus. La Roumanie est l'un des 43 États Membres de la Région qui assurent la surveillance nationale de la paralysie flasque aiguë, et l'un des 21 pays de la Région qui ont atteint un taux de dépistage d'un cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Dans plus de 80 % de ces cas, deux échantillons de selles appropriés ont été testés dans des laboratoires accrédités. Il faut poursuivre les efforts si l'on veut pouvoir assurer durablement la surveillance de la poliomyélite flasque aiguë. En 2005, quelque 97 % de la population cible ont reçu trois doses de vaccin. Avec ses rapports complets et établis à temps, la Roumanie atteint parfaitement les objectifs fixés, par rapport à l'année précédente où cette proportion n'atteignait pas 80 %.

Le Dr MELNIKOVA (Fédération de Russie) dit que des recommandations sur la vaccination antipoliomyélitique des voyageurs en provenance de régions où le poliovirus est en circulation devraient être incluses dans le Règlement sanitaire international (2005). Elle est favorable à l'amendement du Règlement en faveur de l'utilisation durable des vaccins contre la poliomyélite et du confinement biologique des poliovirus afin de réduire le risque de réémergence de la poliomyélite une fois éradiquée. Elle soutient aussi le fait que les pays où circule le poliovirus et ceux où le risque d'importation du poliovirus est grand devraient continuer à bénéficier d'un appui technique et financier. En juillet 2006, la Fédération de Russie a annoncé une contribution de US \$18 millions en faveur de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite lors du Sommet du G8.

Le Dr ASLANYAN (Canada) soutient le projet de résolution et l'importance accordée une fois de plus à l'éradication. La réémergence possible de la poliomyélite est un problème mondial très préoccupant pour le Canada. Ce pays a contribué à l'initiative pour près de Can \$200 millions et continuera à apporter un soutien ciblé aux pays d'endémie qui subsistent.

Le Dr NJEPUOME (Nigéria), parlant au nom du Groupe africain, dit que malgré la progression indéniable enregistrée dans le monde entier vers l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, quatre pays, y compris le sien, n'ont pas encore atteint cet objectif. En mai 2006, le Nigéria a lancé les « journées de vaccination Plus », réduisant ainsi le nombre de cas d'infection par le poliovirus sauvage à moins de 80 pendant le premier trimestre de 2007. Les gouvernements des pays africains restent résolus à appliquer les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé pour éradiquer la poliomyélite du continent. Les pays d'endémie s'engagent à travailler avec les États Membres exempts de poliomyélite, les donateurs et autres partenaires pour y parvenir ; les États frontaliers devraient synchroniser leurs activités supplémentaires de vaccination, comme ils l'ont fait de 2000 à 2002. Les pays dans lesquels le poliovirus sauvage a été importé devraient bénéficier du soutien sans réserve de la communauté internationale.

Le Dr Njepuome soutient le projet de résolution mais y propose deux amendements. Il faudrait remplacer le paragraphe 2.2) par le paragraphe suivant : « à examiner et, le cas échéant, à réviser la politique nationale sur la vaccination des voyageurs en provenance de pays où le poliovirus circule, pour réduire les risques et les conséquences de l'importation du poliovirus ; » et le paragraphe 3.4) par

« d'entamer la procédure en vue d'examiner l'utilité éventuelle d'une recommandation permanente, en vertu du Règlement sanitaire international (2005) pour réduire le risque de propagation internationale du poliovirus ».

M. GAUDÊNCIO (Brésil) soutient le projet de résolution, insistant sur la nécessité d'adopter une nouvelle politique de vaccination à l'intention des voyageurs internationaux en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Il faut garantir les ressources nécessaires et faire en sorte que les stratégies de vaccination et de surveillance soient viables pour parvenir à éradiquer la poliomyélite dans le monde entier. M. Gaudêncio souligne que, au paragraphe 3.5), le Directeur général a été prié de formuler un plan pour la période qui suivra l'éradication, comportant notamment le remplacement des vaccins oraux par des vaccins intramusculaires.

Le Dr KEBELA ILUNGA (République démocratique du Congo) dit que son pays est exempt de poliomyélite depuis cinq ans mais que de nouveaux cas se sont déclarés dans quatre provinces frontalières en 2006, tous chez des enfants non vaccinés. Les États Membres de la Région africaine devraient synchroniser des campagnes de vaccination transfrontalières dans les régions où le poliovirus circule encore, et renforcer la vaccination systématique pour augmenter la couverture par l'administration de trois doses de vaccin antipoliomyélique oral. Il soutient le projet de résolution.

Le Dr ST. JOHN (Barbade), parlant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que ces pays sont largement exempts de poliomyélite et continueront à assurer une couverture vaccinale élevée ; elle s'établit actuellement entre 90 % et 95 %. Ils ont pour politique d'informer les voyageurs que les personnes fragiles doivent être vaccinées lorsqu'elles se rendent dans des pays où le poliovirus continue à circuler.

Le Caribbean Epidemiology Centre assure la surveillance de la paralysie flasque aiguë et offre une formation aux professionnels de la santé. En prévision de la coupe mondiale de cricket de 2007, les pays de la Communauté ont répondu aux risques d'importation de la poliomyélite par un système centralisé de rapports quotidiens sur les maladies et les syndromes. Certains pays ont vacciné les adultes fragiles, en particulier ceux qui travaillent dans le tourisme et les forces de sécurité. Ces mesures cadres ont amélioré l'application du Règlement sanitaire international (2005).

Le Dr St. John prie instamment toutes les personnes concernées de continuer à soutenir les efforts des quatre pays d'endémie restants pour éradiquer la poliomyélite, et appuie le projet de résolution.

Mme BONNIN (France) demande des éclaircissements sur l'ajout d'une annexe au Règlement sanitaire international (2005). Elle partage les préoccupations exprimées par le délégué de la Belgique sur la réouverture d'un débat sur ce Règlement, ce qui pourrait être un exercice long et périlleux. S'il a lieu, elle serait favorable à un dispositif plus souple.

M. MENESES (Mexique) dit qu'un grand pas a été fait dans l'éradication des poliovirus sauvages même si la poliomyélite est encore endémique dans quatre pays en raison de l'insuffisance de la couverture vaccinale. Les dirigeants locaux et nationaux devraient s'attacher à améliorer la sécurité dans ces pays et organiser des campagnes de vaccination qui protégeraient la santé publique dans le monde. Étant donné les risques associés à un échec de l'éradication de la poliomyélite, il faut maintenir la couverture vaccinale (actuellement de 97 % au Mexique) et approuver le projet de résolution.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) s'associe aux préoccupations exprimées par les délégués de la Belgique et de la France devant la suggestion d'ajouter une annexe au Règlement sanitaire international (2005). Les États-Unis étant le pays qui apporte la contribution financière la plus élevée à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, son Gouvernement pense que l'éradication

est un objectif réalisable. Tous les États Membres devraient continuer à se fixer cet objectif et assurer l'approvisionnement nécessaire en ressources humaines et financières pour l'atteindre, à l'échelle nationale et mondiale.

Au point où en est l'éradication, tous les pays devraient réduire le risque d'importer le virus et s'assurer qu'ils ont les moyens de détecter rapidement un poliovirus en circulation et de réagir efficacement. En Afrique, au Moyen-Orient et en Asie, une direction politique est essentielle pour améliorer la qualité des campagnes de vaccination supplémentaires, augmenter la couverture par la vaccination systématique et améliorer la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

La réintroduction du poliovirus est une préoccupation majeure de tous les États Membres. Les recommandations des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et de l'OMS ont créé une sorte de précédent en demandant que les voyageurs qui se rendent dans des zones d'endémie poliomyélitique soient vaccinés. Même si les données manquent pour l'appuyer, la recommandation que tous les voyageurs en provenance de pays où la poliomyélite circule soient complètement vaccinés peut aussi se révéler efficace pour son éradication. Une recommandation permanente sur la vaccination antipoliomyélitique de ces personnes, établie en vertu du Règlement après son entrée en vigueur en juin 2007, peut être un moyen de mettre cette mesure en œuvre. La poliomyélite sera inscrite sur la liste des maladies qu'il faudra notifier immédiatement en application du Règlement lorsqu'il sera en vigueur. Tous les États devraient se soumettre à cette exigence sans délai et volontairement et veiller à ne pas importer de poliovirus sauvages.

Etant donné le risque important de propagation internationale du poliovirus pendant les dernières étapes de l'éradication de la maladie, M. Abdo appuie sans réserve le projet de résolution.

Mlle DE HOZ (Argentine) dit que tout le continent américain est exempt de poliomyélite depuis de nombreuses années. Son pays a commencé à appliquer le Règlement sanitaire international (2005) sur une base volontaire, mais est préoccupé par la mention de « l'élaboration éventuelle d'une recommandation permanente » au paragraphe 3.4) du projet de résolution. En outre, comme ce Règlement n'est pas encore entré en vigueur, elle n'est pas sûre qu'il soit bon de rouvrir les débats à son sujet.

Le Dr AHMED (Pakistan) loue l'esprit du projet de résolution et le soutient dans son ensemble. Cependant, il rejoint la position du délégué de l'Inde en ce qui concerne les paragraphes 2.1) et 2.2) sur la vaccination des voyageurs.

M. MABUZA (Swaziland) soutient le projet de résolution. Son pays applique des stratégies d'éradication de la poliomyélite et aucun cas de poliovirus sauvage n'a été signalé. Le Gouvernement finance l'achat de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux, ce qui démontre sa volonté politique de parvenir à éradiquer la maladie. Cependant, pour maintenir la couverture vaccinale et assurer la surveillance du poliovirus sauvage à leur niveau actuel, le Swaziland manque de ressources. Si le niveau de vaccination s'abaisse, les stratégies d'éradication risquent d'en pâtir. Il fait donc appel à l'OMS pour l'aider à obtenir des vaccins par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit que, malgré la situation dans laquelle il se trouve, son pays est exempt de poliomyélite depuis janvier 2000. La plupart des enfants sont vaccinés et des journées nationales de vaccination sont organisées tous les ans ; celles de 2006 ont abouti à la vaccination de plus de 4,25 millions d'enfants de moins de cinq ans. La couverture par la vaccination systématique et la surveillance de la paralysie flasque aiguë se sont améliorées. L'Iraq prend aussi des mesures pour suivre de près la couverture vaccinale antipoliomyélitique orale dans les districts, organiser des activités de ratissage dans les zones à risque élevé, tenir des réunions avec les gouvernements des pays voisins sur la prévention de la transmission transfrontalière, former le personnel au Programme élargi

de vaccination et à la surveillance, et équiper le laboratoire national en le dotant des ressources nécessaires afin qu'il soit accrédité en tant que laboratoire national pour le poliovirus.

Le Dr SEVER (Rotary International), prenant la parole sur l'invitation du PRÉSIDENT, réitère l'engagement du Rotary International d'éradiquer la poliomyélite dans le monde entier. En avril 2007, les rotariens de plus de 160 pays ont voté la poursuite du soutien à l'éradication de la poliomyélite jusqu'à la réalisation de sa certification. En février 2007, les parties prenantes ont conclu par consensus que l'éradication de la poliomyélite était un objectif faisable et réaliste. On peut lutter contre les flambées qui se déclarent suite à l'importation de poliovirus.

Le succès de l'effort mondial dépend désormais de la capacité des gouvernements des quatre pays d'endémie restants de s'organiser pour vacciner chaque enfant. L'autorité et le contrôle des chefs d'État de ces quatre pays sont essentiels pour mobiliser les ressources publiques, coordonner les ministères, suivre les progrès réalisés et demander des comptes aux responsables à tous les niveaux de l'administration centrale.

Le Rotary International est le deuxième donateur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et, à ce titre, il est bien conscient de l'investissement extraordinaire que la communauté internationale des donateurs a consenti au cours des 19 années écoulées. Cependant, cette communauté doit encore soutenir les efforts des pays touchés en fournissant d'urgence les moyens financiers nécessaires pour combler le déficit de US \$575 millions pour 2007-2008. Les pays du G8 sont instamment priés de concrétiser rapidement les engagements financiers qu'ils ont pris à Gleneagles, en Ecosse, en 2005. Le Rotary International lance aussi un appel au Conseil de Coopération du Golfe, à l'Organisation de la Conférence islamique et aux pays d'Asie, d'Europe et d'Amérique du Sud qui n'ont jamais contribué à cet effort historique. Sans une aide financière rapide, la possibilité d'éradiquer la poliomyélite risque de ne jamais se représenter et les avantages qui en découlent pour la vaccination systématique des enfants, la capacité de surveillance mondiale des maladies transmissibles et l'élan requis pour atteindre d'autres objectifs mondiaux de survie des enfants risquent d'être compromis.

L'appui de l'OMS et de l'UNICEF reste essentiel pour planifier efficacement les activités, mobiliser les communautés et mettre en œuvre une vaccination de qualité.

Le Dr AYLWARD (Initiative pour l'éradication de la poliomyélite) explique qu'il n'y a aucune proposition d'annexe ou d'amendement au Règlement sanitaire international (2005) nécessitant la réouverture de négociations dans l'immédiat. Le seul point à l'étude est le recours, si nécessaire, à des dispositions, telles que des recommandations temporaires ou permanentes, sur la gestion de la propagation internationale de la poliomyélite à l'avenir.

S'agissant de la charge de morbidité due à la poliomyélite importée et indigène, il fait observer qu'en 2005, la moitié des cas de poliomyélite dans le monde s'étaient déclarés à la suite de flambées dans des pays exempts de poliomyélite. Avec l'application des directives données par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2006, la proportion de cas dans les zones exemptes de poliomyélite a été ramenée à moins de 6 % du total. Cependant, la prise en charge des cas dans les pays exempts a coûté plus de US \$450 millions depuis 2003 au programme et aux pays Membres.

La mise en œuvre des dispositions du projet de résolution sur la vaccination des voyageurs est faisable et ses coûts sont limités, comme le montrent les observations faites par les délégués des pays d'endémie et des pays à nouveau touchés et l'application d'une recommandation analogue aux voyageurs se rendant au hadj en 2006 et 2007.

L'initiative actuelle pour l'éradication de la poliomyélite diffère sensiblement de celle dont il était question l'année précédente. Il y a de nouveaux outils pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage et de nouvelles tactiques pour limiter sa propagation internationale et interrompre sa transmission dans les foyers d'endémie restants. De plus, les organisations politiques, chefs d'État et chefs religieux ont aussi pris de nouveaux engagements essentiels pour la vaccination de tous les enfants des zones touchées restantes.

Le PRÉSIDENT suggère que le Secrétariat révise le texte du projet de résolution, avec les amendements proposés, pour un examen ultérieur.

Il en est ainsi convenu.

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

La séance est levée à 12 h 40.

QUATRIÈME SÉANCE

Mercredi 16 mai 2007, 14 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME, Y COMPRIS PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 : Point 11 de l'ordre du jour

Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : Point 11.1 de l'ordre du jour (documents A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 et A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 Corr.1 et Corr. 2)

Projet de budget programme 2008-2009 : Point 11.2 de l'ordre du jour (documents A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 et A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 Corr.1 et Corr. 2)

Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement : Point 11.3 de l'ordre du jour (documents A60/5 et A60/INF.DOC./3)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (représentant du Conseil exécutif) dit que le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le projet de budget programme 2008-2009 ont été examinés par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration avant que le Conseil exécutif ne les étudie à sa cent vingtième session, en janvier 2007. Le Conseil a appuyé largement le plan stratégique à moyen terme, ses orientations, ses priorités et ses fonctions essentielles, en prenant note de ses liens avec le projet de budget programme, le onzième programme général de travail et les objectifs du Millénaire pour le développement fixés par les Nations Unies. Il a aussi appuyé largement le budget intégré et les approches prévues pour le financement du plan stratégique à moyen terme, y compris les trois catégories de financement.¹

Tout en se félicitant de l'approche fondée sur les résultats, les membres du Conseil ont exprimé certaines inquiétudes devant la référence aux perspectives historiques pour l'allocation des ressources, s'agissant des contributions fixées et de l'application du dispositif de validation. Le Conseil a mis l'accent sur la discipline budgétaire, sur l'amélioration de la productivité et de la transparence et sur une justification plus approfondie de l'augmentation budgétaire proposée.

Le Conseil a largement appuyé les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation décrits dans le projet de budget programme 2008-2009 et financés par les contributions fixées, les contributions volontaires de base négociées et les autres contributions volontaires. Des membres du Conseil ont demandé des éclaircissements sur certains points précis, notamment la santé sexuelle et génésique, les maladies non transmissibles, la médecine traditionnelle, la cécité, la sécurité sanitaire mondiale, les médicaments essentiels, le renforcement des systèmes de santé et la réforme de l'Organisation des Nations Unies. Bien que le projet de budget ait augmenté en chiffres absolus, certains membres du Conseil ont exprimé leur inquiétude devant la diminution proportionnelle de l'allocation destinée à la Région africaine.

Le projet de plan-cadre d'équipement, le projet de budget programme et le plan stratégique à moyen terme sont liés et ont été examinés ensemble. Le mécanisme actuel par lequel les dépenses d'équipement sont imputées sur le budget biennal général n'est pas adapté. Le Conseil s'est félicité de

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la septième séance.

l'intégration du plan-cadre d'équipement décennal et de l'inventaire des biens immobiliers de l'Organisation. Les ressources nécessaires au plan-cadre d'équipement doivent faire partie intégrante du budget biennal. Le Conseil a prié le Directeur général d'accorder l'attention voulue au financement requis pour assurer la sécurité, la santé et le bien-être du personnel, des délégués et des visiteurs.

Pour équilibrer les besoins en ressources tout au long des cinq exercices, le Conseil a prié le Directeur général d'étudier l'étalement des propositions concernant les biens immobiliers et les locaux, en particulier là où les coûts locatifs deviennent prohibitifs, sans oublier toutefois qu'en retardant les dépenses d'équipement, on risque de devoir procéder en urgence à des réparations coûteuses.

Le Dr NISHIYAMA (Japon) se déclare satisfait du document de budget révisé et de l'explication claire de son augmentation. L'engagement pris par le Japon d'apporter des contributions financières et techniques à l'OMS reste inchangé. Il est vital d'assurer son budget à l'Organisation, mais elle doit tout faire pour dépenser ses ressources de façon plus efficace, et repérer les programmes d'un mauvais rapport coût/efficacité ou faisant double emploi avec d'autres programmes pour y mettre un terme.

Le Dr HAO Yang (Chine) soutient le plan stratégique à moyen terme dont la matière est riche et qui propose des objectifs clairs. C'est sa mise en œuvre qui inquiète le plus la Chine : l'Organisation devra mobiliser toutes ses forces techniques dans l'entreprise. Il se félicite de ce que la médecine traditionnelle ait sa place dans le plan. Sous l'égide de l'OMS, la médecine traditionnelle peut être mieux comprise et renforcée.

Il approuve aussi l'augmentation de 4 % proposée pour le budget ordinaire. L'OMS a besoin de ces fonds pour jouer son rôle de première organisation de la santé dans le monde. Les domaines essentiels doivent bénéficier de cette augmentation et l'OMS doit continuer à accroître son efficacité.

M. MACPHEE (Canada) soutient le plan stratégique à moyen terme, approuve l'ordre du jour de six points, les 13 objectifs stratégiques et le plan destiné à améliorer la gestion de l'OMS, y compris ressources financières, fourniture d'un appui opérationnel efficace et assurance d'une responsabilité réelle, comme exposé au paragraphe 7 du projet de budget programme 2008-2009. La fonction normative de l'OMS – par exemple l'établissement de normes et de règles pour l'alimentation et la nutrition par l'intermédiaire de la Commission du Codex Alimentarius – est financée principalement par la part fixée du budget. Ces fonctions ne doivent pas pâtir des efforts que l'Organisation déploie pour répondre aux multiples demandes qui lui sont faites. M. Macphee suivra avec intérêt l'évolution du plan stratégique lors de l'évaluation annuelle de l'exécution du budget programme, et de l'évaluation de la réalisation des 13 objectifs stratégiques au bout des six années.

Il se félicite de l'engagement en faveur d'une discipline budgétaire, de l'établissement de priorités et des éclaircissements concernant l'augmentation prévue du budget ordinaire. Il reconnaît qu'il est difficile d'équilibrer les demandes, les priorités et les ressources disponibles. Avec des contributions volontaires trois fois plus élevées que les contributions fixées, il approuve le Directeur général de porter une attention particulière à cette réorientation fondamentale. Les États Membres doivent être bien informés des conséquences d'une forte dépendance vis-à-vis des contributions volontaires, et du fait que certains montants sont détournés des fonctions normatives.

M. Macphee est satisfait de voir que 13 % des contributions volontaires seront assurément consacrées aux objectifs stratégiques 12 et 13. Il faut qu'une part de ces contributions soit affectée aux coûts d'administration et d'exécution. Le budget ordinaire ne doit pas servir à compléter les frais généraux du financement volontaire sans l'accord exprès des États Membres.

Enfin, le projet de budget 2008-2009 appelle à la mise en place d'un nouvel élément : le financement volontaire de base sans objet désigné et alloué selon les besoins. Le Canada estime que les ressources de ce type devraient être affectées spécifiquement au développement sur le terrain, et M. Macphee demande des éclaircissements sur leur utilisation. Il est un peu inquiet de l'accroissement de 100 % prévu pour ces fonds, car les contributions volontaires sont par nature imprévisibles.

Mme REITENBACH (Allemagne), parlant au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, dit que la Croatie, l'Ex-République yougoslave de Macédoine et la Turquie, pays candidats, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine et la Serbie, pays engagés dans le processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, ainsi que la République de Moldova, la Suisse et l'Ukraine se joignent à elle. L'Union européenne estime qu'il faut continuer à se concentrer sur les fonctions essentielles de l'OMS décrites dans le onzième programme général de travail, sur le programme mondial d'action sanitaire, et sur le rôle de l'OMS en tant qu'organisation normative chef de file pour la santé dans le monde. Cependant, Mme Reitenbach s'inquiète de ce que la question de la parité homme-femme n'apparaisse nulle part dans le document ; en effet, les engagements énoncés dans le projet de résolution sur ce thème dont l'Assemblée de la Santé est saisie n'y ont pas la place qui leur revient. Des indicateurs de l'égalité entre homme et femme doivent faire partie des objectifs stratégiques.

A la cent vingtième session du Conseil exécutif, l'Union européenne a demandé que l'on accorde plus d'importance à la sécurité sanitaire mondiale dans les cinq principaux domaines du onzième programme général de travail. La grande place faite en conséquence à la prévention et à la promotion de la santé dans le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le projet de budget programme 2008-2009 a été appréciée. Cependant, la santé sexuelle et génésique n'a reçu qu'un financement encore réduit. Il faudrait augmenter cette allocation, en particulier du fait que le VIH/sida atteint de plus en plus de femmes. Il est nécessaire également que les objectifs stratégiques de l'OMS s'alignent davantage sur les objectifs du Millénaire pour le développement qui ont trait à la santé sexuelle et génésique. L'OMS a un rôle clé à l'ONUSIDA et pourtant l'objectif stratégique 2 ne fait aucune mention de sa participation au Comité des organisations coparrainantes et ne comporte aucun indicateur concernant le rôle de l'OMS dans la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida.

L'intervenante se félicite que les ressources allouées aux activités de lutte contre les maladies non transmissibles aient augmenté, mais n'est pas certaine que le petit budget consacré à ce domaine puisse permettre de faire face à la charge croissante de ces maladies dans le monde. Elle s'interroge sur la manière dont les ressources sont allouées entre les éléments des objectifs stratégiques 3, 6 et 7 et voudrait que les liens entre les objectifs stratégiques 1, 2 et 7 soient mieux définis.

La concentration des objectifs stratégiques en 13 points clés permet une synergie et une cohérence plus fortes. L'élaboration de stratégies bien définies rend le plan plus clair et évite redondance et fragmentation, mais les priorités établies au sein de chaque objectif manquent de transparence, certaines missions confiées à l'OMS ne sont pas assez visibles dans les résultats escomptés, en particulier l'accès aux médicaments. Il faudrait mettre en valeur la surveillance que l'Organisation exerce sur les effets des accords commerciaux dans le secteur sanitaire et la conception de stratégies pour la recherche en santé.

La prévention et l'endigement des maladies infectieuses ainsi que la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé sont des tâches pour lesquelles il est primordial que l'OMS soit à la tête des initiatives multisectorielles de lutte contre la résistance antimicrobienne. Il faut encourager le recours rationnel aux médicaments, mais c'est la résistance antimicrobienne qui doit être au centre de l'action contre les maladies transmissibles, et il faut explorer les méthodes permettant de mesurer la charge mondiale de morbidité due à cette résistance.

Le projet de budget programme révisé 2008-2009 révèle certains déplacements entre les objectifs stratégiques. Comment établir des priorités dans le travail de l'Organisation si le budget doit encore être resserré ? Il faut plus de clarté dans certains domaines comme celui des coûts globaux ; il est essentiel de veiller à la rentabilité des coûts mais, par exemple, combien l'Organisation dépense-t-elle chaque année en publications ? Un supplément d'information sur le groupe récemment chargé de la politique en matière de publications permettrait de déterminer si toutes les économies et tous les gains de rentabilité sont réalisés. Mme Reitenbach attend avec intérêt le prochain rapport sur la politique en matière de publications, l'analyse des incidences financières des journées consacrées à telle ou telle maladie, comme la Journée mondiale du paludisme, des éclaircissements sur la façon dont le plan peut tenir compte des nouvelles résolutions adoptées au cours de sa période de six ans, et la manière dont les donateurs de contributions volontaires s'aligneront sur les objectifs stratégiques.

Il est nécessaire aussi de procéder de façon plus transparente aux allocations spécifiques des ressources financières et humaines envisagées dans le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Avec plus de 70 % des ressources consacrées aux Régions, il faut renforcer les capacités d'administration et de gestion des bureaux régionaux. Le fait que, dans certaines Régions, les recommandations du Commissaire aux Comptes ne sont pas appliquées est inquiétant. Mme Reitenbach propose que l'application du plan soit suivie grâce à une clause de révision donnant aux États Membres la possibilité de faire rapport, par exemple au bout de deux ans.

Le plan cadre mieux avec les réformes du système des Nations Unies, mais il faut explorer plus clairement les possibilités de renforcer la coopération entre l'OMS et les autres organismes des Nations Unies pour chacun des objectifs stratégiques et surtout l'objectif 12. Il semble que les cibles soient en grande partie définies par la stratégie OMS de coopération entre pays, plutôt que par le processus de planification du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et du système des Nations Unies dans son ensemble. Il faut que soient clairement définis les modes de collaboration, la division du travail et l'échange d'information pour éviter les doubles emplois coûteux.

M. GREEN (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) estime satisfaisants les changements apportés au projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 après la cent vingtième session du Conseil exécutif, en particulier l'orientation des objectifs stratégiques, et le seul d'entre eux qui ait clairement trait aux systèmes de santé. Le fait qu'en poursuivant cet objectif-là, on escompte 12 résultats à l'échelle de l'Organisation suggère qu'une approche cohérente des systèmes de santé exige plus que la simple combinaison des activités entreprises d'un bout à l'autre de l'Organisation.

Il n'y a guère eu de changement dans le contenu de l'objectif stratégique 12 ou des autres objectifs stratégiques. Par exemple, il n'est pas fait mention des recommandations sur le sida formulées par la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida. L'engagement de l'OMS dans le processus de réforme des Nations Unies, en particulier dans les huit pays pilotes est indubitable. Le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 devrait présenter des objectifs et des indicateurs permettant d'établir des rapports sur les progrès de sa collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, sur les activités de l'OMS elle-même et sur le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.

M. Green se félicite des révisions apportées au projet de budget programme 2008-2009 et des efforts accomplis pour tenir compte des observations du Conseil. Il approuve le projet de budget, mais indique que certaines tendances préoccupantes de ce budget devront être examinées et discutées en profondeur au cours des deux années qui viennent. Le projet de budget programme 2008-2009 est en augmentation d'un petit peu plus de 15 % pour s'établir à plus de US \$4 milliards, et pourtant la possibilité de le voir atteindre environ US \$5,5 milliards d'ici 2014-2015 a déjà été étudiée ; le budget doit-il continuer à s'élever à chaque exercice ? Il faudrait examiner de près les résolutions adoptées précédemment pour déterminer s'il serait possible de supprimer une activité ou une autre progressivement, ce qui pourrait représenter d'importantes économies.

Le paragraphe 69 du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 précise qu'une proportion importante du budget de l'OMS devrait être financée au moyen des contributions fixées, et pourtant cette proportion a encore diminué depuis janvier 2007, ce qui est difficile à concilier. Le Royaume-Uni, comme beaucoup d'autres États Membres, ne sera pas en mesure de donner son accord à de fortes augmentations des contributions fixées.

Plutôt que des augmentations d'ensemble automatiques, il devrait y avoir un déploiement plus efficace des ressources existantes. Le Directeur général a déjà indiqué sa volonté de faire des choix difficiles. Les États Membres doivent porter leur part du fardeau. Il faut suivre attentivement les gains de productivité de quelque US \$5 millions qui ont été prévus. À mesure que la réforme des Nations Unies aura ses retombées bénéfiques, les économies faites dans les fonctions administratives devront être consacrées aux activités de premier plan.

M. Green fait la distinction entre financement prévisible et financement imprévisible ; il faut augmenter les engagements financiers prévisibles sur plusieurs années, avec moins de contributions volontaires à objet désigné et davantage de contributions volontaires de base négociées,.

Le Dr STEIGER (États-Unis d'Amérique) se félicite de l'intégration d'une stratégie à moyen terme dans le cadre gestionnaire de l'OMS fondé sur les résultats et de la présentation de ses orientations stratégiques, de ses fonctions de base et de ses objectifs stratégiques. L'Organisation cherche à établir un meilleur équilibre entre les contributions fixées et les contributions volontaires, ce qui est compréhensible. Les premières ne sont pas là pour assurer un équilibre par des augmentations progressives, et il constate avec satisfaction que le projet de budget programme 2008-2009 révisé ne préconise pas de les augmenter jusqu'à un niveau spécifié.

Il félicite le Directeur général d'avoir mis en évidence aussi bien le renforcement possible de l'efficacité de la mise en œuvre que les priorités entre programmes du budget programme révisé et les méthodes permettant de compenser les augmentations proposées. Il faudra que les économies possibles et la cessation progressive de certaines activités figurent dans les prochains documents concernant le budget programme, avec des indications correspondant à l'objectif stratégique pertinent.

Les États Membres aussi doivent faire preuve de discipline en ce qui concerne le nombre et la fréquence des résolutions adoptées, et le Dr Steiger se fait l'écho des observations formulées sur la nécessité d'examiner la pertinence des résolutions passées. Dans l'ensemble, le projet de budget programme 2008-2009, y compris les 4 % d'augmentation des contributions fixées, est acceptable ; il correspond à l'importance que les États-Unis donnent aux activités de l'OMS.

Alors que certains donateurs pourraient être disposés à accepter les propositions concernant les contributions de base négociées, d'autres, y compris les organes du Gouvernement des États-Unis qui versent des contributions volontaires, ont des exigences spécifiques qui pourraient ne pas être compatibles avec leur participation à ce processus. Les ressources de base négociées devraient comprendre celles qui sont apportées en réponse aux demandes spécifiques du Directeur général correspondant aux priorités stratégiques. L'examen à moyen terme et l'évaluation de l'exécution du budget programme sont précieux pour le suivi du budget pendant l'exercice suivant et au-delà.

Le Dr Steiger approuve l'objectif stratégique 4, étant entendu que le libellé du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du projet de budget programme 2008-2009 ne tend pas à suggérer l'existence ou la création d'un nouveau droit de l'homme concernant la santé sexuelle et génésique. Certes, le plan stratégique prévoit des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie de l'OMS pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement liés à la santé génésique convenus sur le plan international, mais il rappelle qu'à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sa délégation n'a pas souscrit à la stratégie.¹ Rien dans les documents à l'examen n'encourage ni n'oblige les États Membres à étendre les possibilités d'avortement légal. En outre, comme indiqué dans la résolution WHA55.19, « les services de soins de santé primaires » n'incluent pas l'avortement sauf lorsqu'il est compatible avec la législation nationale et, le cas échéant, la législation locale, et dans le respect total des différentes valeurs religieuses et éthiques et des contextes culturels.

On ne voit pas clairement si l'indicateur 12.3.3 de l'objectif stratégique 12, qui porte sur la proportion des accords commerciaux qui tiennent effectivement compte des intérêts de la santé publique, s'applique aux accords multilatéraux ou bilatéraux, ou aux deux, ni de quel document d'orientation il s'agit. L'intervenant n'est pas sûr que le Secrétariat ait compétence pour conseiller correctement les États Membres sur les incidences potentielles des accords commerciaux. Toute information fournie par l'OMS sur les accords commerciaux doit être neutre, fondée sur les faits, et approuvée par l'OMC et l'OMPI.

¹ Document WHA57/2004/REC/3, procès-verbal de la septième séance de la Commission A.

M. VAN DER HOEVEN (Pays-Bas) se déclare préoccupé par le déséquilibre croissant entre les contributions fixées et les contributions volontaires au budget de l'OMS. En tant qu'organisation constituée d'États Membres chargée de fonctions normatives et de la fourniture d'assistance technique à l'échelle mondiale, l'OMS doit absolument, pour préserver sa crédibilité et son intégrité, avoir un budget alimenté en grande partie par des contributions fixées et non par les fonds fournis par un petit nombre de donateurs.

En 2006, le Directeur général a de nouveau appliqué l'article XV du Règlement financier en faisant rapport sur les incidences administratives et financières des projets de résolution, sans grand effet. Les États Membres devraient évaluer les coûts des projets de résolution lorsqu'ils les adoptent.

Le projet de budget programme 2008-2009 présente une augmentation globale de 15,2 %, mais une augmentation de 4 % seulement des contributions fixées. Si l'on veut éviter que le déséquilibre ne s'accroisse, il faut financer l'accroissement du budget en augmentant les contributions fixées au moins dans les mêmes proportions, et M. Van Der Hoeven prie instamment le Directeur général de s'efforcer d'équilibrer les diverses sources de financement, y compris en augmentant le montant des contributions volontaires prévisibles.

S'agissant de l'objectif stratégique 9, il approuve le maintien de la contribution de l'OMS à la Commission du Codex Alimentarius et aux activités connexes pour l'exercice 2008-2009 au même niveau, au moins, que pour l'exercice 2006-2007, c'est-à-dire à US \$1,2 million.

Le Dr URBINA (El Salvador) se fait l'écho des préoccupations exprimées par le délégué des États-Unis d'Amérique à propos de l'objectif stratégique relatif à la santé sexuelle et génésique, et plus particulièrement de la question de l'avortement, pratique qui va à l'encontre des lois, des valeurs et des principes chrétiens de son pays.

Le Prince BIN AHMED BIN ABDELAZIZ (Arabie saoudite) rappelle que, à propos du problème de la déficience visuelle, la résolution WHA59.25 priait le Directeur général, entre autres, d'accorder la priorité à la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables et d'ajouter des activités de prévention de la cécité et des déficiences visuelles dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le projet de budget programme 2008-2009 en préparation. Pour tenir compte de cette résolution, sa délégation souhaite proposer des amendements à ces documents.

Le Dr AL-RAJHI (Arabie saoudite) ajoute que ces propositions visent à renforcer et préciser le plan stratégique et les documents budgétaires. Dans le document A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009, il propose d'ajouter les mots « et aux déficiences visuelles, y compris la cécité » à la fin de l'intitulé de l'objectif stratégique 3, et d'insérer dans l'encadré des indicateurs et cibles de cet objectif un quatrième élément qui se lirait ainsi : « Stopper et commencer à inverser l'incidence actuelle des incapacités dues à des déficiences visuelles, y compris celle due à la cécité ». Il propose ensuite d'ajouter la mention « déficiences visuelles, y compris la cécité », à la fin du deuxième élément de cet encadré ainsi qu'à la fin des résultats 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 et 3.6 escomptés à l'échelle de l'Organisation.

Il partage l'inquiétude exprimée par le délégué des États-Unis d'Amérique concernant l'objectif stratégique 4.

Le Dr DAHN (Libéria), prenant la parole au nom des 46 États Membres de la Région africaine, estime préoccupant que certaines des cibles à atteindre dans le cadre des 13 objectifs stratégiques, comme la réduction des deux tiers du taux de mortalité due à des maladies évitables par la vaccination et à l'élimination du paludisme dans sept pays cibles d'ici 2013, exigent plus de ressources qu'il n'en est prévu dans le projet de plan stratégique à moyen terme. Elle demande comment les engagements pris dans le domaine de la santé par les pays du G8 et les dirigeants africains seront honorés, et recommande que le Conseil exécutif étudie cette question. Elle est préoccupée aussi par le fait que l'allocation prévue pour combattre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose en 2010-2011 a été réduite de 4 %, alors que les ressources allouées aux 12 autres objectifs ont toutes été augmentées, de

6 % pour l'objectif stratégique 1 à 53 % pour l'objectif stratégique 4. De plus, pour 2012-2013, les fonds alloués aux objectifs stratégiques 1 et 2, très importants pour la Région africaine, sont ceux qui augmentent le moins : 5 %. Comment ces chiffres peuvent-ils correspondre au nouveau dessein du Directeur général ? Renforcer ou mettre en place des systèmes de protection sociale et de santé est une priorité pour la Région africaine. Quel est le budget proposé dans le plan stratégique à moyen terme pour ces programmes ?

Elle se félicite que le budget total prévu pour la Région africaine soit passé de US \$900 millions pendant l'exercice en cours à US \$1,2 milliard pour 2008-2009, mais constate avec inquiétude que la proportion allouée à la Région africaine est tombée de 28,7 % à 28,2 %. Contrairement aux cinq autres Régions, la proportion des allocations prévues pour la Région africaine en 2008-2009 n'a pas augmenté. Le Dr Dahn demande ce qui sera fait pour assurer la cohérence entre les ressources financières allouées et la manière dont le Directeur général envisage la santé des populations d'Afrique.

Mme TOR-DE TARLÉ (France) approuve sans réserve le projet de plan stratégique à moyen terme et le projet de budget programme ; elle apprécie la présentation des objectifs stratégiques et de la gestion axée sur les résultats qui traduit un désir de lisibilité accrue et renforce les liens entre le Siège, les Régions et les bureaux de pays. Avec des résultats escomptés, il sera plus facile à l'OMS de mesurer l'exécution de ses plans. Cependant, certains objectifs stratégiques sont beaucoup plus détaillés que d'autres et il y en a qui ne correspondent pas aux mandats de l'Organisation ; par exemple, les résultats escomptés suite à la création, en vertu de la résolution WHA59.24, du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle n'apparaissent pas dans l'objectif stratégique 11. Cela veut-il dire qu'aucune allocation financière n'a été prévue par ce groupe ou que le financement global de cet objectif devra être modifié ? Ensuite, la présentation des résultats escomptés d'activités réparties entre plusieurs objectifs stratégiques et de l'ensemble des ressources qui leur sont allouées donnerait plus de transparence au plan stratégique et au budget programme. Par exemple, la santé génésique et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles font partie des objectifs stratégiques 2 et 4 et la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé fait partie des objectifs 3 et 9.

L'OMS devra coopérer avec d'autres organismes des Nations Unies, avec des programmes de financement vertical et horizontal et avec des institutions financières internationales. Mais comme il sera fait appel à la coopération des organismes des Nations Unies pour les 13 objectifs stratégiques, il aurait fallu intégrer cette coopération à chacun d'eux, et non pas uniquement à l'objectif 12. Le plan stratégique à moyen terme doit être axé sur le renforcement de cette coopération et pourtant le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) – l'un des principaux partenaires de l'OMS – ne sont que brièvement mentionnés.

Comme les dépenses en ressources humaines représentent plus de 42 % du budget, le projet de plan stratégique à moyen terme gagnerait à la gestion à moyen terme et à long terme de ces ressources. Elle ajoute qu'il faut améliorer la coordination entre le budget de l'Organisation et la gestion de ses ressources humaines. S'agissant des résultats de l'OMS, il faut donner suite aux recommandations du vérificateur intérieur des comptes et les intégrer à l'objectif stratégique 13.

Mme Tor-de Tarlé demande des éclaircissements sur le rôle du multilinguisme et le lien entre le plan stratégique à moyen terme, qui prévoit des résultats dans ce domaine, et le plan d'action sur le multilinguisme qui figure à l'ordre du jour de la cent vingt et unième session du Conseil exécutif.

M. WONG (Singapour) constate avec plaisir la réduction du nombre d'objectifs stratégiques et souhaite vivement que le plan stratégique soit encore simplifié. Il apprécie aussi l'importance accordée aux maladies transmissibles, aussi bien par le plan stratégique que par le budget programme, et le niveau des ressources allouées à la lutte contre la grippe aviaire et autres maladies infectieuses émergentes. Cependant, l'OMS devra réexaminer régulièrement la mise en œuvre de ses plans, qui sont vastes et ambitieux. Il loue la transparence du processus budgétaire.

M. BRUN (Norvège) dit que les objectifs du projet de plan stratégique à moyen terme sont rendus plus lisibles grâce aux indicateurs et aux cibles. Il approuve la proposition d'augmenter le budget et d'améliorer l'équilibre entre contributions fixées et contributions volontaires. Il soutient les observations du délégué des Pays-Bas à cet égard. La Norvège accorde une grande importance au travail de l'Organisation sur la santé sexuelle et génésique. Il faudra accroître les crédits budgétaires dans ce domaine et leur consacrer une ligne budgétaire distincte pour plus de transparence. Il soutient le point de vue du délégué de l'Allemagne sur la question de l'équité entre homme et femme, sur le rôle que l'OMS peut jouer en aidant les pays à mettre à profit les flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, sur la cohérence entre le rôle de l'OMS et les outils de planification à l'échelle du système des Nations Unies, et sur les maladies non transmissibles.

M. VAN MEEUWEN (Belgique) se déclare satisfait du projet de budget programme 2008-2009, du plan stratégique et de la réduction du nombre d'objectifs stratégiques. Il apprécie que des objectifs clairs et quantifiables soient présentés sous forme de résultats escomptés à atteindre. Cependant, le changement proposé ne facilitera pas la comparaison avec les résultats obtenus par le passé, car les domaines d'activité du budget précédent et plusieurs des objectifs stratégiques pour l'exercice 2008-2009 se chevauchent.

Il trouve préoccupant le déséquilibre croissant existant entre les ressources du budget ordinaire et les contributions volontaires. L'OMS doit disposer de ressources suffisantes pour remplir son mandat. Son rôle en tant qu'institution des Nations Unies chef de file dans le domaine de la santé et sa fonction normative dépendent de ses ressources humaines. M. Van Meeuwen craint que l'OMS ne soit en train de se transformer en un fonds des Nations Unies. L'accroissement du budget ordinaire devrait être le même, proportionnellement, que celui des contributions extrabudgétaires. Les contributions volontaires sont imprévisibles et pourraient être négociées de façon à servir de ressources générales, mais cela ne serait qu'une solution à court terme.

Il faut absolument établir une priorité entre les 13 objectifs stratégiques proposés pour pouvoir prendre des décisions au cas où les ressources seraient insuffisantes, pour permettre à l'Organisation de tenir ses engagements. L'intervenant déplore l'importance exagérée accordée aux aspects techniques de la lutte contre les maladies alors que l'on sait bien que la viabilité des interventions sanitaires dépend du bon fonctionnement de services de santé répondant aux besoins des populations. Les services de santé doivent pouvoir bénéficier de ressources financières suffisantes pour être accessibles à ceux qui en ont le plus grand besoin, c'est-à-dire les pauvres et les populations marginalisées.

Il se déclare déçu par l'absence de référence explicite aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, en particulier ceux concernant l'alignement, l'harmonisation et la coordination.

M. MCKERNAN (Nouvelle-Zélande) souscrit au projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Ses cibles et buts clairs ne seront atteints qu'avec l'amélioration de la gestion et le renforcement des capacités dans les Régions et les pays. Il se félicite de l'attention particulière apportée aux aspects sociaux, culturels et économiques des déterminants de la santé et à l'augmentation budgétaire que cela entraîne. Il a noté le niveau des contributions volontaires au budget global de l'OMS et réitère les inquiétudes exprimées par d'autres États Membres à propos du financement à long terme. L'OMS devrait être la seule organisation à définir le programme d'action sanitaire mondial. L'augmentation prévue du budget programme n'est pas négligeable aussi bien en chiffres absolus qu'en pourcentage. Cependant, il estime préoccupantes certaines observations figurant dans les rapports de vérification des comptes, qui ont donné lieu à plusieurs recommandations dans des domaines où les contrôles financiers et la gestion se sont révélés insuffisants. Il demande au Directeur général de donner suite à toutes ces recommandations laissées en suspens de façon que les ressources budgétaires soient désormais utilisées efficacement. Il soutient la planification et la budgétisation fondées sur les résultats, afin de renforcer la transparence et la responsabilisation.

Le Dr BUDIARDJA (Indonésie) se félicite du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Plusieurs priorités correspondent au plan stratégique de l'Indonésie en faveur de la santé : il s'agit notamment de la réduction de la mortalité maternelle, du renforcement des systèmes de santé et de l'accès à la santé, du renforcement des moyens d'appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et de la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. Le Gouvernement indonésien a fait de la réduction de la pauvreté une priorité et a décidé de s'attaquer aux inégalités en matière de santé en instaurant un système d'assurance-maladie pour près de 60 millions de pauvres. La progression vers les objectifs du Millénaire pour le développement doit être soutenue par des actes et des ressources. La réduction du ratio de mortalité maternelle, comme le prévoit l'objectif 5, nécessitera d'importantes ressources. C'est pourquoi il faut introduire dans le projet de plan stratégique à moyen terme une approche techniquement saine qui permettra de concevoir des interventions adaptées et d'un bon rapport coût/efficacité, en particulier pour les pays où la mortalité maternelle est élevée et les ressources limitées.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, souscrit au projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et constate avec plaisir l'importance accordée à la responsabilisation, à la bonne exécution et à la gestion axée sur les résultats. Le projet de plan stratégique à moyen terme peut servir à aligner le budget programme de l'OMS sur les priorités nationales.

L'orateur soutient le projet de budget programme 2008-2009, de même que la présentation des contributions ordinaires et volontaires en un budget unique. Pour que les propositions du budget puissent être réalisées, l'OMS devra travailler étroitement avec tous ses partenaires. Les ressources devraient être équitablement réparties entre les pays, ce qui exigera le transfert de 70 à 75 % des ressources de l'OMS aux Régions et aux pays. Il est important de pouvoir prévoir l'augmentation des contributions volontaires. Parallèlement, l'Organisation doit être plus efficace et plus efficiente, et faire preuve de la souplesse nécessaire en cas de catastrophe naturelle et de situation d'urgence complexe.

Pour le projet de budget programme 2008-2009, l'augmentation globale de 15,2 % proposée pour l'exercice en cours traduit les besoins des États Membres et la confiance dans le travail de l'OMS ; mais pour préserver son identité et retenir l'appui de ses Membres, l'Organisation doit assurer l'équilibre entre contributions fixées et contributions volontaires. Pendant l'exécution du budget programme, elle doit tenir compte des particularités nationales, en particulier lorsque les problèmes sont aggravés par des urgences complexes, que les ressources humaines et financières manquent et que les capacités de gestion sont faibles. Les programmes concernant la maternité sans risque, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé des femmes, la sécurité alimentaire et la politique, et la promotion en matière de recherche restent tous insuffisamment financés. Le manque de souplesse financière empêche le transfert de ressources à des domaines d'activité qui manquent des fonds nécessaires.

Le Dr BUSUTTIL (Malte) dit, au sujet de l'objectif 4 du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013, que les références aux services de santé sexuelle et génésique qui apparaissent dans le plan stratégique ne doivent pas être interprétées comme obligeant une partie quelle qu'elle soit de considérer l'avortement comme une forme légitime de service de santé sexuelle ou génésique.

Le Dr TANGI (Tonga) se félicite du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 qui indique clairement à l'Organisation la direction à prendre pendant les six années qui viennent. Cependant, il doute que l'OMS ait la capacité d'exécuter un programme aussi vaste. L'accroissement de 15,2 % du projet de budget programme 2008-2009 correspond aux priorités prévues dans le budget et centrées sur les problèmes de santé émergents qui sont le sujet de nombreuses résolutions de l'Assemblée de la Santé. On a tendance à adopter des résolutions sans comprendre leurs incidences financières. Le projet de budget doit rendre le plan stratégique à moyen terme opérationnel, au moins pendant les deux premières années. Le Dr Tangi constate avec satisfaction l'augmentation de 21 % proposée pour le financement des maladies non transmissibles et chroniques. Il partage l'inquiétude générale au sujet de

l'intégrité de l'Organisation face à un pourcentage plus faible de contributions et note que l'idée controversée d'accroître les contributions des États Membres, avancée par le Directeur général précédent, n'a pas rallié tous les suffrages.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) appuie les observations du délégué de l'Arabie saoudite sur la santé sexuelle et génésique et sur les déficiences visuelles.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) est favorable au plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et à l'allocation plus généreuse de ressources prévue dans le projet de budget programme 2008-2009. Ces ressources devraient soutenir efficacement les domaines d'activité où il sera possible de bien progresser vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. L'ensemble des progrès pourra être évalué sans difficulté. Les cibles, les objectifs et les résultats escomptés doivent être clarifiés. Il est essentiel de maintenir les liens avec le budget programme 2006-2007 et de montrer les progrès accomplis par rapport à l'exercice précédent en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire.

Dans le budget ordinaire, la part des ressources financières que l'OMS reçoit par le biais des contributions fixées devrait être supérieure à celle obtenue au moyen des contributions volontaires afin de promouvoir la bonne gouvernance, l'intégrité et la réduction des coûts de transaction. Il faudrait aussi affecter les donations volontaires aux priorités arrêtées par les organes directeurs et améliorer la gestion des ressources existantes, établir un ordre de priorité entre les objectifs stratégiques et rendre le projet de budget programme 2008-2009 plus clair. Il faudrait enfin indiquer quelles sont les priorités de l'Organisation pour le cas où elle n'obtiendrait pas les ressources escomptées. Le projet de budget programme 2008-2009 intègre les activités réalisées dans le cadre de l'ensemble des ressources disponibles, ce qui devrait permettre aux États Membres d'améliorer l'administration des dépenses conformément aux priorités de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), se référant à l'avant-propos du Directeur général au plan stratégique à moyen terme 2008-2013, note avec inquiétude qu'un domaine, sur les aspects plus généraux de la santé et son interaction avec d'autres secteurs par le biais de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, ne figure pas dans la version actuelle. Celle-ci montre que le Secrétariat ne comprend pas toute la complexité des relations qui existent entre les facteurs sociaux et la santé. Dans l'avant-propos, le Directeur général devrait redonner à la Commission la place qui lui revient.

Il demande instamment que l'on s'intéresse activement au groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et que ce groupe bénéficie d'un soutien encadré, sans quoi il échouera. Les orientations du Directeur général précédent devraient être respectées.

Il se dit préoccupé par le fait que l'augmentation des contributions fixées ne soit que de 4 % alors que les États Membres sont prêts à verser davantage. La proportion de contributions fixées s'abaissera encore tandis que l'objet des contributions volontaires sera désigné de façon à servir les intérêts des donateurs. En d'autres termes, tous les États Membres paient pour maintenir dans le monde entier un Secrétariat de l'OMS qui se limite à servir les intérêts des donateurs et néglige ceux des pays en développement. Le Directeur général devrait fournir une analyse associant les contributions à objet non désigné et les contributions fixées, de façon que les États Membres puissent observer l'évolution des ressources budgétaires qui ne sont pas soumises à l'influence des donateurs et qu'ils soient rassurés sur le fait qu'ils ne paient pas le Secrétariat pour promouvoir les intérêts d'une poignée de pays.

Le Gouvernement de la Thaïlande envisage de verser à l'OMS une petite contribution à objet non désigné pour donner au Secrétariat plus d'impartialité et de transparence. La veille même, le groupe de rédaction sur la grippe aviaire a pris connaissance du fait qu'un centre collaborateur de l'OMS avait envoyé le virus à un laboratoire au mépris de son mandat et avait empêché l'échange d'un échantillon. Au lieu d'enquêter sur la conduite de ce centre, le Secrétariat a effacé le mandat du

site Web. Il a critiqué d'autres centres parce qu'ils n'échangeaient pas les virus mais n'a pris aucune mesure contre le centre en question. Le travail réalisé par d'autres centres collaborateurs est essentiel à l'effort mondial pour prévenir une pandémie de grippe, mais les États Membres doivent pouvoir leur faire confiance.

Le Dr SOARES MARQUES DE LIMA (Sao Tomé-et-Principe) fait état des préoccupations que lui inspire le projet de budget programme 2008-2009. En ce qui concerne l'objectif stratégique 2, comment peut-on donner universellement accès à la prévention, aux traitements et aux soins pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme alors que le projet de budget a été réduit de 10 % par rapport à celui de 2006-2007 ? Ces maladies restent les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays en développement, en particulier en Afrique. Il faudrait accroître les ressources allouées à ces objectifs avec le concours d'autres partenaires. De plus, en ce qui concerne l'objectif stratégique 3, l'augmentation de 44 % est insuffisante vu la charge imposée par les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et les traumatismes, en particulier dans les pays à revenu faible ou moyen où au moins 80 % de l'ensemble des décès leur sont imputables.

M. KHALEEL (Maldives) reconnaît que les liens entre les différents objectifs stratégiques du plan à moyen terme sont cohérents. Le Secrétariat devrait s'efforcer d'augmenter la proportion de contributions volontaires à objet non désigné et les affecter aux domaines où le manque de financement est le plus grand, dans le droit-fil des objectifs stratégiques.

M. MENESES (Mexique) reconnaît l'effort qu'a demandé la rédaction du projet de plan stratégique et du projet de budget programme 2008-2009. Le délégué de la Thaïlande s'est plaint de ce que les contributeurs les plus importants aient l'influence la plus grande. Le Mexique est le dixième principal contributeur au budget de l'OMS et son Gouvernement s'efforce de faire en sorte que les budgets des organisations internationales soient transparents et efficaces et qu'il y ait correspondance entre les degrés de priorité des programmes et les allocations budgétaires. Celles-ci seront certainement révisées à la lumière des observations des délégués. Par tradition, le Mexique est favorable à une croissance réelle zéro. Lorsque la nouvelle base budgétaire des activités de l'OMS sera examinée, le Mexique s'efforcera de veiller à ce que les budgets reposent sur une croissance nominale zéro.

Quant aux objectifs stratégiques, M. Meneses voudrait qu'il soit fait mention plus spécifiquement de la lutte contre l'obésité et le diabète sucré parmi les activités destinées à prévenir et réduire la charge de morbidité liée aux affections chroniques non transmissibles. La Région des Amériques doit faire face à des épidémies d'obésité et de diabète sucré qui auront des coûts sociaux importants à l'avenir. Tous les pays devraient s'efforcer de maîtriser ces épidémies et d'examiner les déterminants sociaux de la santé et leur rôle dans ces affections. Pour les prévenir, l'OMS doit contribuer à fournir les mécanismes de régulation et d'autorégulation de l'industrie alimentaire.

Il constate avec plaisir que la campagne de prévention de la consommation de tabac se poursuit et qu'il ait été décidé de déclarer que l'Assemblée de la Santé serait sans tabac.

Le Dr AL GHAFIRI (Oman) prend acte de la dimension régionale de certains problèmes de santé. Ainsi, entre 75 et 80 % des cas de cécité dans son pays sont évitables, et dans une résolution le Comité régional a soutenu les efforts faits pour venir à bout de ce problème.

Mme FRUTOS (Paraguay), se référant aux déclarations des délégués des États-Unis d'Amérique et d'El Salvador concernant l'objectif stratégique 4, dit qu'il n'y a pas de nouveau droit de l'homme à la santé sexuelle et génésique et que les services de santé sexuelle et génésique ne prévoient pas l'avortement.

Le Dr HUWAIL (Iraq) estime que le plan stratégique à moyen terme devrait porter essentiellement sur les variables épidémiologiques et démographiques, tenir compte des déterminants

sociaux et économiques de la santé et de la gestion des crises, et mettre l'accent sur l'évolution de certaines maladies sur le plan épidémiologique, les priorités émergentes, la nécessité de compter sur des systèmes financiers efficaces, le renforcement des capacités et l'encouragement de la recherche, et l'amélioration des systèmes de santé.

Le projet de budget programme 2008-2009 devrait faire une large place aux objectifs du Millénaire pour le développement et à la gestion de la qualité totale. Il faudrait répartir les ressources entre les Régions en fonction de leurs besoins en ressources humaines et non de leur population.

Mme SCHAER BOURBEAU (Suisse) s'associe à la déclaration faite au nom de l'Union européenne sur le point 11.1. Comment les activités de l'OMS, comme celles du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, seront-elles financées si elles ne sont pas mentionnées dans le projet de résolution ?

Le projet de plan-cadre d'équipement présente un panorama complet des besoins de l'OMS en biens immobiliers. Toute organisation internationale doit prévoir dans son budget ordinaire des ressources suffisantes pour financer les frais généraux d'infrastructure et les dépenses d'équipement. Depuis longtemps, le fonds immobilier de l'OMS manque des fonds nécessaires à cause du désir compréhensible de financer des programmes plutôt que des infrastructures immobilières, ce qui conduit à investir d'urgence des sommes plus élevées pour rattraper le retard. Le bon entretien des bâtiments est une responsabilité essentielle. Il faut pouvoir compter sur un financement suffisant et prévisible par le budget ordinaire et ne pas dépendre des contributions volontaires. Le montant estimatif des dépenses d'équipement, qui s'élève à US \$22,9 millions pour 2008-2009, devrait être imputé sur le budget ordinaire.

Le Dr AL-SHATTI (Koweït), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale et des ministres de la santé des pays de la Ligue arabe, se félicite du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il souligne l'importance de la prévention et de la réduction des incapacités et des décès prématurés dus aux maladies chroniques non transmissibles. La charge mondiale des déficiences visuelles représente quelque 314 millions de personnes, dont 153 millions ont un défaut de réfraction, 124 millions des pertes de vision et 37 millions sont atteintes de cécité. Dans 85 % des cas, la cécité est évitable au moyen de techniques établies et abordables. Le Dr Al-Shatti s'associe à la demande du délégué de l'Arabie saoudite visant à inclure les déficiences visuelles dans l'objectif stratégique 3 en application de la résolution WHA59.25.

En ce qui concerne l'objectif stratégique 4, le Koweït partage les inquiétudes exprimées par de nombreux États Membres, y compris l'Arabie saoudite, les États-Unis d'Amérique et Malte, sur l'accès à l'avortement au niveau des soins de santé primaires et sur le rôle d'outil de planification familiale qui lui est donné.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) dit que le plan stratégique à moyen terme donne une orientation claire à l'Organisation, qu'il peut être adapté aux priorités des pays et qu'il est axé sur les résultats. Il traite la question de la responsabilité comptable, donne des indicateurs et prévoit des mécanismes de suivi et d'évaluation. Le Dr Wangchuk est favorable au plan stratégique à moyen terme, au projet de budget programme 2008-2009 et à l'amendement de l'objectif stratégique 3 proposé par l'Arabie saoudite.

Mme KNUTSDOTTIR (Islande) soutient la suggestion du délégué de l'Arabie saoudite à propos de l'objectif stratégique 3, dont le libellé devrait être révisé dans le sens indiqué.

M. KOCHETKOV (Fédération de Russie) estime que l'idée de fixer les 13 objectifs stratégiques pour au moins six ans est bonne, car elle facilite l'analyse budgétaire, mais que l'objectif 10, trop vaste, ne devrait concerner que les systèmes de santé. Certes, le résultat 7.5 escompté à l'échelle de l'Organisation est clair dans l'ensemble, mais aucun de ses trois indicateurs ne

permettra d'évaluer les progrès accomplis sur les questions de parité entre les sexes. Il faudrait inclure ce type d'indicateur.

M. Kochetkov est préoccupé par le dispositif de suivi et d'évaluation utilisé pour le plan et le budget ; alors que des dispositions sont prévues pour les corrections à apporter après un examen semestriel, on ne sait pas au juste si elles seront incorporées dans le plan qui suivra. En outre, la disparité entre contributions fixées et contributions volontaires s'accroît. La Fédération de Russie soutient la légère augmentation prévue pour le projet de budget programme 2008-2009 et encourage l'OMS à collaborer avec les donateurs pour obtenir des fonds à objet non spécifié. La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est une priorité, mais les ressources attribuées à cette fin ne sont pas suffisantes. L'intervenant souligne l'importance d'une approche gestionnaire fondée sur les résultats pour la répartition des ressources entre les Régions ; celles qui remplissent le mieux leurs engagements prévus dans le plan à moyen terme doivent recevoir une part plus importante des ressources. Il soutient le plan stratégique à moyen terme et le projet de budget programme 2008-2009.

M. WATERBERG (Suriname), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, se déclare satisfait du plan stratégique à moyen terme et du projet de budget programme 2008-2009. Il convient avec les intervenants précédents qu'il y a déséquilibre dans les fonds extrabudgétaires. La programmation verticale concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme s'est révélée utile, mais il faut aussi renforcer les systèmes de santé pour fournir des services de qualité et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

L'augmentation de 4 % proposée pour les contributions des pays semble appropriée pour réduire la mortalité maternelle et infantile, lutter contre les maladies chroniques, appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et améliorer les systèmes. Ces secteurs programmatiques sont importants pour les pays des Caraïbes où les maladies chroniques se sont développées de façon spectaculaire ; ces pays représentent la deuxième région la plus touchée par le VIH/sida. M. Waterberg compte qu'avec l'augmentation du budget le soutien sera plus grand et que la réalisation des objectifs stratégiques aura des retombées directes. L'espérance de vie dans les Caraïbes s'abaissant régulièrement, il faudrait revoir les critères d'allocation budgétaire et envisager une redistribution en faveur des Caraïbes.

Le DIRECTEUR GÉNÉRAL remercie les délégués de leurs recommandations et conseils. Le plan stratégique à moyen terme et le projet de budget programme 2008-2009 ont été lancés par le Dr Lee Jong-wook auquel elle souhaite rendre hommage, ainsi qu'à tous ceux qui, d'un bout à l'autre de l'Organisation, ont contribué à l'établissement de ce document. Elle a pris note des demandes formulées pour accorder une attention plus grande à la santé sexuelle et génésique, à la Région africaine, aux déficiences visuelles, aux maladies transmissibles et non transmissibles, aux systèmes de santé, aux médicaments, aux partenariats et à la collaboration avec d'autres organismes du système des Nations Unies. Elle a aussi noté qu'il est nécessaire de chercher les moyens de réaliser plus d'économie en privilégiant l'efficacité et en supprimant certains programmes. On a exprimé le souhait que l'Organisation préserve ses fonctions normatives et continue à faire campagne pour obtenir davantage de ressources pour la santé en collaborant avec d'autres partenaires. Elle se félicite que certains États Membres se soient inquiétés des incidences budgétaires de certaines résolutions. Elle est reconnaissante de l'appui massif apporté au projet de budget.

Répondant aux questions soulevées par le délégué de la Thaïlande, elle explique qu'elle assume personnellement la responsabilité de toute modification dans l'avant-propos du projet de plan stratégique et du projet de budget programme 2008-2009. Il est très important de s'occuper des déterminants sociaux de la santé, et elle a mentionné cette question la veille dans son allocution à l'Assemblée de la Santé. Cependant, comme le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ne sera pas prêt avant juin 2008 au plus tôt, elle a l'intention de soumettre les recommandations de ce rapport à l'examen de l'Assemblée de la Santé en 2009. Elle ne peut préjuger des décisions que prendront les États Membres lors d'une prochaine Assemblée de la Santé, c'est pourquoi aucune allocation budgétaire n'a été prévue pour appliquer l'une ou l'autre des recommandations de la Commission jusqu'au prochain exercice.

En ce qui concerne les centres collaborateurs de l'OMS et leurs fonctions dans la surveillance de la grippe, elle reconnaît leur contribution importante aux activités de l'OMS de même que leur rôle essentiel. Elle remercie les pays pour les ressources qu'ils consacrent à l'hébergement ou au soutien de ces centres qui contribuent à la crédibilité et à l'intégrité scientifique de l'Organisation. La conduite de certains centres a provoqué des inquiétudes et l'OMS assume l'entière responsabilité pour ne pas avoir veillé au respect des lignes directrices pertinentes. Les mandats des centres collaborateurs sont de ce fait en cours d'examen.

Le PRÉSIDENT dit qu'il demandera au Secrétariat de rédiger une résolution sur le plan stratégique à moyen terme et une résolution portant sur l'ouverture de crédits pour l'exercice 2008-2009, et que ces deux textes seront distribués le lendemain.

Il en est ainsi convenu.

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

La séance est levée à 17 h 25.

CINQUIÈME SÉANCE

Jeudi 17 mai 2007, 9 h 25

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

1. PREMIER RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A60/54)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), Rapporteur, donne lecture du projet de premier rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

2. PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME, Y COMPRIS PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 : Point 11 de l'ordre du jour (suite de la quatrième séance)

Onzième programme général de travail : suivi de la mise en œuvre : Point 11.4 de l'ordre du jour (documents A60/6 et A60/48)

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 fournit des indications claires sur les mesures que les États Membres et le Secrétariat sont appelés à prendre pour donner effet au programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail. L'OMS doit jouer un rôle clé en matière de normalisation des services et mécanismes visant à répondre aux besoins des pauvres, afin que le concept de « la santé pour tous » demeure l'objectif final des services de soins et de l'accès à ceux-ci. Le suivi et l'évaluation du programme général de travail et du plan stratégique devront relever de la responsabilité collective. Le Secrétariat devrait mettre au point des outils et lignes directrices à l'intention des pays, et faire périodiquement rapport à l'Assemblée de la Santé sur les résultats obtenus. Dans les plans opérationnels, les prestations devraient être classées par rapport aux fonctions essentielles.

Le Dr DAHN (Libéria), prenant la parole au nom des 46 États Membres de la Région africaine, accueille favorablement le onzième programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme et met l'accent sur l'importance du suivi de la mise en œuvre. Les partenariats pour la santé associant la société civile et le secteur privé permettront d'améliorer l'efficacité, faciliteront la mise en œuvre des programmes sanitaires et favoriseront les actions conjointes en vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Pour beaucoup de pays africains, il serait utile de pouvoir s'appuyer sur un cadre politique d'ensemble pour instaurer ce type de partenariat.

L'Assemblée de la Santé sait à quel point il est important de donner forme au programme de recherche et d'encourager la collecte et la diffusion des connaissances lors du suivi de la mise en œuvre du programme général de travail. Or beaucoup d'États Membres ne disposent pas de

¹ Voir p. 352.

suffisamment de moyens pour conduire les recherches et tirer parti des données qui en sont dérivées, et nombre de décisions de politique générale importantes ne sont pas prises à la lumière d'éléments concrets. Les stratégies de recherche doivent donc tenir compte de la nécessité de renforcer les capacités dans les États Membres et d'améliorer l'accès à des données de recherche intégrées.

La fixation de normes et de principes directeurs ainsi que la promotion et le suivi de leur application sont des éléments cruciaux du programme mondial d'action sanitaire. Il faut améliorer la mise au point de lignes directrices. Des politiques d'un bon rapport coût/efficacité, conformes à l'éthique et équitables, sont à élaborer en vue de leur mise en œuvre dans divers contextes socio-économiques. Les procédures de sélection et d'engagement d'experts doivent être plus transparentes. Il convient de renforcer les compétences locales en matière de suivi et d'évaluation. Il serait également utile de pouvoir faire appel à des réseaux associant d'autres partenaires et à des dispositifs harmonisés découlant d'initiatives régionales.

Le Professeur MIKHAILOVA (Fédération de Russie) souligne que les questions sanitaires tiennent une place de plus en plus importante dans la fixation des priorités pour le développement mondial, ce qui confère à l'OMS un rôle de premier plan dans les efforts faits pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Une initiative particulièrement importante est celle que l'Organisation a prise pour renforcer les liens avec les ministères de la santé, les gouvernements et leurs organes techniques, ainsi que sa coopération avec d'autres organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et ses propres bureaux de pays. Le travail de planification de l'OMS doit être axé sur l'obtention de résultats concrets. Cela suppose des efforts concertés de la part de partenaires multiples, la conclusion d'accords précis sur les délais à respecter et le suivi, et une obligation de transparence et de responsabilisation en matière de dépenses.

Il convient de se féliciter de l'accent mis, dans le plan stratégique à moyen terme, sur l'assistance à fournir aux États Membres en matière de renforcement des systèmes de santé, pour ce qui est notamment des ressources humaines, du financement, de la recherche d'informations et de la recherche scientifique. Ces éléments, que le Conseil exécutif a considérés à sa cent vingtième session comme étant des objectifs distincts, ont été regroupés au sein de l'objectif stratégique 10, pas moins de 12 résultats étant escomptés pour ce seul objectif. L'emploi de l'expression « services de santé » pour désigner un si grand nombre d'éléments est source de confusion. Certains indicateurs utilisés pour mesurer la façon dont les services de santé progressent sont trop vagues ; il faudrait définir un indicateur de base pour chaque pays, car il n'existe aucune méthode normalisée d'évaluation qui serait commune à des pays se trouvant à des niveaux de développement différents.

L'intervenante approuve le choix des fonctions clés et des 13 objectifs stratégiques proposé dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Mme WARANYA TEOKUL (Thaïlande) approuve les indicateurs retenus pour assurer le suivi du programme mondial d'action sanitaire tels qu'ils sont présentés au Tableau 1 du document A60/6, ainsi que les interventions clés récapitulées au Tableau 2. Elle s'inquiète toutefois de constater que des ressources insuffisantes sont allouées au suivi de l'appui aux systèmes d'information sanitaire. Le onzième programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme comportent six fonctions clés, 13 objectifs stratégiques et 40 programmes de travail, mais l'allocation des ressources n'est axée que sur un petit nombre d'objectifs stratégiques. L'OMS devra assurer le suivi de la mise en œuvre de ses programmes en fonction des objectifs stratégiques auxquels sont affectées le plus de ressources.

Mme PRADHAN (Sous-Directeur général) indique que le suivi de la mise en œuvre du onzième programme général de travail et du plan stratégique à moyen terme seront deux tâches complémentaires, axées sur le suivi des objectifs stratégiques à un niveau élevé. Lors du travail de mise au point plus poussée du processus de suivi, il sera tenu compte des observations des délégués, concernant notamment la soumission à intervalles réguliers de rapports à l'Assemblée de la Santé.

La Commission prend note du rapport.

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 12.5 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R16, et A60/12)

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole à la demande du PRÉSIDENT au nom du représentant du Conseil exécutif, déclare qu'à sa cent vingtième session,¹ le Conseil s'est félicité des efforts déployés par l'OMS pour coordonner les activités de prévention et de lutte contre le paludisme menées aux échelles mondiale, régionale et nationale grâce à la mise en place du Programme mondial de lutte antipaludique, et pour renforcer la capacité des États Membres de planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les mesures de lutte antipaludique. L'OMS a été priée de continuer à donner des conseils en matière de lutte antipaludique. Le Conseil est favorable à l'emploi d'insecticides en pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, y compris le DDT, ainsi qu'au recours à un éventail de mesures plus large pour assurer le suivi de la résistance aux médicaments et aux insecticides. Il a pris note du fait que le coût des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine continuait de représenter un obstacle majeur à l'accès au traitement et que les antipaludiques contrefaits posaient un problème dans certains pays.

Le Conseil a adopté la résolution EB120.R16, où il soumet une résolution à l'Assemblée de la Santé pour adoption. Deux versions différentes du cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution sont proposées ; il y est question de l'application des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. Ce projet de résolution préconise la proclamation d'une journée internationale du paludisme destinée à mieux alerter le grand public et à favoriser l'organisation de campagnes de sensibilisation.

Le Dr PARIRENYATWA (Zimbabwe), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, sait gré à l'OMS de l'appui qu'elle fournit à l'Union africaine pour l'élaboration de la stratégie africaine de lutte contre le paludisme, maladie qui continue de tuer chaque année plus d'un million de personnes dans le monde. Dans la Région africaine, le paludisme est à l'origine de cruelles souffrances, cause des incapacités durables et tue un enfant toutes les 30 secondes. Il est responsable d'absentéisme scolaire, d'une faible productivité et d'énormes pertes économiques. Les connaissances et les outils nécessaires à la lutte antipaludique existent, mais les efforts de prévention et de lutte sont tout à fait insuffisants dans la Région. La pénurie sévit partout – ressources humaines et financières, systèmes de santé, capacités de suivi et d'évaluation, accès à des prix abordables aux outils diagnostiques, aux vaccins, aux antipaludiques et aux technologies de prévention. D'autres obstacles se situent au niveau des systèmes d'achat et de distribution, en particulier pour les médicaments dont la durée de validité est brève, comme les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. Il faut faciliter l'accès aux préparations pédiatriques d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, et poursuivre les recherches sur de nouveaux antipaludiques efficaces et d'un prix abordable.

Lors du Sommet africain Faire reculer le paludisme (Abuja, 25 avril 2000), les dirigeants africains ont fixé de nouveaux objectifs en matière de lutte antipaludique. En 2006, ils ont réaffirmé l'engagement qu'ils avaient pris de réduire de moitié la charge du paludisme sur le continent à l'horizon de 2010. À sa cinquante-sixième session, le Comité régional de l'Afrique a recommandé d'intensifier les initiatives transfrontières, d'intégrer les activités de lutte antipaludique et de favoriser les partenariats public-privé. L'intervenant appuie la déclaration de l'OMS relative à l'utilisation du DDT en pulvérisations à effet rémanent dans les habitations, et prendra connaissance avec intérêt des lignes directrices qui seront publiées à ce sujet. Les États Membres touchés par le paludisme devraient

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la deuxième séance, section 3.

faciliter l'accès aux insecticides à employer en pulvérisations à effet rémanent dans les habitations et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Le Zimbabwe appuie le projet de résolution et approuve les mesures préconisées au paragraphe 1 ; sa préférence va à la première version proposée du cinquième alinéa dudit paragraphe. Au paragraphe 4, l'expression « Journée du paludisme » devrait être remplacée par « Journée mondiale du paludisme », et celle-ci devrait être célébrée le 25 avril de chaque année.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie) déclare que son pays s'est donné pour objectif de réduire de moitié la mortalité et la morbidité palustres à l'horizon de 2012. Parmi les progrès récents, il cite le recours à des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, la mise en place d'une base de données sur l'épidémie de paludisme dans 19 districts, un système de bons d'achat de moustiquaires subventionnées et l'emploi de tests de diagnostic rapides dans les centres de santé périphériques. Quant aux difficultés rencontrées, il s'agit notamment de la surestimation du nombre de cas de paludisme liée à la pénurie de laboratoires et de personnel qualifié dans les centres de santé, et du coût élevé des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. Le Professeur Mwakyusa remercie ses partenaires de l'appui fourni pour l'achat d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et demande aux fabricants de diminuer le nombre de comprimés contenus dans la posologie pour adultes, ce qui améliorerait l'observance du traitement ; il faudrait également disposer de préparations pédiatriques. L'intervenant appuie le projet de résolution ainsi que l'idée d'instaurer une journée du paludisme.

Le Professeur KEVAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) indique que son pays se place au troisième rang des 10 pays de la Région du Pacifique occidental où il existe des cas confirmés de paludisme. Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine ont été introduites en 2000 pour les formes graves de paludisme et en cas d'échec du traitement mais, à l'heure actuelle, elles sont utilisées comme médicaments de première intention. L'apparition d'artémisinine contrefaite est un phénomène préoccupant, et une importante infiltration dans le système de distribution actuel a récemment été décelée. L'intervenant sait gré à l'OMS d'avoir obtenu l'appui de partenaires clés pour permettre l'introduction de moustiquaires à imprégnation durable ; il se félicite que les organisations internationales soient mentionnées dans le projet de résolution.

Le deuxième libellé proposé pour le cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution est préférable. Eu égard à l'importance de la recherche, il serait peut-être judicieux d'ajouter, au premier alinéa du paragraphe 3, le membre de phrase suivant : « mobiliser des ressources et accroître le soutien en faveur de la recherche pour mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies de prévention et de lutte concernant le paludisme ».

M. MARTIN (Suisse) est dans l'ensemble satisfait du projet de résolution. Il se félicite qu'il y soit fait référence, au troisième alinéa du paragraphe 1, à la promotion de l'association médicamenteuse comportant de l'artémisinine. Ce paragraphe devrait aussi mentionner en des termes appropriés l'interdiction non pas seulement de la production, mais aussi de la distribution des médicaments contrefaits, ainsi que les mesures de répression à prendre à cet égard. Pour ce qui est du cinquième alinéa du paragraphe 1, la Suisse est favorable au second des deux textes proposés.

Le principe énoncé au troisième alinéa du paragraphe 3, tendant à réunir les diverses parties prenantes de la lutte antipaludique, est excellent ; mais il est permis de se demander s'il est nécessaire de créer un forum spécifique à cet effet. Des mécanismes existants seraient sans doute à même de jouer ce rôle si l'on élargit leur mandat, et la phrase suivante pourrait être ajoutée : « Ce forum pourrait profiter de réunions analogues, prévues de toute façon, telle celle du Forum mondial pour la recherche en santé. ». Quelle que soit la formule retenue, un tel forum devrait inclure les pays ayant à mettre en œuvre ces mesures de prévention et de lutte.

Le Dr HUWAIL (Iraq) fait savoir qu'en dépit de la situation qui règne actuellement dans son pays, le nombre de cas de paludisme a diminué, passant d'environ 100 000 en 1995 à 24 seulement

en 2006, grâce à d'efficaces mesures de prévention et de lutte. Il demande instamment à l'OMS de soutenir son pays dans les efforts qu'il déploie pour éliminer le paludisme en veillant à la rapidité du diagnostic et du traitement, en procédant aux pulvérisations et brumisages, en distribuant des moustiquaires, en surveillant les vecteurs, en mettant en œuvre ses actions d'éducation pour la santé et en intégrant les activités de prévention et de lutte antipaludiques dans son système de soins de santé primaires. L'Iraq est favorable à l'idée d'instaurer une journée du paludisme.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran), prenant la parole au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, insiste sur la nécessité de renforcer l'appui technique dispensé en matière de lutte antipaludique à l'échelle des pays, surtout lorsque ceux-ci ont à faire face à une lourde charge de morbidité ou à des situations d'urgence complexes. Il approuve la demande adressée aux organisations internationales dans le projet de résolution tendant à ce que celles-ci fournissent un appui aux pays pour qu'ils se dotent des moyens d'étendre leurs interventions, qu'il s'agisse de la prise en charge des cas au moyen d'associations médicamenteuses, de l'emploi de moustiquaires à imprégnation durable ou de pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Pour ces interventions, un énorme travail reste à faire si l'on veut atteindre la couverture de 80 % à l'horizon de 2010 dans les pays les plus affectés.

Les ressources humaines limitées des pays, la faiblesse des systèmes de santé et la pénurie de médicaments, d'entomologistes formés et d'équipes de lutte contre les vecteurs sont autant de facteurs qui freinent les progrès de la lutte contre le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle dans les pays d'endémie. Il est donc essentiel d'augmenter les ressources destinées à la lutte antivectorielle à tous les niveaux. Dans plusieurs pays de la Région, des progrès indéniables ont été faits dans la gestion intégrée des vecteurs, mais la gamme d'insecticides dont disposent les pays est limitée. Un certain nombre de pays commencent à lancer des actions aux niveaux sous-régional, national ou sous-national pour éliminer le paludisme. Dans les efforts qu'il déploie pour éliminer le paludisme, l'Iran sera heureux de bénéficier de l'appui de différents partenaires, et notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il importe que l'OMS continue à favoriser le renforcement des capacités en organisant des formations et en mettant au point des manuels et des principes directeurs. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a commencé à faire le bilan des succès remportés en matière d'élimination du paludisme par des pays tels que le Maroc, et cette expérience pourrait être utile à divers pays dans d'autres Régions. Organiser une journée du paludisme serait une excellente occasion de sensibiliser les différentes parties prenantes, de mobiliser des ressources et d'intensifier les actions menées contre cette maladie. La délégation proposera quelques amendements au projet de résolution.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) constate qu'en dépit de tous les efforts déployés et des ressources consacrées par le Bénin et ses partenaires internationaux à la prévention du paludisme et à la lutte antipaludique, cette maladie n'est pas encore éradiquée. Eu égard à sa complexité, elle demeure un problème majeur de santé publique. En 2004, le Bénin a adopté une nouvelle politique de lutte antipaludique comportant trois volets : utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine pour les formes simples de la maladie, traitement préventif intermittent chez les femmes enceintes, et lutte antivectorielle intégrée au moyen de moustiquaires à imprégnation durable, de pulvérisations intradomiciliaires et de larvicides. En particulier, des campagnes ont été menées au porte-à-porte pour proposer la réimprégnation gratuite des moustiquaires. Le Bénin souhaite voir s'instaurer un partenariat mondial de lutte antipaludique et soutient sans réserve la proposition tendant à instaurer une journée de lutte contre le paludisme.

M. CHAOUKI (Maroc) indique que son pays a enregistré des progrès spectaculaires dans la lutte antipaludique. Le fait qu'aucun nouveau cas n'ait été décelé en 2006 donne à penser que la maladie n'a pas progressé. Les succès remportés s'expliquent par la lutte antivectorielle et par la surveillance des voyageurs à leur arrivée dans le pays. Les efforts d'éradication du paludisme se poursuivent en 2007. La nouvelle stratégie prévue pour 2008–2012 mettra l'accent sur la lutte

antivectorielle et sera axée sur tous les autres facteurs intervenant dans la propagation du paludisme. L'OMS se doit d'assister les pays qui s'emploient à enrayer la progression de la maladie. Un appui devrait aussi être fourni pour les actions visant à prévenir l'importation du paludisme et sa réapparition dans certaines Régions. L'OMS devrait préparer un plan intégré de lutte contre tous les vecteurs du paludisme.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) déclare que, dans son pays, le paludisme pose un problème de santé publique majeur dans 13 districts, dont 3 districts de collines comportant des zones très difficiles d'accès principalement peuplées de groupes ethniques minoritaires ; 80 % des cas observés sont des cas de paludisme à *falciparum*. Le programme national de lutte antipaludique a été revu en 2004 afin de mettre l'accent sur le diagnostic précoce et un traitement efficace au moyen d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, sur une gestion sectorielle intégrée, sur d'importants efforts d'information, d'éducation et de communication, et sur la recherche opérationnelle. L'objectif tendant à réduire de moitié la mortalité spécifiquement imputable au paludisme à l'horizon de 2010 n'est pas irréaliste. Le programme de lutte antipaludique doit absolument bénéficier d'une assistance. L'instauration d'une journée du paludisme le 25 avril serait une mesure décisive dans la lutte menée contre le paludisme.

Parmi les succès remportés dans la recherche sur le paludisme, il y a lieu de citer d'une part la mise au point de suppositoires à l'artésunate destinés à être utilisés au niveau communautaire dans les cas de paludisme ne pouvant être traités par voie orale et, d'autre part, la preuve apportée de manière concluante de la supériorité de l'artésunate administré par injection sur la quinine chez les adultes présentant une forme grave de paludisme. Dans les zones éloignées où la prise en charge du paludisme à *falciparum* avant recours à un service spécialisé n'est guère assurée, l'administration d'artésunate par voie rectale pourrait réduire sensiblement la mortalité.

Le Dr HAO Yang (Chine) loue les efforts déployés par l'OMS pour coordonner les travaux des organisations internationales et pour instaurer un partenariat de la lutte antipaludique. Il est favorable à l'instauration d'une journée du paludisme, mais le choix du 25 avril ne paraît guère approprié pour la Chine et d'autres pays de la Région où le paludisme sévit du mois de mai à l'automne ; de plus, en Chine, le 25 avril est depuis 1986 la « Journée de vaccination des enfants ».

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) dit que la stratégie de lutte antipaludique mise en œuvre dans son pays est fondée sur le diagnostic précoce et le traitement rapide des malades. Parmi les progrès rendus possibles grâce à cette stratégie, on peut citer la décision de recourir aux associations médicamenteuses comme traitement de première intention pour les cas de paludisme à *falciparum*, l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans les zones d'endémie et l'inclusion des populations autochtones de mineurs dans les programmes de détection, de diagnostic, de traitement et de prévention du paludisme et d'autres maladies transmissibles. D'importantes innovations ont récemment été introduites, comme l'administration d'associations médicamenteuses comportant de l'artésunate et de la méfloquine, la mise en place de nouveaux centres de diagnostic, la lutte intégrée contre les vecteurs et la promotion de mesures personnelles de protection. Le Gouvernement vénézuélien est conscient de l'importance de la lutte antipaludique et appuie toutes les initiatives prises à cet égard.

L'intervenante propose de remplacer, au troisième alinéa du préambule du projet de résolution, les mots « du Président des États-Unis d'Amérique » par « des États-Unis d'Amérique ». Au cinquième alinéa du paragraphe 1, il serait préférable de supprimer les mots « le cas échéant », car l'emploi de cette expression risque de nuire à la flexibilité qu'autorise l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. La journée du paludisme pourrait être célébrée le 6 novembre, car c'est le jour où Alphonse Laveran a pour la première fois observé la présence de parasites du paludisme dans le sang d'un patient. Cette date est déjà celle de la journée nationale de lutte contre le paludisme au Guyana.

M. DANKOKO (Sénégal) indique que son pays a enregistré quelque 1,5 million de cas de paludisme en 2006, soit environ 34 % de la morbidité totale. Aucune réduction de la morbidité palustre n'a été observée depuis 2000 en dépit des efforts déployés par les pouvoirs publics, qui ont veillé à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide fortement subventionnées, à la gratuité du traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes ainsi qu'à la prise en charge des cas de paludisme simples au moyen d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine.

Les prestataires de soins de santé ont tendance à considérer comme paludisme tous les cas de fièvre, ce qui pourrait expliquer en partie ces taux de morbidité élevés. Une nouvelle initiative visant à la réduction accélérée de la morbidité palustre a été mise en place ; elle tend à améliorer la définition des cas, à mettre en place des tests de diagnostic rapides et à recueillir des données de meilleure qualité, ainsi qu'à minimiser les risques d'erreur de diagnostic et de notification des cas. Au sein des structures sanitaires, les décès imputables au paludisme ont diminué de manière remarquable, passant de 37 % des admissions en 2000 à 19 % en 2006.

Confronté à la résistance aux antipaludiques classiques, le Sénégal a opté en mars 2006 pour les dérivés de l'artémisinine, qui sont actuellement largement disponibles dans tout le pays. Des tests de diagnostic rapides vont être mis gratuitement à la disposition de tous les praticiens. Des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées dans tout le pays, avec l'appui de partenaires. En 2006, 45,6 % des enfants de moins de cinq ans et 32,6 % des femmes enceintes disposaient d'une moustiquaire, contre 1,7 % des mêmes groupes en 2000. Des moustiquaires vont être distribuées gratuitement aux groupes vulnérables lors des campagnes de vaccination. Un projet pilote de pulvérisations intradomiciliaires d'insecticide est actuellement en cours dans trois districts. Les résultats en sont attendus dans un an et, à la lumière de ceux-ci, on décidera s'il y a lieu de donner plus d'ampleur à ce projet.

Le Sénégal appuie le projet de résolution. La journée mondiale du paludisme devrait être fixée au 25 avril.

M. HERBERT (Saint-Kitts-et-Nevis), prenant la parole au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, signale que deux pays auparavant non touchés par l'endémie, les Bahamas et la Jamaïque, ont récemment connu des flambées de paludisme, qui ont été rapidement maîtrisées et ne se sont soldées par aucun décès dû à cette maladie. Avec l'appui de l'OPS et de l'OMS, ces pays ont renforcé leurs moyens de laboratoire, mobilisé des ressources pour la lutte antivectorielle, collaboré avec les partenaires régionaux dans le but de minimiser l'impact de ces flambées sur l'industrie touristique et acquis des quantités importantes de médicaments antipaludiques. L'OPS a également fourni son appui dans ce domaine lors de la Coupe du monde de cricket, en 2007.

Tous les pays doivent veiller à consacrer suffisamment de ressources tant humaines que financières à la lutte antipaludique. Les déplacements de personnes augmentent rapidement du fait du tourisme et de l'instauration du marché et économie uniques de la Communauté des Caraïbes. L'idée d'instituer une journée internationale du paludisme est excellente ; la date pourrait en être fixée au 6 novembre.

M. SELWIG (Allemagne), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, précise que la Croatie, l'Ex-République yougoslave de Macédoine et la Turquie, pays candidats, et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Serbie, ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova, s'associent à sa déclaration. Il se félicite de l'engagement accru de la communauté internationale dans le combat contre le paludisme. Les pays d'endémie sont en train d'intensifier leurs programmes de lutte antipaludique. L'Union européenne appuie les efforts déployés sous la responsabilité des pays eux-mêmes et axés sur une prise en charge efficace des cas au moyen d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, sur la prévention au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres stratégies de lutte antivectorielle adaptées aux conditions locales.

L'intervenant se félicite de voir l'OMS appuyer fermement la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants, qui autorise l'utilisation temporaire du DDT pour la lutte contre les

vecteurs du paludisme tout en demandant qu'à terme, il soit remplacé par d'autres insecticides. Les recommandations de l'OMS en faveur d'autres mesures de lutte antivectorielle dans le contexte d'une gestion intégrée des vecteurs sont également judicieuses. Il serait souhaitable d'établir un bilan plus complet des progrès réalisés par les groupes de travail spéciaux du Secrétariat, le Groupe consultatif stratégique et technique et les six groupes de travail mentionnés au paragraphe 13 du rapport. L'intervenant appuie le projet de résolution.

Le problème du paludisme est également lié à des questions d'égalité sociale et d'égalité entre les sexes. Les antipaludiques efficaces et les moustiquaires imprégnées d'insecticide doivent être considérés comme des biens publics mondiaux, et leur mise à disposition doit faire l'objet d'un débat sur des modalités novatrices de financement. Il est important de développer à l'échelon local la production et la distribution de médicaments antipaludiques et de moustiquaires imprégnées dans les pays en développement. La recherche pharmaceutique, le suivi des programmes et la collecte continue de données grâce à des initiatives telles que l'Opération médicaments antipaludiques et le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales supposent une coopération et des échanges entre pays et Régions.

Il serait préférable de retenir la première version du cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution.

Le Dr MELNIKOVA (Fédération de Russie) souligne que le paludisme est à l'origine d'immenses pertes humaines et économiques. S'ajoutant à la tuberculose et au VIH/sida, il représente un lourd fardeau pour des systèmes de santé fragiles. De nombreux pays, particulièrement en Afrique, n'ont pas les moyens de mettre en œuvre une stratégie nationale de lutte antipaludique et ont du mal à instaurer une coopération transfrontières, ou bien ils ne disposent pas des ressources financières et du personnel formé nécessaires.

Ces dernières années, les ressources et stratégies de financement de la prévention et de la lutte antipaludiques se sont considérablement étoffées. La Fédération de Russie a une grande expérience de la lutte antipaludique, tant dans sa phase endémique que dans celle qui suit l'éradication, et elle s'est dotée d'un bon dispositif de surveillance épidémiologique. Elle participera aux activités de lutte antipaludique de la Banque mondiale pour la période 2007-2009 en finançant des laboratoires en Afrique, en organisant des stages de gestion des programmes bilatéraux de lutte antipaludique et en fournissant l'assistance technique de parasitologues et d'entomologistes.

La Fédération de Russie appuie le projet de résolution, et notamment la proposition tendant à instaurer une journée mondiale du paludisme. L'OMS doit améliorer le dispositif mondial de surveillance afin d'identifier les Régions où des mesures spécifiques s'imposent, comme par exemple le suivi des migrations, l'étude des facteurs de risque de paludisme et les prévisions phénologiques. Les instituts de recherche scientifique de la Fédération de Russie et d'autres pays doivent collaborer avec l'OMS à la mise au point et à la fabrication de tests de diagnostic rapides et d'associations médicamenteuses antipaludiques, ainsi que d'insecticides et de larvicides à faible impact sur l'environnement. L'OMS doit encourager la poursuite des recherches sur la sensibilité des plasmodies aux antipaludiques et sur la sensibilité du vecteur aux pyréthroïdes de synthèse dans les zones d'endémie du paludisme où ces produits sont utilisés depuis de nombreuses années.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) constate que le grand public n'a guère conscience du fait que le paludisme est un problème de santé d'ampleur mondiale. La Grèce est indemne de paludisme, mais le risque subsiste d'une réapparition ou d'une importation de la maladie par des migrants. C'est pourquoi le Gouvernement a mis en place un programme de surveillance axé en particulier sur les services de transfusion sanguine, et toutes les catégories de personnel de santé sont formées à l'identification et au traitement du paludisme. L'intervenante appuie le projet de résolution, y compris la proposition d'instituer une journée du paludisme qui devrait permettre d'appeler l'attention sur les aspects tant sanitaires qu'économiques du problème.

M. NDONG NCHUCHUMA ESOMOYO (Guinée équatoriale) indique que son pays a mis en œuvre un programme de lutte antipaludique axé sur la lutte antivectorielle (il a été procédé à des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent dans plus de 700 000 foyers depuis 2004) et sur la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à tous les enfants de moins de cinq ans et à toutes les femmes enceintes se présentant aux consultations prénatales. Des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont désormais prescrites.

Sur l'île de Bioko, tout enfant de moins de 15 ans est traité gratuitement contre le paludisme dans les services de santé publique et les femmes enceintes bénéficient à titre gratuit d'un traitement préventif intermittent à partir du deuxième trimestre de la grossesse. Le 25 avril 2007, la Journée africaine du paludisme a permis d'appeler l'attention sur les mesures de prévention et de lutte recommandées. La Guinée équatoriale remercie ses partenaires, y compris ceux du secteur privé, et appuie le projet de résolution.

Le Dr OPART KARNKAWINPONG (Thaïlande) fait savoir que, dans son pays, la lutte contre le paludisme prend la forme de programmes intégrés dans les zones de faible endémie et de programmes verticaux dans les zones de forte endémie. La Thaïlande appuie les orientations stratégiques définies dans le Programme mondial de lutte antipaludique et remercie l'OMS de son appui pour la mise au point d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine destinées à être administrées dans la zone située le long de la frontière entre la Thaïlande et le Cambodge. L'association méfloquine-artésunate est utilisée dans la région frontalière depuis 1995 et dans le reste du pays depuis 2005. Une surveillance de la résistance aux antipaludiques est assurée dans 9 provinces situées le long de la frontière au moyen de techniques *in vivo* et *in vitro*, et ce depuis plus de dix ans : une résistance a été observée dans une seule des zones surveillées.

L'emploi des médicaments antipaludiques est réservé aux seules structures sanitaires publiques, mais les établissements privés peuvent les administrer sur autorisation du Ministère de la Santé publique. Des campagnes de sensibilisation du public sont menées chaque année au mois de mai, juste avant la saison du pic d'incidence palustre en Thaïlande. L'intervenant émet des réserves au sujet de l'utilisation du DDT en pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, dont il est question au premier alinéa du paragraphe 2 du projet de résolution. Le rapport coût/efficacité du DDT demeure controversé en raison de son impact sur l'environnement, et son emploi est interdit en Thaïlande.

L'intervenant appuie le projet de résolution, auquel il propose d'apporter les amendements suivants. Le libellé du premier alinéa du paragraphe 2 devrait se lire comme suit : « ... la pulvérisation ... d'insecticides sûrs et appropriés ... et dégradables dans l'environnement ... ». Un nouvel alinéa 3) bis devrait être ajouté au paragraphe 2, qui s'énoncerait comme suit : « de maintenir un mécanisme d'appui, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'Environnement, pour obtenir des informations sur l'utilisation du DDT et d'autres données afin d'évaluer s'il convient de continuer à employer le DDT dans la lutte antivectorielle ».

Le Dr CHITUWO (Zambie) souligne que le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans les zones tropicales et que beaucoup d'interventions à l'efficacité éprouvée ne sont pas à la portée des pays pauvres ; c'est le cas notamment des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des pulvérisations à l'intérieur des habitations, des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et du traitement préventif intermittent au cours de la grossesse. Avant de faire appel à ces techniques, il faut renforcer les systèmes de santé dans les zones où la résistance aux antipaludiques classiques est forte. Les problèmes de santé représentent la principale menace pour le développement, la croissance et l'équité en Afrique subsaharienne. Il faut investir davantage dans la recherche sur un vaccin antipaludique et dans les ressources humaines à tous les niveaux.

Les partenariats doivent tirer parti des points forts relatifs de chaque partenaire et sont un élément essentiel pour le succès des programmes de lutte antipaludique. La Zambie remercie ses partenaires dans la lutte antipaludique et se félicite par avance de la coopération qu'elle va engager avec de nouveaux partenaires, telle l'initiative contre le paludisme. Les partenaires de la Zambie

appliquent les « Trois Principes », à savoir : un plan national unique, élaboré par un organisme national unique, assorti d'un système unique de suivi et d'évaluation mis en place d'un commun accord. Dans le cadre du programme zambien de lutte antipaludique, ce sont au total 300 000 femmes enceintes qui bénéficient d'un traitement préventif intermittent ; la proportion de personnes disposant de moustiquaires imprégnées d'insecticide est passée de 14 % à 50 % ; la couverture des pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations a augmenté de 46 %. La mortalité palustre a reculé de 16 % et l'incidence globale de la maladie a diminué de 10 % entre 2003 et 2005.

La journée mondiale du paludisme devrait être organisée le 25 avril, bien que les États Membres de la Communauté de développement d'Afrique australe célèbrent déjà leur propre Journée du paludisme au mois de novembre de chaque année.

Il faut prendre garde à l'impact potentiel du changement climatique sur l'incidence du paludisme. Il se pourrait fort bien que, dans l'avenir, le moustique anophèle s'implante dans des régions où il ne peut actuellement survivre.

M. MENESES (Mexique) déclare que la transmission du paludisme a diminué dans son pays et que le nombre de cas est au plus bas. Environ 80 % des cas dus à *Plasmodium vivax* sont observés dans de petites zones d'endémie situées à la frontière avec l'Amérique centrale. Pour la plupart, les quelques cas de paludisme à *falciparum* constatés avaient été importés d'Amérique centrale et ils ont rapidement été dépistés et traités grâce à la surveillance épidémiologique exercée dans tout le pays.

Depuis 1999, le programme mexicain de lutte antipaludique est axé sur l'élimination des vecteurs, des plasmodies chez l'homme et des gîtes larvaires du moustique. Grâce au système d'information, on est en mesure d'identifier les facteurs de risque et les types de paludisme, et de faire un usage ciblé des médicaments et d'autres moyens de lutte antipaludique, à l'exclusion de la pulvérisation de DDT.

L'intervenant appuie le projet de résolution. Mais la proclamation d'une journée mondiale du paludisme ne résoudra pas le problème de l'incidence élevée du paludisme dans certains pays et Régions. Cette journée pourrait être célébrée le 16 novembre, ou bien le choix de la date pourrait être laissé à l'appréciation de chaque pays.

Le Professeur TLOU (Botswana) rappelle que le paludisme est un problème de santé publique majeur dans son pays ; le caractère instable et éminemment saisonnier de la transmission du paludisme au Botswana signifie que l'immunité acquise est négligeable et que tous les groupes d'âge sont exposés à des formes graves de la maladie. La politique en matière de thérapeutique antipaludique a évolué vers les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. Les moustiquaires imprégnées d'insecticide sont fabriquées localement et leur prix a baissé, ce qui en a amélioré la diffusion et l'emploi.

Le programme botswanais de lutte antipaludique a fait l'objet d'une évaluation en 2005 ; à l'issue de celle-ci, un plan stratégique quinquennal a été mis au point. L'enquête nationale réalisée au moyen d'indicateurs permettra de mesurer les progrès accomplis en vue d'atteindre les cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique (2000). L'intervenante remercie les partenaires de son pays et notamment l'OMS pour le soutien apporté dans le cadre de l'initiative Faire reculer le paludisme, et elle appuie le projet de résolution.

Le Dr YOSHIDA (Japon) fait connaître qu'avant la fin de 2007, son Gouvernement fera un don supplémentaire de 10 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide aux pays africains, outre les 8 millions déjà fournies.

Le Japon était jadis un pays d'endémie du paludisme, et il est bien conscient du risque de réapparition de la maladie, en particulier par importation. Il appuie les principales dispositions préconisées dans le projet de résolution, mais s'inquiète à l'idée de voir l'OMS renforcer son soutien technique aux pulvérisations de DDT à effet rémanent à l'intérieur des habitations. L'Organisation devrait instituer un dispositif de suivi de ces interventions, en tenant compte des interrogations relatives au bien-fondé du maintien de l'emploi du DDT, lequel est un polluant organique persistant

soumis aux règles de la Convention de Stockholm, et du risque d'apparition de moustiques résistants. Un système de surveillance du DDT résiduel devrait également être mis en place en coordination avec le Secrétariat de la Convention de Stockholm, en vue de minimiser les dommages économiques pouvant être occasionnés à d'autres secteurs comme l'agriculture.

La préférence du Japon va à la deuxième version proposée pour le cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution.

Le Dr STEIGER (États-Unis d'Amérique) souligne que l'initiative du Président des États-Unis contre le paludisme atteste l'importance attachée par son pays à la lutte menée à l'échelle mondiale contre cette maladie. Le Sommet de la Maison Blanche sur le paludisme (Washington, DC, 14 décembre 2006) a réuni des partenaires qui en ont appelé aux pays riches pour qu'ils financent plus généreusement la lutte antipaludique. Le Dr Steiger appuie la proposition formulée dans le projet de résolution tendant à faire du 25 avril la journée mondiale du paludisme. Mais ce n'est pas là une mesure qui permettra de réduire la charge mondiale de cette maladie. Il est indispensable de mettre à nouveau l'accent, surtout dans les États Membres affectés, sur les mesures de lutte antipaludique évoquées dans le rapport.

Le responsable du Programme mondial de lutte antipaludique s'est prononcé clairement en faveur de l'utilisation du DDT en pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations. Mais d'autres membres du Secrétariat semblent avoir émis un avis contraire ces dernières semaines. Le Directeur général devrait faire une déclaration au sujet de l'emploi du DDT dans le cadre des programmes de lutte antipaludique. L'initiative contre le paludisme finance actuellement l'utilisation de DDT et d'autres insecticides sûrs lors de campagnes bien surveillées de pulvérisation dans les habitations, avec l'appui entier des gouvernements hôtes dans les pays concernés.

Le Directeur général devrait également réaffirmer l'importance des normes de qualité à appliquer pour les médicaments antipaludiques, ainsi que la nécessité d'entreprendre d'énergiques campagnes de lutte contre les contrefaçons. Dans ses activités et ses déclarations publiques, le personnel du Secrétariat devrait soutenir la politique d'approvisionnement instituée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'agissant d'achats d'antipaludiques effectués à l'aide de crédits du Fonds.

Les donateurs devraient suivre l'exemple du Président des États-Unis en prenant des engagements financiers précis sur plusieurs années pour lutter contre le paludisme. Les pays touchés, particulièrement en Afrique, devraient consacrer davantage de ressources afin d'atteindre les cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique (2000). Ils devraient aussi supprimer tous les droits et taxes sur les médicaments et moustiquaires importés.

Les États-Unis sont favorables à la deuxième version proposée du cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution, ainsi qu'au libellé proposé entre crochets pour le sixième alinéa du paragraphe 1.

Le Dr NYIKAL (Kenya) fait observer que dans son pays le paludisme fait davantage de victimes que le VIH/sida. Les coûteuses stratégies de lutte antipaludique mises en œuvre se sont révélées efficaces, mais ne pourront être poursuivies sans un appui continu des partenaires. Le Kenya leur sait gré d'avoir facilité de nombreuses interventions, notamment des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations et l'administration d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. L'accent devrait être mis sur un meilleur accès aux technologies et produits de diagnostic, de prévention et de traitement du paludisme. Le Dr Nyikal est favorable à la deuxième version du cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution, qui rend fidèlement compte de la décision du Conseil. Il appuie également le choix du 25 avril comme date de célébration de la journée mondiale du paludisme.

Le Dr DE ASSUNÇÃO CARVALHO (Sao Tomé-et-Principe) dit que son pays a opté pour l'administration d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, le traitement préventif intermittent à base de sulfadoxine-pyriméthamine durant la grossesse, la distribution gratuite de

moustiquaires imprégnées d'insecticide aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 10 ans et les pulvérisations à effet rémanent dans les habitations. Grâce à ces mesures, le nombre de patients souffrant de paludisme admis dans les hôpitaux a diminué, puisque de 9258 admissions pour 100 000 habitants en 2004, on est passé à 1300 pour 100 000 en 2006. Le paludisme est actuellement responsable de 3 % des décès dans le pays. Cependant, maintenir les interventions à leur niveau actuel va s'avérer difficile.

L'intervenant remercie ses partenaires de leur soutien dans le combat engagé contre le paludisme. Dans l'ensemble, la sensibilisation à ce problème est encore faible, bien que davantage de ressources financières soient consacrées à la lutte contre cette maladie. Il est favorable à l'idée d'organiser la journée mondiale du paludisme le 25 avril, et appuie les autres dispositions du projet de résolution.

M. WATERBERG (Suriname) déclare qu'entre 2000 et 2006, le nombre de cas de paludisme a diminué de 70 % dans son pays. Parmi les mesures prises, on peut citer l'introduction d'un test de diagnostic rapide et d'une association médicamenteuse comportant de l'artéméther en 2004 ; ces interventions ont été rendues possibles grâce à une étroite coopération entre les parties prenantes aux niveaux national et interorganisations et avec l'appui des partenaires, et notamment du Réseau amazonien de surveillance de la résistance aux médicaments antipaludiques. La poursuite de cette collaboration avec ses partenaires devrait permettre au Suriname d'éliminer le paludisme d'ici à 2015. Les résultats obtenus ont permis d'améliorer la santé de la population, et notamment des femmes enceintes et des enfants, et ont favorisé le développement socio-économique dans les zones d'endémie.

Le Suriname appuie le projet de résolution et se féliciterait de l'instauration d'une journée mondiale du paludisme le 6 novembre dans la Région des Amériques.

Le Dr KANDUN (Indonésie) fait savoir qu'environ la moitié de la population indonésienne vit dans des zones d'endémie du paludisme, celles-ci couvrant 70 % du pays. Si le nombre de cas a sensiblement diminué dans l'ouest du pays, la maladie est encore très répandue à l'Est, en raison principalement des difficultés d'accès aux services de santé. En raison de la résistance grandissante à certains médicaments existants, de nouveaux types de traitement ont été introduits, notamment des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. On s'emploie à garantir une couverture intégrale des interventions grâce à un meilleur ciblage, mais l'insuffisance des ressources entrave les progrès. L'aide apportée par les donateurs est actuellement consacrée à la lutte contre le paludisme dans l'est du pays.

La sensibilisation au problème du paludisme est bien faible en Indonésie, et il faudrait davantage faire connaître le programme de lutte antipaludique et lui apporter un soutien politique accru. C'est pourquoi la proposition de faire du 25 avril la journée mondiale du paludisme mérite d'être soutenue.

Le Dr LAL (Inde) dit que, dans son pays, le paludisme est particulièrement dangereux pour les jeunes enfants et les femmes enceintes. Environ 90 % de la population vit dans des zones d'endémie du paludisme, mais 80 % des cas ne concernent que 20 % de la population. En 2005, le Gouvernement a lancé la mission sanitaire nationale rurale destinée à améliorer l'offre de soins et l'accès à ceux-ci pour les habitants des zones rurales, les pauvres, les femmes et les enfants. Il mène également un programme national de lutte contre les maladies à transmission vectorielle. Les activités de lutte antipaludique relèvent des administrations provinciales, par l'intermédiaire du système de soins de santé primaires. Ces activités comprennent : la prise en charge des maladies ; la gestion intégrée des vecteurs pour réduire les risques de transmission, y compris la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations dans certaines régions à haut risque, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, et le recours aux poissons larvivores et à d'autres mesures de lutte contre les larves ; enfin, diverses interventions, telles que des campagnes visant à modifier les comportements, des partenariats public-privé, la convergence intersectorielle et le renforcement des

capacités. Vers le début des années 1970, une résurgence du paludisme a été observée dans tout le pays mais, grâce aux efforts des pouvoirs publics, le nombre de cas est demeuré inférieur à 2 millions.

La pharmacorésistance fait l'objet d'un suivi et la politique pharmaceutique est revue périodiquement. Là où une résistance à la chloroquine apparaît, de l'artémisinine est administrée en association avec de la sulfadoxine-pyriméthamine. La nouvelle politique pharmaceutique prévoit que les services de santé primaires situés à proximité de zones où une résistance à la chloroquine a été signalée auront recours à des traitements de deuxième intention. L'efficacité de la sulfadoxine-pyriméthamine est surveillée et, en cas de résistance, le traitement sera modifié. Les tests de diagnostic rapides se généralisent également et le recours aux moustiquaires imprégnées et aux pulvérisations d'insecticide à effet rémanent est préconisé dans les zones à haut risque.

En Inde, la transmission commence en général à l'époque de la mousson. Chaque année, en juin, un « mois de la lutte antipaludique » est proclamé, le but étant d'instaurer des conditions favorables à la prévention et à la lutte contre le paludisme en organisant des actions de sensibilisation et des réunions intersectorielles et en encourageant les campagnes menées par les médias et la communication interpersonnelle. L'instauration d'une journée mondiale du paludisme permettrait de mobiliser la communauté internationale et les différents gouvernements afin de donner un nouvel élan à la prévention et à la lutte antipaludiques. Mais les États Membres doivent être libres d'en choisir la date en fonction de l'époque de transmission. C'est pourquoi l'Inde a choisi le 1^{er} juin comme journée de la lutte antipaludique. Il appuie le projet de résolution.

M. MABUZA (Swaziland) souligne que le paludisme demeure l'un des problèmes de santé publique majeurs pour son pays, où l'on estime qu'un tiers de la population est à risque. L'objectif est de ramener la charge de morbidité à un niveau tel qu'elle ne constituera plus un frein au développement économique. Environ 90 % des dépenses de fonctionnement afférentes à la lutte antipaludique sont prises en charge par les pouvoirs publics – qui témoignent ainsi de leur volonté politique – les 10 % restantes étant financées par les partenaires.

Le Swaziland, où la mortalité et la morbidité liées au paludisme régressent régulièrement, bénéficie d'un financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dont l'objet est de lui permettre d'intensifier la lutte antivectorielle et de renforcer son état de préparation et ses moyens d'intervention en cas d'épidémie. Grâce à cet apport financier et à la volonté du Gouvernement, ainsi qu'à l'action menée en collaboration avec des pays voisins, la mortalité et la morbidité palustres ont diminué de plus de 70 % au cours des cinq dernières années, la prévalence du parasite ayant été ramenée de 2 % en 2000 à 0,02 % en 2006. Le Swaziland sait gré au Fonds mondial et à ses autres partenaires de leur soutien sans faille. Le défi qu'il va maintenant devoir relever consistera à préserver ces acquis dans le contexte économique et social actuel. Le Swaziland continuera à faire du 25 avril sa journée nationale du paludisme.

Le Dr FIKRI (Émirats arabes unis) annonce qu'à l'issue d'efforts soutenus déployés durant plus de trois décennies, son pays a été déclaré indemne de paludisme par l'OMS au début de 2007. L'expérience qu'il a ainsi acquise pourrait servir d'exemple à d'autres pays de la Région de la Méditerranée orientale. En 1977, les Émirats ont mis au point une stratégie de lutte contre la maladie. Une fois la propagation de la maladie enrayée, en 1998, un programme national approuvé par l'OMS a été mis au point pour la période suivant la certification. Le Dr Fikri remercie l'OMS pour son assistance. Il appuie le projet de résolution et est d'avis que la journée du paludisme devrait être célébrée le 25 avril.

Le Dr MESSELE (Éthiopie) déclare que le paludisme représente un danger sanitaire majeur pour son pays et que la lutte contre cette maladie est un élément important de son programme de développement sanitaire. On a entrepris d'intensifier les actions de prévention et de lutte antipaludiques, notamment en ce qui concerne l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide et le diagnostic et la prise en charge précoces. Sur les 20 millions de moustiquaires imprégnées

d'insecticide qu'il est prévu de distribuer d'ici à août 2007, 15,8 millions ont déjà été remises à leurs destinataires.

La prévalence de la pharmacorésistance s'accroît, si bien qu'une surveillance étroite de la politique pharmaceutique nationale s'impose. Les pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations se généralisent et le programme de prévention et de lutte s'intensifie grâce à la mobilisation sociale. L'Éthiopie approuve le projet de résolution.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) souligne que, pour plusieurs États Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, l'objectif du Millénaire pour le développement relatif au paludisme s'avère difficile à atteindre en raison du lourd fardeau que cette maladie fait peser sur eux. Le Bhoutan se félicite de l'action menée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres partenaires, ainsi que du rôle de coordonnateur joué par l'OMS grâce au Programme mondial de lutte antipaludique. Il souhaite que la journée du paludisme soit célébrée chaque année le 25 avril et appuie le projet de résolution.

Le Dr MUSTAFA (Soudan) appuie le projet de résolution et suggère d'ajouter un troisième alinéa au paragraphe 2, qui se lirait comme suit : « d'appuyer la recherche-développement portant sur des médicaments et vaccins nouveaux ».

Le Dr JALLOW (Gambie) dit que le paludisme est une cause majeure de décès des enfants de moins de cinq ans dans son pays, et qu'il est à l'origine de plus de 50 % des consultations externes. Parmi les stratégies de lutte appliquées en Gambie, on peut citer : la lutte antivectorielle au moyen de larvicides sélectifs ; l'emploi de moustiquaires imprégnées d'insecticide et leur distribution à titre gratuit aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et aux groupes vulnérables ; une prise en charge rapide et efficace des cas, l'introduction d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine étant prévue dans le courant de 2007 ; enfin, la mise en œuvre de partenariats globaux (incluant le secteur privé). La diffusion d'informations sur le paludisme est assurée par l'intermédiaire de structures communautaires, et le Gouvernement a supprimé les taxes et droits sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres articles destinés à la lutte antipaludique ; il prévoit aussi de procéder à des pulvérisations d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, en étroite collaboration avec le bureau de pays de l'OMS.

M. KAZIHISE (Burundi) indique que le paludisme est le principal problème de santé publique dans son pays. Plus de la moitié de la population y est exposée et un quart d'entre elle vit dans des zones d'hyperendémie. Le paludisme est à l'origine de la moitié de toutes les consultations dans les centres de soins. Plus de 2 millions de cas sont signalés chaque année, dont 40 % concernent des enfants de moins de cinq ans ; 48 % des décès survenant dans ce groupe d'âge sont imputables à cette maladie. Les mesures prises pour lutter contre le paludisme ont permis de le faire reculer ces dernières années, après un pic d'incidence de plus de 3 millions de cas dénombrés lors d'une grande épidémie survenue en 2001. Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont utilisées depuis la fin de 2003. Les soins de santé, y compris le traitement des cas simples de paludisme, sont gratuits pour les enfants de moins de cinq ans depuis mai 2006, et sont largement subventionnés pour les autres groupes d'âge : 78 % des patients sont pris en charge conformément aux directives nationales. Du matériel de laboratoire est disponible dans 80 % des structures de soins. Pourtant, la couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide demeure médiocre en dépit d'efforts considérables. Une région a bénéficié d'une couverture de 95 % de pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations, ce qui a permis d'éviter les flambées de paludisme dans cette partie du pays.

Au sortir de dix années d'instabilité politique, la pauvreté est générale et les besoins sanitaires sont en concurrence avec d'autres besoins fondamentaux. Le Burundi sait gré à ses nombreux partenaires pour l'appui fourni dans la lutte antipaludique.

Le Dr KAMWI (Namibie) met l'accent sur l'importance de la rapidité du diagnostic et du traitement du paludisme ainsi que de l'adoption des recommandations de l'OMS sur l'utilisation des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. La Namibie appuie le choix de la date du 25 avril pour la célébration de la journée mondiale du paludisme. L'emploi ininterrompu du DDT en pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations pour lutter contre les vecteurs en Namibie a permis de réduire de manière spectaculaire la densité de la population de moustiques et de parvenir à la quasi-élimination d'*Anopheles funestus*. Le fait qu'un fonctionnaire de l'OMS ait fait une déclaration sur l'emploi du DDT qui contredit la déclaration publiée précédemment est donc préoccupant. Le Directeur général devrait se prononcer officiellement sur la question en se fondant sur des résultats scientifiques. La Namibie appuie le projet de résolution.

M. MOONASAR (Afrique du Sud) se prononce en faveur de la première version du cinquième alinéa du paragraphe 1 du projet de résolution, et il est favorable aux pulvérisations de DDT à effet rémanent à l'intérieur des habitations, qui sont un moyen de lutte antivectorielle dont l'efficacité est démontrée à condition qu'il soit utilisé de manière sûre et rationnelle. Dans les régions frontalières où des programmes de pulvérisation de DDT à effet rémanent à l'intérieur des habitations sont menés à bien en coopération avec le Swaziland et le Mozambique, on a observé une nette diminution du nombre de cas de paludisme, ce qui laisse espérer que la maladie va pouvoir être éliminée. Ces programmes devraient donc être développés conformément aux principes directeurs de l'OMS. L'Afrique du Sud appuie l'idée de tenir une journée mondiale du paludisme et juge nécessaire de faire preuve de souplesse dans l'application des mesures de prévention et de lutte afin de tenir compte de contextes épidémiologiques et géographiques différents.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) indique que les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale souhaitent proposer quelques amendements au projet de résolution dont la Commission est saisie, dont deux modifications de fond. Au troisième alinéa du paragraphe 1, la demande faite aux États Membres de cesser l'administration de monothérapies à l'artémisinine devrait être également adressée aux « organismes de financement ». Au troisième alinéa du paragraphe 3, la liste des partenaires devrait être supprimée et remplacée par l'expression « les différents acteurs ».

Le PRÉSIDENT, s'exprimant en tant que délégué de Madagascar, fait savoir que son pays a remporté quelques succès dans sa lutte contre le paludisme. La petite île de Sainte-Marie, située au Nord-Est, est un site pilote. Aucun cas de paludisme n'y a été signalé depuis octobre 2006 à la suite de la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à ses 18 000 habitants, grâce à l'OMS et à d'autres partenaires. On peut supposer que le paludisme a été éliminé de cette île. Les autorités sont fermement résolues à éradiquer le paludisme de la grande île à l'horizon de 2012, en suivant les recommandations du Bureau régional de l'Afrique et du Siège.

Le Dr NAKATANI (Sous-Directeur général) se félicite des utiles suggestions qui ont été faites au sujet du renforcement et de la poursuite de la mise en œuvre de mesures efficaces contre les médicaments contrefaits. Il a pris bonne note des observations formulées au sujet des activités de recherche, des mesures de lutte antivectorielle (y compris les pulvérisations à effet rémanent dans les habitations, le suivi et la surveillance), des journées du paludisme et de la promotion d'une meilleure coordination entre donateurs. Il se félicite également du soutien sans faille manifesté par la collectivité des donateurs ainsi que de celui de nouveaux donateurs potentiels tels que la Chine et la Fédération de Russie.

Regrettant que la documentation ait été source de confusion, le Dr Nakatani suggère que le projet de résolution soit repris dans un seul et même document regroupant toutes les propositions d'amendement.

Le Dr NEIRA (Département Protection de l'environnement humain) apporte des précisions au sujet de la déclaration faite sur l'emploi du DDT par la délégation de l'OMS à la troisième réunion de la Conférence des Parties à la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (Dakar, 30 avril-4 mai 2007). Il n'existe aucune divergence d'opinion concernant le DDT entre l'équipe de travail sur la salubrité de l'environnement et le groupe de travail de l'OMS sur le paludisme. La position adoptée lors de la Conférence était équilibrée : l'OMS s'efforce de combattre le paludisme tout en cherchant les moyens de moins recourir aux polluants organiques persistants. La lutte antipaludique étant pour l'Organisation une priorité, l'emploi du DDT en pulvérisations à effet rémanent à l'intérieur des habitations peut être indiqué dans certaines circonstances, et notamment dans certains pays africains. Son utilisation doit être conforme aux principes directeurs de l'OMS et aux dispositions de la Convention de Stockholm, et toujours s'effectuer dans le contexte d'une gestion intégrée des vecteurs. Même si dans certaines régions comme l'Amérique latine, l'élimination progressive du DDT est une réalité, celui-ci est encore nécessaire à la gestion intégrée des vecteurs dans certains pays africains. Le Secrétariat collaborera avec les États Membres afin de veiller à ce que le DDT soit utilisé conformément aux principes directeurs de l'OMS et aux exigences de la Convention de Stockholm.

Le PRÉSIDENT suggère qu'une version révisée du projet de résolution tenant compte des amendements qui ont été proposés soit établie, en vue d'un examen ultérieur par la Commission.

Il en est ainsi convenu.

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

La séance est levée à 12 h 35.

SIXIÈME SÉANCE

Jeudi 17 mai 2007, 14 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme : Point 12.6 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R3, et A60/13)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R3.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (représentant du Conseil exécutif), présentant le point de l'ordre du jour, indique que le Conseil a examiné le projet de résolution relatif à la lutte antituberculeuse à sa cent vingtième session en janvier 2007. La stratégie Halte à la tuberculose et le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, qui sont le cadre devant permettre d'atteindre les cibles convenues sur le plan international en matière de lutte antituberculeuse et de réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la tuberculose, bénéficient d'un appui considérable. Le Conseil a adopté sa résolution EB120.R3, où il soumet une résolution à l'Assemblée de la Santé pour adoption.

Le Dr HUWAIL (Iraq) déclare que la tuberculose est une urgence de santé publique dans son pays, où l'on estime la prévalence à 200 cas pour 100 000 habitants, à la suite de poussées importantes observées dans les années 1990 et de l'aggravation de la situation constatée après la guerre, en 2003. Tous les services de santé ont beaucoup souffert, mais l'accès aux soins antituberculeux, notamment pour les groupes de population vulnérables, a été particulièrement affecté. C'est ainsi que le taux global de notification et le taux de dépistage des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif ne sont que de 28 % et 20 % respectivement. Des chiffres disponibles pour 2004, on peut inférer que quelque 37 000 personnes contractent la tuberculose chaque année et que 8000 en meurent, mais ces estimations restent à vérifier. En 2005, un total de 9454 cas ont été décelés en Iraq : 6751 cas de tuberculose pulmonaire, dont 3096 à frottis positif, 2887 à frottis négatif et 768 rechutes. Environ 80 % des cas concernent le groupe d'âge des 15 à 54 ans, ce qui a d'importantes conséquences sur le plan social et pour le développement du pays.

Le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), introduit en 1998, a par la suite été étendu à tous les gouvernorats. Les objectifs nationaux sont les suivants : veiller à la qualité des activités DOTS ; étendre la stratégie DOTS à tous les districts ; faire en sorte que les groupes de population vulnérables aient un meilleur accès aux soins ; enfin, renforcer la capacité de gestion. La stratégie peut être encore améliorée grâce à un meilleur dépistage des cas et à une normalisation du traitement – assortis d'une supervision et d'un soutien aux patients, d'un approvisionnement efficace en médicaments, d'un suivi et d'une évaluation assurés dans tous les centres de soins de santé primaires et d'un effort de sensibilisation du public au problème de la tuberculose. Il faudra apporter un soutien sans faille à la stratégie si l'on veut atteindre le taux cible de dépistage des cas de 70 %. Outre la participation communautaire au dépistage et à la lutte contre la maladie, un engagement actif du secteur privé et des organisations non gouvernementales est essentiel si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran), prenant la parole au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que le rapport relatif aux actions menées pour atteindre les cibles convenues sur le plan international pour 2005 constitue un bon point de départ pour la planification à long terme visant à atteindre les cibles fixées pour 2015. Les chiffres fournis dans ce rapport attestent la nécessité d'une mise en œuvre intégrale du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et de la stratégie Halte à la tuberculose.

L'intervenant appuie le projet de résolution. Dans sa Région, la tuberculose est la première cause de décès par maladie transmissible chez l'adulte. La prise en charge de la tuberculose fondée sur la stratégie DOTS a permis d'obtenir un taux de couverture de 95 % et un taux de guérison de 83 %. Sur une période de cinq ans, un million de tuberculeux ont été soignés. Cependant, le taux de dépistage demeure faible (44 % en 2005) et seuls cinq pays ont atteint les cibles fixées au plan mondial en matière de lutte antituberculeuse. On estime qu'il reste 300 000 cas non dépistés dans la Région.

Les pays doivent mieux prendre en charge la tuberculose et généraliser l'application des initiatives mondiales en matière de lutte antituberculeuse, en améliorant les services de laboratoire et la qualité des activités DOTS. Il faut motiver tous les dispensateurs de soins et donner plus de responsabilités à la société civile. Une volonté politique réelle et un financement inscrit dans la durée sont indispensables pour lutter contre la tuberculose. La Région a pris des mesures en vue d'instaurer un Partenariat Halte à la tuberculose pour la Méditerranée orientale visant à favoriser la coopération internationale et à fournir un soutien technique et financier. On ne saurait trop insister sur l'importance d'une évaluation exacte de la charge de la tuberculose, car l'incidence de la maladie risque d'être surestimée dans certains pays de la Région. Il serait souhaitable que le Secrétariat mette au point des techniques spéciales à cet effet.

Le Dr LAL (Inde) indique que chaque année dans son pays, 1,8 million de personnes contractent la tuberculose et que 370 000 en meurent ; l'apparition de co-infections VIH-tuberculose et de souches multirésistantes a accentué la gravité et l'ampleur de l'épidémie de tuberculose. L'Inde ayant révisé son programme national de lutte antituberculeuse et l'ayant aligné sur la stratégie DOTS a enregistré l'expansion des services DOTS la plus rapide du monde. Depuis 1997, ce programme a permis de commencer à traiter plus de 6,8 millions de patients, sauvant ainsi au moins 1,2 million de vies supplémentaires. Le taux de guérison des nouveaux cas de tuberculose à frottis positif est demeuré supérieur à 85 % et le taux de dépistage approche les 70 %. Le programme comprend la plupart des éléments de la stratégie Halte à la tuberculose, le but étant d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la tuberculose à l'horizon de 2015.

Le Dr Lal appuie le projet de résolution. Lutter contre la tuberculose est une activité de longue haleine et le but actuellement recherché sur le plan mondial est de faire en sorte que cette maladie ne soit plus un problème de santé publique en 2050. Les programmes de lutte antituberculeuse ont donc besoin d'une stabilité financière. Il est vital que l'assistance des donateurs s'inscrivent dans la durée pour assurer la viabilité de ces programmes. Les financements publics ne sauraient remplacer l'assistance des donateurs internationaux ; ils sont une ressource complémentaire.

La mise en place des principales activités DOTS doit être prévue au moment où l'on prépare des programmes de prise en charge des cas de tuberculose résistante. Correctement mis en œuvre, les programmes DOTS évitent l'apparition de multirésistances. La tuberculose ultrarésistante peut être prévenue en utilisant les médicaments de deuxième intention de manière rationnelle et conforme aux lignes directrices nationales et internationales.

En Inde, à la différence d'autres pays, la prévalence du VIH chez les tuberculeux n'est que de 2 à 5 %. Sept millions de cas suspectés de tuberculose sont examinés chaque année par les services de soins de santé primaires, qui n'ont pas pour politique de faire subir à chacun des intéressés un test de dépistage du VIH. Des données sont recueillies par le programme national de lutte antituberculeuse dans le but d'évaluer la prévalence du VIH parmi les malades tuberculeux.

Pour que les programmes de lutte antituberculeuse soient efficaces, il faut des investissements fiables et de longue haleine, des moyens de laboratoire permettant l'examen des frottis au microscope,

la mise en place d'une assurance externe de la qualité et des moyens accrus pour les cultures et les essais de pharmacosensibilité.

Le Dr OUAHDI (Algérie) souligne que la tuberculose multirésistante et ultrarésistante aux médicaments impose de développer encore la recherche internationale sur les antituberculeux, ceux-ci étant à réserver au seul traitement de la tuberculose. La prévalence de la tuberculose multirésistante risque d'augmenter si les programmes DOTS ne sont pas appliqués correctement, mais ces programmes ne peuvent être mis en œuvre que s'il existe des structures de santé et des moyens de laboratoire à la portée des populations à risque. L'accès facile des malades tuberculeux aux structures de soins de proximité devrait permettre de faire régresser la morbidité et la mortalité en réduisant le nombre d'abandons de traitement.

Le Dr MBOWE (Gambie) dit que son pays a sensiblement progressé dans la lutte contre la tuberculose, ainsi que l'atteste un taux de notification des nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif atteignant 66,7 % et un taux de guérison de 86 % en 2006. Le taux d'abandons est descendu à 1 %, contre 14 % en 2003. Ces progrès récents sont en partie dus à des innovations telles que l'intégration des services antituberculeux au système de soins de santé primaires existant, des mesures d'incitation à l'adresse du personnel de santé, la fourniture aux malades tuberculeux de diverses « aides à la vie quotidienne » telles que le remboursement des repas et des transports, ou encore des actions de sensibilisation des collectivités.

La Gambie a mis sur pied des plans à court et à long terme pour combattre la tuberculose, l'objectif étant de parvenir à ce que cette maladie ne soit plus un problème de santé publique. L'intervenant remercie l'OMS et ses autres partenaires de leur soutien financier et technique. Il appuie le projet de résolution.

M. ECKENDORF (Allemagne), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, précise que la Croatie, l'Ex-République yougoslave de Macédoine et la Turquie, pays candidats, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro et la Serbie, pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, l'Islande, pays Membre de l'Association européenne de libre-échange et Membre de l'Espace économique européen, ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova, s'associent à sa déclaration. Il appuie sans réserve les efforts déployés par l'OMS pour combattre la tuberculose grâce au Partenariat Halte à la tuberculose et au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Les dispositifs de surveillance de l'Union européenne doivent continuer à collaborer avec l'OMS. Bien que la stabilisation de l'incidence annuelle mondiale de la tuberculose soit un motif de satisfaction, la situation est préoccupante en Europe orientale, dans la Fédération de Russie et en Asie centrale, où 14 000 nouveaux cas ont été enregistrés en 2005 parmi les patients infectés par le VIH ; la co-infection pose de sérieux problèmes en matière de prise en charge et de soins. La mise au point de médicaments adaptés pour les 900 000 enfants atteints de tuberculose dans ces régions a également pris du retard ; la polypharmacorésistance est responsable de 15 % des cas de tuberculose, soit une proportion trois fois supérieure à ce qu'elle est dans le reste du monde, et l'accès à des traitements appropriés est limité. La Région européenne est celle où les taux de dépistage de la maladie sont les plus faibles et où la résistance aux médicaments est la plus marquée.

La coopération transfrontières et régionale parmi les pays où la situation épidémiologique et les normes appliquées en matière de lutte antituberculeuse sont différentes devrait s'intensifier, grâce à la surveillance sanitaire des travailleurs venant de pays où l'incidence de la tuberculose est élevée et à la tenue de colloques régionaux. Le forum ministériel sur la tuberculose organisé par le Bureau régional de l'Europe aura lieu à Berlin en octobre 2007.

Veiller au renforcement de systèmes de santé nationaux équitables est essentiel. La résistance aux médicaments antituberculeux augmente lorsque les soins aux tuberculeux sont mal organisés. L'Union européenne participe à la stabilisation des taux d'incidence de la tuberculose en versant régulièrement des contributions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi qu'à l'OMS et en appuyant des actions bilatérales de soutien aux pays d'endémie. Il

est important de continuer à financer les médicaments de première intention et de créer, le cas échéant, des stocks d'urgence.

De meilleurs outils diagnostiques et un contrôle externe de la qualité des diagnostics en laboratoire permettent de lutter plus efficacement contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante. De nouveaux médicaments sont indispensables et il faut louer divers groupes d'États Membres d'avoir pris de leur propre chef des initiatives novatrices en matière de financement, en particulier la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID). Tous les États Membres doivent consacrer davantage de crédits à la recherche et l'OMS doit jouer un rôle moteur dans la promotion de la recherche mondiale sur la tuberculose.

Une coordination et une collaboration accrues s'imposent avec d'autres programmes, en particulier ceux concernant le VIH/sida.

L'intervenant appuie le projet de résolution, mais propose d'insérer un nouvel alinéa à la fin du préambule, qui serait ainsi conçu : « Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres, et prenant note à cet égard de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de la volonté de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ; ».

Le Dr HAO Yang (Chine), félicitant le Secrétariat pour le soutien qu'il apporte aux États Membres dans leur combat contre la tuberculose, relève que bien que toutes les Régions de l'OMS aient enregistré des progrès, les cibles fixées à 2005 n'ont pas été atteintes et les efforts déployés dans ce domaine varient considérablement d'un pays à l'autre. La mise en place de la stratégie DOTS dans de nombreux pays signifie qu'il faudrait se préoccuper davantage de la qualité des programmes DOTS. Les États Membres doivent s'employer à atteindre les cibles fixées aux termes de l'objectif pertinent du Millénaire pour le développement en se dotant de plans à moyen et à long terme. Il faudrait que l'OMS mette en place un mécanisme efficace de financement de la lutte antituberculeuse. Étant donné que la multirésistance aux médicaments, qui gagne du terrain, constitue un obstacle majeur à la lutte contre la tuberculose, le Secrétariat devrait fournir un appui aux États Membres pour les aider à renforcer leurs moyens de laboratoire afin de disposer de tests rapides de pharmacosensibilité et de se procurer plus aisément des médicaments de deuxième intention plus fiables. Enfin, il devrait favoriser les recherches sur les nouvelles méthodes de diagnostic, les vaccins et les médicaments.

M. DANKOKO (Sénégal) accueille le rapport avec satisfaction, indiquant que la prévalence de la tuberculose dans son pays est de 110 pour 100 000 habitants et qu'en 2006, dans le cadre de son programme national de lutte contre la tuberculose, 6882 nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif ont été notifiés, de même que plus de 10 500 cas de toutes formes de tuberculose, soit un taux de détection de 55 %. La prévalence de la tuberculose chez les personnes infectées par le VIH dans deux grands centres urbains, dont Dakar, a été estimée à quelque 15 % en 2004. Une étude sur la multirésistance aux médicaments, commencée en 2005 avec l'appui de l'OMS, a révélé un taux de résistance primaire de 1,9 %. Un plan quadriennal de lutte antituberculeuse (2002-2006) a permis de développer les programmes DOTS et de porter le taux de guérison de 53 % en 2001 à 70 % en 2007 ; il a également permis de renforcer les capacités en personnel – médecins, infirmiers et laborantins – et favorisé le développement des interventions à base communautaire. La ferme volonté de lutter contre la tuberculose est attestée par une augmentation substantielle des crédits budgétaires pour les médicaments antituberculeux. Mais, en dépit de ses efforts, le Sénégal est encore loin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixés pour 2015.

M. Dankoko appuie le projet de résolution, tout en demandant instamment aux partenaires financiers de soutenir davantage les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

M. KIFLEYESUS (Érythrée) estime que l'administration rationnelle d'associations médicamenteuses donne de bons résultats. La tuberculose multirésistante ainsi que les réactions

indésirables nécessitent la mise en place de solides dispositifs de réglementation, notamment en matière d'assurance de la qualité et de contrôle des laboratoires – ce qui est un aspect vital. Le Secrétariat devrait apporter son assistance aux États Membres désireux de se doter de tels dispositifs pour les laboratoires s'occupant de la tuberculose et les centres de pharmacovigilance, tant aux niveaux national que régional, dans le but de surveiller les effets indésirables des associations médicamenteuses. Quant aux États Membres, il leur faut absolument encourager la participation communautaire aux programmes DOTS.

L'intervenant appuie le projet de résolution.

Le Dr OPART KARNKAWINPONG (Thaïlande) relève que si le développement de la stratégie DOTS a considérablement progressé, il n'en reste pas moins que les cibles mondiales pour 2005 n'ont pas été atteintes. En outre, il reste à résoudre les problèmes posés par les co-infections tuberculose-VIH et par la tuberculose ultrarésistante. La Thaïlande appuie sans réserve le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et la stratégie Halte à la tuberculose. Un obstacle majeur pour atteindre les cibles fixées est le financement, puisqu'il reste encore à trouver US \$31 milliards pour la période décennale 2006-2015. L'OMS doit s'employer avec les donateurs internationaux à combler ce déficit. Les initiatives prises par l'Organisation pour faire barrage à la tuberculose liée au VIH et vaincre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante en créant le réseau mondial de surveillance de la pharmacorésistance du VIH n'ont pas donné les résultats escomptés, car peu d'États Membres y participent. Aucun consensus ne s'est dégagé au sujet de directives communes à appliquer aux tests rapides de pharmacosensibilité, ces méthodes étant au reste coûteuses à mettre en place et à utiliser.

L'intervenant propose plusieurs amendements au projet de résolution. Il suggère d'insérer un nouveau texte après le septième alinéa du préambule, qui serait ainsi conçu : « Reconnaissant l'importance de la situation et les tendances de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui dressent des obstacles à la réalisation des objectifs du plan mondial d'ici à 2015, ainsi que la nécessité d'accroître le nombre des États Membres participant au réseau mondial et de trouver les ressources supplémentaires requises pour accomplir cette tâche ; ». Au paragraphe 1.1)e) du dispositif, il conviendrait d'ajouter les mots « là où les ressources sont disponibles » après « patients tuberculeux à culture positive, » ; après le premier alinéa du paragraphe 2, il serait souhaitable d'insérer un nouvel alinéa dont le libellé serait le suivant : « de continuer à fournir un appui au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux en y intégrant un plus grand nombre d'États Membres afin d'informer les responsables du plan mondial Halte à la tuberculose en déterminant l'ampleur et les tendances du phénomène de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante » ; enfin, le texte suivant pourrait être inséré à la fin du cinquième alinéa du paragraphe 2 : « d'élaborer des directives de consensus applicables aux tests rapides de pharmacosensibilité et des mesures appropriées pour le renforcement des laboratoires, et de mobiliser des fonds ».

Le Professeur TLOU (Botswana) se félicite de la priorité conférée par l'OMS à la lutte antituberculeuse. Au Botswana, les taux de notification des cas de tuberculose ont considérablement augmenté depuis les années 1990, et les taux de dépistage et de guérison ont atteint 87 % et 67 % respectivement en 2005. Le taux de co-infection par le VIH chez les patients tuberculeux oscille entre 60 % et 80 %. L'incidence de la tuberculose multirésistante est faible mais en augmentation. Une enquête est en cours dans le but de mettre au jour l'existence de cas de tuberculose ultrarésistante. Un plan stratégique quinquennal, conforme aux orientations du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, est en préparation. On est en train de donner de l'ampleur à la stratégie DOTS mise en place au Botswana en 1986 ; 14 des 24 districts sanitaires ont entrepris d'organiser les soins sur une base communautaire.

L'intervenante remercie l'OMS et les autres partenaires de leur soutien technique et financier. Elle demande instamment à l'Organisation d'intensifier son appui aux pays touchés par la tuberculose ultrarésistante et de les aider à développer leurs capacités de recherche dans ce domaine. Le Professeur Tlou appuie le projet de résolution.

M. VAN OMMEN (Pays-Bas) propose de modifier le paragraphe 1.1)a) et le paragraphe 2.4) du projet de résolution en y incluant les mots « en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les minorités ethniques ».

Le Professeur KEVAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) estime que l'aggravation rapide de l'épidémie de tuberculose dans son pays s'explique par la faiblesse des services de santé, la coexistence de cette maladie avec le VIH et l'émergence possible de la tuberculose multirésistante. La Papouasie-Nouvelle-Guinée se place au troisième rang parmi les pays de la Région du Pacifique occidental pour ce qui est de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité, et au huitième rang pour ce qui est du nombre estimatif de cas. Il y a sans doute sous-notification des cas étant donné que le taux de dépistage n'est que de 20 %. On s'attend à une hausse brutale des taux d'incidence et de mortalité en raison de l'épidémie de VIH/sida. Il faudrait bénéficier d'un soutien accru pour développer des outils diagnostiques de haute sensibilité et spécificité, notamment pour la tuberculose extrapulmonaire. L'appui de l'OMS est précieux et les autorités du pays mettent en application dans une large mesure les stratégies préconisées dans les plans de lutte antituberculeuse, et notamment le plan mondial Halte à la tuberculose 2006–2015. L'intervenant appuie le projet de résolution.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) indique que son pays se situe au cinquième rang des pays lourdement frappés par la tuberculose. Grâce à une expansion rapide de la stratégie DOTS, les taux de dépistage des cas et de guérison sont de 71 % et 91 % respectivement. Le programme de lutte antituberculeuse est appliqué en collaboration avec des organisations non gouvernementales et avec un financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Parmi les domaines d'amélioration, on a identifié : le dépistage des cas et la prise en charge ; la supervision ; le suivi et l'évaluation, assurés par les 28 centres d'assurance de la qualité ; enfin, la pharmacorésistance, dont la prévalence n'est que de 2 %. Des stratégies de gestion novatrices sont actuellement mises en place, par exemple sur les lieux de travail. L'intervenant appuie le rapport dans son ensemble, mais exprime ses inquiétudes au sujet du diagnostic et de la prise en charge de la tuberculose extrapulmonaire.

M. MABUZA (Swaziland), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, appuie le projet de résolution. Le rapport met en évidence les défis auxquels se trouvent confrontés les pays africains, dont beaucoup n'ont pas atteint les cibles relatives aux taux de dépistage et de prise en charge fixées dans le contexte de la lutte antituberculeuse, en raison de la pression exercée sur des ressources limitées par la multiplicité d'autres besoins criants. Le fardeau que représente la tuberculose est encore considérablement alourdi par les taux élevés d'infection à VIH et de sida. L'Afrique est le seul continent où le nombre de cas de tuberculose augmente régulièrement – de 4 % par an. Le Comité régional OMS de l'Afrique a expressément reconnu la gravité de la situation à sa cinquante-cinquième session (Maputo, 22-26 août 2005), à la suite de laquelle la plupart des pays de la Région ont intensifié leurs efforts pour combattre la tuberculose. Parmi les difficultés qu'ils ont à surmonter, on peut citer la faiblesse des systèmes de santé et la pénurie persistante de ressources financières et humaines. Pour atteindre les cibles fixées, il faudrait que les pays africains améliorent la prise en charge et la qualité des services de soins aux malades tuberculeux en faisant notamment appel à la stratégie DOTS, et qu'ils renforcent la capacité des services de laboratoire. La pauvreté est aussi un facteur qui favorise l'épidémie ; la tuberculose doit être une priorité dans les stratégies de lutte contre la pauvreté. La tuberculose multirésistante et ultrarésistante, qui n'a jusqu'à présent été signalée qu'en Afrique du Sud, pose un nouveau problème supplémentaire. L'OMS devrait apporter aux pays le soutien et les conseils voulus pour en prévenir la propagation. Il faudrait absolument que le Directeur général mobilise les ressources nécessaires pour endiguer et prendre en charge cette maladie, particulièrement dans les pays où la prévalence du VIH est élevée. Quant aux pays africains, ils devraient développer encore leur collaboration en matière de tuberculose et de VIH. Si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon de 2015, il faut que la tuberculose figure au programme pour le développement du G8. Le Partenariat Halte à la

tuberculose doit aider les pays à atteindre les cibles fixées dans le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

Il serait souhaitable d'amender le projet de résolution afin : de mettre l'accent sur l'importance des liens entre activités de lutte contre le VIH/sida d'une part et initiatives relatives à la tuberculose d'autre part ; de préciser au premier alinéa du préambule que les États Membres devraient associer le secteur privé aux programmes nationaux de lutte contre la tuberculose ; et de faire mention au paragraphe 2 du dispositif de la nécessité urgente de renforcer l'appui du Secrétariat aux États Membres touchés par la tuberculose multirésistante et ultrarésistante.

M. SAMO (États fédérés de Micronésie) souligne que la conclusion présentée dans le rapport selon laquelle la Région du Pacifique occidental a dépassé les cibles fixées sur le plan mondial pour la lutte antituberculeuse est à prendre avec circonspection. À côté de leurs voisins de plus grande taille, les petits États insulaires ont tendance à être relégués au second plan. La Micronésie a certes fait des progrès dans la lutte antituberculeuse, mais sa configuration géographique et ses ressources limitées font qu'il lui est difficile d'atteindre la totalité de sa population. Le soutien technique et financier de l'OMS et des partenaires est nécessaire pour venir à bout de la tuberculose. L'intervenant appuie le projet de résolution, mais propose de remplacer « de limiter » par « d'endiguer » au paragraphe 1.1)c).

Le Dr BUSUTTIL (Malte) fait savoir que son pays a adopté la stratégie DOTS et qu'il est parvenu à un taux de guérison de 100 %. Les taux d'incidence pour toutes les formes de tuberculose ainsi que les taux de prévalence, de mortalité et de dépistage des nouveaux cas enregistrés en 2005 attestent la qualité du programme maltais de lutte antituberculeuse. Malheureusement, il y a eu deux cas de tuberculose multirésistante en 2007. Depuis 2002, Malte connaît un afflux croissant d'immigrants en situation irrégulière, arrivant principalement de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée. En 2005, 65 % des cas de tuberculose enregistrés à Malte étaient importés. Beaucoup d'immigrants sont également touchés par le VIH, ce qui pourrait à l'avenir influencer défavorablement sur l'incidence de la tuberculose. Ces questions doivent donc être considérées comme hautement prioritaires. À Malte, les soins et la prise en charge de la tuberculose sont gratuits pour tous les patients. Le Gouvernement appuie le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et notamment le développement des interventions contre la tuberculose multirésistante et la tuberculose liée au VIH.

Le Dr NYIKAL (Kenya) propose de modifier le projet de résolution en ajoutant le sous-alinéa suivant au premier alinéa du paragraphe 1 : « d'accélérer les interventions concertées contre l'infection à VIH et la tuberculose ».

Le Dr SUGIURA (Japon) souhaiterait recevoir des éclaircissements au sujet de l'expression « systèmes d'information sanitaire » au paragraphe 1.1)b). Quant au paragraphe 1.1)c), il fait mention de la tuberculose multirésistante et de la stratégie DOTS, deux éléments suffisamment importants pour faire l'objet d'alinéas distincts ; le premier devrait s'énoncer comme suit : « de veiller à une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS par les programmes de lutte antituberculeuse, première et principale mesure pour l'application complète de la stratégie Halte à la tuberculose » ; et le second : « de limiter l'émergence et la transmission de la tuberculose multirésistante, et notamment de la tuberculose ultrarésistante, en assurant une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS et en veillant à une application rapide des mesures de précaution pour endiguer l'infection ». Le Dr Sugiura appuie le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

Le Dr KABELA (République démocratique du Congo) appuie le projet de résolution. Sur le vaste territoire de son pays, il n'existe qu'un seul laboratoire de diagnostic, si bien qu'il est pratiquement impossible de dépister les cas de tuberculose. Il est urgent de créer de nouveaux laboratoires de diagnostic. Le pays a bien atteint les cibles fixées pour la lutte mondiale contre la

tuberculose, mais la situation risque de se détériorer si les cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante ne sont pas identifiés à temps.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) fait observer que son pays a atteint les cibles fixées dans le cadre de l'OMS pour la lutte mondiale contre la tuberculose, mais que l'incidence de cette maladie dans certains groupes de population et dans certaines zones géographiques demeure élevée. Davantage de moyens de dépistage précoce, une diminution de l'incidence de la tuberculose liée au VIH et un programme de lutte contre la tuberculose ultrarésistante s'imposent. Il y a particulièrement lieu de se préoccuper des groupes de population vulnérables, et notamment les migrants, qui représentent apparemment une proportion importante des cas de tuberculose dans plusieurs pays européens. Le Portugal s'emploie résolument à promouvoir la santé des migrants dans le but d'améliorer la santé de tous les citoyens.

Le Dr BAE Geun-ryang (République de Corée) indique que son pays attache une grande importance à l'éducation et à la formation dispensées à l'échelle internationale, s'agissant notamment de la formation au travail de laboratoire et des stages consacrés à la lutte antituberculeuse. En 2007, les pouvoirs publics ont lancé la première phase d'un programme de collaboration entre les secteurs public et privé visant à faire baisser le taux d'abandons du traitement antituberculeux, et ont enregistré une augmentation des taux de guérison chez les patients pris en charge dans des hôpitaux et dispensaires privés. Les autorités prévoient également de soigner gratuitement les patients atteints de tuberculose multirésistante et ultrarésistante, afin qu'ils n'arrêtent pas le traitement pour des raisons financières. Dans le contexte de la mondialisation, il n'est pas possible aux pays de venir à bout de la tuberculose en la combattant seuls : une coopération fondée sur la concertation entre tous les pays s'impose. Il est donc très important que tous les États Membres s'emploient à atteindre les objectifs fixés dans le plan mondial et la stratégie Halte à la tuberculose 2006-2015.

Le Dr SANOU (Burkina Faso) déclare que le programme de lutte antituberculeuse mis en œuvre dans son pays comprend les éléments suivants : décentralisation du diagnostic et de la prise en charge vers les centres de santé et de promotion sociale ; collaboration avec les associations à base communautaire ; implication du secteur sanitaire privé, de l'office de santé des travailleurs, des maisons d'arrêt et des maisons de correction dans le dépistage et le traitement ; enfin, dépistage du VIH et prophylaxie des infections opportunistes chez les malades infectés par le VIH. Grâce à ces efforts, le taux de détection est passé de 18 % en 2004 à plus de 25 % en 2006, et le taux de guérison de 67 % à 71,5 %. Pour renforcer ces acquis, il faut mobiliser des ressources en faisant appel aux partenaires et au budget de l'État, et mettre intégralement en œuvre la stratégie DOTS-Plus ; un régime de six mois de traitement doit être appliqué, et le plan tuberculose/VIH pour la période 2007-2009 doit être mis en œuvre. Il importe de conduire des recherches sur la pharmacorésistance et sur la prévalence. Le Dr Sanou appuie le projet de résolution.

Le Dr KAMWI (Namibie) indique que la tuberculose demeure un problème de santé publique dans son pays, où le taux de notification des cas a été de 784 pour 100 000 personnes en 2006. Le taux de dépistage des cas dépasse 70 % et le taux de guérison est de 75 %. Sujet d'inquiétude supplémentaire, des cas de tuberculose multirésistante ont été signalés en Namibie. Une direction unique a récemment été chargée de s'occuper des programmes relatifs à la tuberculose, au VIH/sida et au paludisme ; la coordination des programmes relatifs à la tuberculose et au VIH/sida ne relève plus du seul secteur de la santé mais s'appuie sur une démarche multisectorielle.

Le plan mondial Halte à la tuberculose est un précieux document de référence pour les États Membres. En Namibie, des programmes normalisés de formation du personnel soignant ont été mis au point pour la tuberculose et le VIH, les outils de surveillance ont été modernisés et la stratégie DOTS a été développée. Le programme namibien de lutte antituberculeuse souffre d'une faiblesse de la coordination à tous les niveaux, d'une pénurie de ressources humaines, de moyens de laboratoire limités et de difficultés d'accès dues aux contraintes géographiques. L'appui sans faille de l'OMS et

des autres partenaires sera indispensable pour lutter contre l'infection, traiter la tuberculose multirésistante et ultrarésistante et renforcer les systèmes de santé. L'intervenant appuie le projet de résolution.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) souligne que compte tenu de l'existence d'épidémies croisées de tuberculose et de VIH, il est indispensable d'améliorer l'accès des personnes infectées par le VIH au traitement antituberculeux. Les États Membres devraient faire en sorte d'intégrer les programmes cliniques de prise en charge de ces deux maladies là où les taux de co-infection sont élevés, comme en Afrique. Il faut trouver une réponse stratégique au problème de plus en plus aigu de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Augmenter la capacité des laboratoires permettrait de réaliser, pour toute personne atteinte de tuberculose où que ce soit dans le monde, des tests de sensibilité en temps réel concernant les traitements de première et deuxième intention. Cela permettrait de prendre des décisions thérapeutiques éclairées, d'améliorer les résultats sanitaires pour les patients et d'éviter l'apparition de nouvelles pharmacorésistances. L'émergence de co-infections VIH-tuberculose et de tuberculose ultrarésistante montre bien qu'il est indispensable de prendre des précautions d'ordre pratique pour lutter contre l'infection. En outre, il est nécessaire d'investir dans la recherche, la mise au point et le transfert de nouvelles méthodes de diagnostic rapide, notamment des tests de pharmacosensibilité, ainsi que de régimes thérapeutiques sûrs et efficaces et de vaccins.

M. Abdoos appuie sans réserve le projet de résolution mais, étant donné qu'un grand nombre d'amendements ont été proposés, il faudrait établir une version révisée de ce texte.

M. ABDURRACHMAN (Indonésie) indique qu'en application du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et de la stratégie Halte à la tuberculose, son pays met en œuvre un plan quinquennal de lutte antituberculeuse. Il a atteint les cibles fixées sur le plan mondial en parvenant à un taux de dépistage de 76 % et à un taux de guérison des cas infectieux de 90 %. Assurer la continuité du financement n'est pas tâche aisée. L'Indonésie s'est attaquée au problème de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante. Des évaluations ont été faites, le réseau de laboratoires est en train d'être renforcé à tous les niveaux, un test de pharmacosensibilité apportera des résultats dans les prochains mois et des sites pilotes de lutte contre la tuberculose multirésistante vont être créés sous les auspices du Comité Feu Vert du Partenariat Halte à la tuberculose.

Le projet de résolution mérite d'être appuyé, mais le soutien du Secrétariat devrait être plus actif dans deux domaines. Lorsque la cible relative au dépistage des cas aura été atteinte, il faudrait qu'il prodigue des conseils sur les moyens d'avoir accès plus efficacement aux cas restants, sur la façon d'assurer la transition entre dépistage passif et dépistage actif des cas et de cibler les zones où les taux de transmission sont les plus élevés, de manière à progresser le plus efficacement possible vers les objectifs du Millénaire pour le développement. L'Indonésie a un urgent besoin de nouveaux outils diagnostiques pour ses centres de soins afin d'améliorer le dépistage chez les personnes atteintes de tuberculose pulmonaire à frottis négatif ou de tuberculose extrapulmonaire, chez les personnes présentant une co-infection VIH-tuberculose et chez les enfants. Il serait utile que l'OMS fournisse des informations sur les tests de diagnostic rapides. L'examen des frottis au microscope utilisé comme seul outil diagnostique ne suffit plus et, dans les régions reculées, il n'est pas toujours pratique d'emploi.

Ces deux points devraient être mentionnés dans le projet de résolution et il est souhaitable que le Directeur général continue à apporter son soutien aux pays qui peinent à atteindre les cibles qui ont été fixées sur le plan mondial.

Mme NGAUNJE (Malawi) souligne que la tuberculose compromet gravement l'équilibre sanitaire et le développement durable de l'Afrique, où le nombre de cas augmente globalement au rythme de 4 %. Dans la plupart des pays africains, ce sont jusqu'à la moitié des cas évolutifs qui restent non détectés parce qu'il est impossible d'avoir accès aux centres de diagnostic, et le VIH a encore considérablement aggravé le problème. La volonté politique des pays africains de lutter contre

la tuberculose est attestée par les initiatives de plus en plus nombreuses prises au niveau régional pour améliorer l'accès au diagnostic et au traitement et pour faire de la tuberculose une urgence sanitaire.

Au Malawi, près de la moitié de tous les cas de tuberculose évolutive ne sont pas identifiés. C'est pourquoi le Gouvernement s'emploie à renforcer les services de diagnostic depuis l'échelon local jusqu'au plus haut niveau. Consolider le système de santé dans son ensemble et améliorer les services de laboratoire essentiels sont les défis qui restent à relever. Le budget de la lutte antituberculeuse a été augmenté de 150 %, mais il faut trouver le juste équilibre entre ce programme et d'autres priorités sanitaires.

L'émergence de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante a des conséquences sur les plans régional et mondial, et pourrait compromettre les succès passés. La tuberculose multirésistante est déjà présente en Afrique du Sud et, compte tenu des taux élevés d'infection à VIH et de la faiblesse des services de laboratoire et de la surveillance, elle représente une bombe à retardement pour la Région. Si celle-ci ne réagit pas en temps utile et à bon escient, ce nouveau fléau sanitaire entraînera encore plus de pertes en vies humaines et des coûts supplémentaires considérables.

Mme Ngaunje prie instamment l'OMS et les autres partenaires d'apporter leur soutien à la Région africaine en mettant des fonds supplémentaires à sa disposition pour des interventions spécifiquement axées sur l'accès universel au diagnostic, sur les plans d'urgence destinés à faire face à la tuberculose ultrarésistante et sur les services de laboratoire essentiels.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) précise que, dans son pays, la lutte contre la tuberculose a été intégrée aux structures générales de santé tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Depuis la mise en place du programme de lutte au début des années 1980, comportant la mise en œuvre des traitements de brève durée notamment pour les cas de tuberculose à frottis positif, le taux de succès thérapeutique a atteint 87 % en 2005 et le taux de détection des nouveaux cas à frottis positif 83 %. Des défis restent à relever, parmi lesquels le maintien de ces acquis. Le problème des co-infections VIH-tuberculose nécessite non seulement la prise en charge médicale des deux affections, mais aussi une aide alimentaire et la prise en charge des pathologies intercurrentes. L'exode rural des jeunes désœuvrés, la toxicomanie et la délinquance compliquent considérablement la prise en charge de la tuberculose. Le Bénin accueille chaque année un cours international sur la tuberculose qui offre aux pays l'occasion de renforcer les capacités de leurs personnels soignants.

Le Dr MESSELE (Éthiopie) juge essentiel de mettre en place une véritable collaboration avec les programmes de lutte contre le VIH pour combattre la tuberculose dans les pays comme le sien où les co-infections sont courantes. L'apparition de cas de tuberculose pharmacorésistante et le taux élevé de mortalité qui y est associé chez les personnes vivant avec le VIH/sida sont un signal d'alarme qui doit inciter à entreprendre de toute urgence des activités conjointes. Il serait souhaitable de modifier le projet de résolution en insérant les mots « et de la tuberculose liée au VIH » après « de la tuberculose ultrarésistante » au paragraphe 1.1)d), et en ajoutant « notamment en relation avec le VIH » à la fin du paragraphe 2.2).

Le Professeur BELLA ASSUMPTA (Cameroun) appelle l'attention sur la relation étroite qui existe entre pauvreté et tuberculose, pour laquelle l'infection à VIH constitue un catalyseur ; la lutte contre la pauvreté doit donc faire partie des stratégies de lutte antituberculeuse. Le secteur de la santé doit améliorer ses programmes de prévention grâce à la vaccination et développer des tests plus fiables. Le diagnostic est particulièrement difficile chez les patients VIH-positifs. L'émergence des cas de multirésistance fait de la lutte contre la tuberculose un défi d'autant plus urgent à relever.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) estime qu'il faudrait une avancée décisive en matière de thérapie antituberculeuse pour traiter la maladie avec succès, eu égard à l'augmentation du nombre de cas de tuberculose multirésistante et à la difficulté qu'il y a à traiter simultanément la tuberculose et le VIH. Certains médicaments de deuxième intention sont d'une efficacité limitée, mais il est vrai que des essais de nouveaux médicaments sont en cours. Il conviendrait de modifier le projet de résolution en y

ajoutant le membre de phrase suivant à la fin du paragraphe 2.6) : « notamment en encourageant la recherche-développement de nouveaux antituberculeux et la recherche sur l'effet de la nutrition sur la tuberculose et l'interaction entre les deux phénomènes ».

Le Dr FAUORI (Jordanie) déclare que son pays a bien progressé dans la lutte antituberculeuse, puisqu'il est parvenu à un faible pourcentage d'infections, à un taux de dépistage de 85 % et à un taux de succès thérapeutique de 90 %. La stratégie DOTS a été mise en œuvre avec succès, même si des cas récents de pharmacorésistance se sont révélés difficiles et coûteux à soigner. Il faut poursuivre la recherche sur les traitements. Le Dr Fauori appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Dr SALGADO (Chili) appuie le projet de résolution. Au Chili, l'incidence de la tuberculose est faible et tend à reculer, et il existe relativement peu de cas de tuberculose multirésistante ou de co-infections avec le VIH. On se dirige vers un taux d'incidence inférieur à 5 % en 2020, c'est-à-dire que les cibles fixées dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement seront atteintes dans des délais très satisfaisants ; la coopération avec les pays voisins sera essentielle si l'on veut s'assurer que l'immigration n'aura pas d'incidence défavorable sur les indicateurs.

Le bilan positif qui est celui du Chili s'explique notamment par : une volonté politique ; un système de santé publique fondé dans les années 1950 qui met fortement l'accent sur les soins de santé primaires ; les larges pouvoirs conférés à l'autorité sanitaire ; la gratuité des soins ; la formation d'un personnel technique et d'encadrement qui connaît très bien le programme de lutte antituberculeuse ; l'exercice d'un contrôle ; enfin, le suivi assuré grâce à la surveillance épidémiologique. Ces mesures pourraient être utiles à de nombreux pays dans leur lutte contre la tuberculose, et le Chili est toujours disposé à partager son expérience.

M. FORAU (Iles Salomon) indique que la tuberculose demeure un problème sanitaire d'ampleur nationale pour son pays, où le taux de dépistage est de 80 pour 100 000 habitants et le taux de guérison de 70 %. La principale stratégie utilisée est le programme DOTS, et le suivi est tout à fait satisfaisant, bien qu'il soit difficile d'atteindre les patients vivant dans des zones reculées. Les taux sont probablement sous-estimés et la prévalence réelle de la maladie n'est pas connue. Grâce à l'appui fourni par les donateurs, des médicaments sont disponibles dans tous les hôpitaux et l'observance des traitements s'est améliorée grâce à la formation du personnel de santé, à l'éducation du public et aux campagnes de sensibilisation. Les médicaments étant fournis gratuitement, le programme national de lutte antituberculeuse est en train d'enregistrer d'excellents résultats. M. Forau remercie les partenaires pour le développement et appuie le projet de résolution.

Le Dr SEKAJUGO (Ouganda) indique que, dans son pays, les taux de dépistage et de succès thérapeutique sont de 49 % et 75 % respectivement. Des faiblesses subsistent dans le dispositif de laboratoires, car il y a pénurie de personnel de santé au niveau des services de santé de base. Les mesures suivantes ont notamment été prises : intensification de la formation du personnel de santé au dépistage des cas ; supervision renforcée de l'appui au personnel de santé travaillant dans les services périphériques ; achat de matériel et fournitures de laboratoire ; et renforcement des réseaux de laboratoires. Un nouveau partenariat a été instauré en matière d'outils diagnostiques pour la tuberculose. L'Ouganda approuve pleinement le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et appuie le projet de résolution.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas), s'exprimant au nom des 14 pays Membres de la Communauté des Caraïbes, déclare que ceux-ci appliquent la stratégie DOTS, luttent résolument contre la tuberculose et ont inclus les indicateurs mondiaux de l'OMS dans leurs plans stratégiques nationaux. La Région vient immédiatement après l'Afrique pour ce qui est de la prévalence du VIH ; c'est là un facteur préjudiciable à la lutte antituberculeuse, tant pour les enfants que pour les adultes. Certains pays de la Région n'ont pas atteint les taux de dépistage et de traitement fixés par l'OMS et les tests de

multirésistance continuent de présenter des difficultés pour nombre d'entre eux. L'intervenante en appelle à l'OMS et à l'OPS pour qu'elles fournissent leur appui en vue d'améliorer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et de renforcer les moyens de laboratoire. Les pays des Caraïbes sont résolus à atteindre les cibles de l'OMS et les objectifs du Millénaire pour le développement. Compte tenu de l'augmentation des migrations en provenance de pays où la charge de la tuberculose est importante, le projet de résolution tel que modifié par le délégué des Pays-Bas mérite d'être appuyé.

M. MENESES (Mexique) indique que, dans le cadre des efforts qu'il déploie pour faire barrage à la tuberculose, le comité mexicain « Halte à la tuberculose au Mexique » a chargé des groupes de travail de se pencher sur les questions suivantes : les cas cliniques ; la co-infection VIH-tuberculose ; la stratégie DOTS ; la sensibilisation du public et la communication ; le suivi et l'évaluation. Rappelant que le thème de la Journée mondiale de la Tuberculose 2007 est « De l'action locale à l'élimination mondiale – La tuberculose n'importe où, c'est la tuberculose partout », le Mexique appuie le projet de résolution et se tient prêt à collaborer avec d'autres États Membres et à faire part de son expérience, dans le but d'éliminer cette maladie.

Le Dr MTONGA (Zambie) rappelle que la présence du VIH/sida aggrave considérablement le fardeau de la tuberculose. Un léger recul du nombre de cas de tuberculose a été observé en Zambie, puisqu'on en a dénombré 53 000 en 2005 mais quelque 51 000 en 2006. Environ 70 % des personnes atteintes de tuberculose dans le pays présentent une co-infection au VIH et la moitié des personnes infectées par le VIH vont contracter la tuberculose. La Zambie s'efforce d'atteindre les cibles fixées par l'OMS en consolidant avec persévérance sa stratégie DOTS, dont la couverture est maintenant de 100 %, en faisant appel à des associations médicamenteuses en proportions fixes, en intensifiant les activités conjointes tuberculose/VIH, en instaurant des partenariats public-privé, en développant la surveillance de la tuberculose multirésistante et en renforçant les structures de laboratoire et d'achat. Le taux de traitement est passé de 67 % en 2002 à 76 % en 2006 et le taux de dépistage des cas a atteint 69 %. Le taux de guérison est de 84 %, c'est-à-dire qu'il est proche de la cible fixée par l'OMS. Parmi les problèmes rencontrés, on peut citer la pénurie de personnel de santé, la faiblesse de l'infrastructure et le manque de fonds. La Zambie appuie le projet de résolution.

Mme DE HOZ (Argentine), citant les statistiques de son pays sur les cas de tuberculose et les décès qui lui sont imputables, souligne que le programme de lutte antituberculeuse argentin est conforme aux principes énoncés dans le rapport. Le Gouvernement a souscrit à l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la tuberculose, et fixé un objectif national tendant à réduire les disparités entre les provinces et départements argentins. Le programme de lutte antituberculeuse vise à encourager la participation communautaire, notamment dans les écoles, et fonctionne avec le programme national relatif au sida. L'Argentine s'adressera au Comité Feu Vert du Partenariat Halte à la tuberculose afin de se procurer des médicaments de deuxième intention d'un prix abordable et de bonne qualité. Les normes et l'assurance de la qualité dans les laboratoires antituberculeux argentins sont en cours d'amélioration. L'intervenante appuie le projet de résolution.

Le Professeur MIKHAILOVA (Fédération de Russie) rappelle que le groupe des pays industrialisés du G8 ont, lors du sommet de Saint Pétersbourg qui s'est tenu en juillet 2006, donné leur aval au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. La Fédération de Russie, qui est toujours un pays d'endémie de la tuberculose, n'a observé aucune évolution significative de son taux élevé de prévalence. Elle n'a pas atteint les cibles convenues sur le plan international en matière de dépistage des cas ou de guérison. Le nombre de cas de tuberculose multirésistante, dont le traitement est beaucoup plus coûteux, a augmenté.

La stratégie Halte à la tuberculose de l'OMS que le Ministère de la Santé a adoptée préconise de nouvelles méthodes de dépistage, d'enregistrement et de traitement des patients tuberculeux ; bien que

la formation du personnel soit un élément essentiel de cette stratégie, des carences sont apparues du fait de la complexité du processus d'adaptation des principes DOTS à la pratique nationale.

C'est à une démarche systématique fondée sur le renforcement des mesures de prévention et un dépistage actif qu'il faut recourir, en faisant appel à toutes les méthodes disponibles. La thérapeutique choisie doit faire appel aux médicaments classiques tout en tenant compte de la nature de chaque cas, et il faut en décider tant du point de vue du sujet lui-même que dans l'optique de l'ensemble des mesures antituberculeuses. Une analyse indépendante de la lutte antituberculeuse devrait permettre d'en mesurer l'efficacité et de repérer les améliorations possibles.

Dans la lutte menée contre la tuberculose à l'échelle internationale, on peut tirer des enseignements de l'expérience de la Fédération de Russie, qui appuie le projet de résolution. Pour atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la tuberculose, la Fédération de Russie mettra activement en œuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

M. KAZIHISE (Burundi) déclare que son pays s'est doté d'un programme spécifique de lutte antituberculeuse dans le cadre de sa politique de santé publique. La maladie frappe de manière préférentielle la tranche d'âge la plus active – c'est-à-dire la population âgée de 15 à 44 ans –, ce qui représente 75 % des personnes atteintes. Avec un taux de détection de 42 % et un taux de guérison de 52 % en 2006, le Burundi est encore loin d'atteindre les objectifs fixés par l'OMS, mais le pays sort d'une guerre qui a duré dix ans et, ces dernières années, il a eu à souffrir de graves perturbations climatiques. Ces facteurs ont beaucoup contrarié les efforts qu'il fait pour combattre la tuberculose. Le secteur de la santé compte intensifier sa collaboration avec d'autres secteurs afin d'asseoir les bases du succès de ses programmes. M. Kazihise remercie l'OMS et les autres partenaires qui appuient son programme de lutte antituberculeuse et invite d'autres partenaires à se joindre à eux.

Le Dr CARBALLO QUESADA (Costa Rica) dit que la tuberculose pulmonaire représente 86 % de tous les cas de tuberculose diagnostiqués au Costa Rica. La mortalité par tuberculose régresse depuis 1999 et correspond actuellement à quelque 2,3 décès pour 100 000 habitants ; mais les statistiques relatives à la mortalité sont sujettes à caution du fait de la sous-notification et des problèmes posés par l'établissement des certificats relatifs aux causes de décès. Depuis 2004, la couverture de la stratégie DOTS est de 95 % et grâce à la mise en œuvre d'un programme DOTS-Plus, des médicaments de deuxième intention peuvent être administrés aux patients atteints de tuberculose multirésistante. Le Dr Carballo Quesada appuie le projet de résolution.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) appuie le projet de résolution, soulignant l'importance des partenariats public-privé, qui devraient être développés afin d'élargir l'accès aux services DOTS et de mieux synchroniser les activités menées dans le cadre des programmes nationaux de lutte antituberculeuse. Aux Philippines, le secteur privé joue un rôle décisif en matière de prise en charge de la tuberculose multirésistante. C'est à juste titre que le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 préconise la collaboration avec d'autres programmes, et notamment celui relatif à la santé de l'enfant ; il faudrait absolument que les États Membres améliorent la prise en charge des enfants tuberculeux.

Le Père VITILLO (Saint-Siège) prie instamment l'Assemblée de la Santé d'adopter le projet de résolution afin d'encourager la mise en œuvre de programmes antituberculeux plus efficaces dans tous les pays. L'Eglise catholique et d'autres organisations d'inspiration religieuse mènent des programmes de lutte antituberculeuse sur une base communautaire, et on ne saurait trop insister sur l'importance de la collaboration entre le Secrétariat, les États Membres et les organisations de la société civile pour faire barrage à la pandémie de tuberculose en adoptant une démarche globale.

Mme CLARISSA (Fédération internationale des Etudiants en Pharmacie), prenant la parole sur l'invitation du PRÉSIDENT et s'exprimant également au nom de la Fédération internationale des Associations d'Etudiants en Médecine, souligne que ces deux Fédérations appuient les initiatives

prises par l'OMS en matière de lutte contre la tuberculose en menant des actions de sensibilisation auprès des étudiants en médecine et en pharmacie ainsi qu'auprès du grand public. Mme Clarissa soutient les efforts déployés par l'OMS et le Partenariat Halte à la tuberculose en faveur de la recherche sur de nouveaux moyens diagnostiques, médicaments et vaccins. Il convient de veiller à ce que les personnels de santé comme le grand public comprennent à quel point il est important de ne pas utiliser les antituberculeux, et en particulier les médicaments de deuxième intention, à mauvais escient. Il faut renforcer les mécanismes de surveillance et évaluer plus systématiquement l'impact qu'ont les activités de lutte antituberculeuse sur la charge de morbidité. Cette nécessité est reconnue dans le projet de résolution. Le Secrétariat et les États Membres doivent associer les personnels de santé à la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose et rechercher un environnement propice à la collaboration pluridisciplinaire. La collaboration entre étudiants se destinant aux soins de santé influera sur leur pratique future et pourrait être la clé de la victoire à venir sur la tuberculose.

Le Dr OMI (Directeur régional pour le Pacifique occidental) fait observer que la Région du Pacifique occidental a atteint les objectifs fixés sur le plan mondial en ce qui concerne le dépistage des cas et la proportion de succès thérapeutiques. Plusieurs facteurs ont joué un rôle décisif dans les résultats ainsi obtenus dans la Région. En 1999, le Comité régional s'est fixé pour objectif de réduire de moitié la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie d'ici à 2010. Puis la Région a élaboré un plan stratégique 2000-2005 et les États Membres ont ensuite mis au point leurs propres budgets et plans. C'est en grande partie grâce à la ferme volonté politique des États Membres et à l'existence d'un partenariat solide entre les pays et organisations en vue de mobiliser les ressources nécessaires que les cibles fixées à 2005 ont pu être atteintes.

Le Dr NAKATANI (Sous-Directeur général) félicite les États Membres pour l'action efficace qu'ils ont menée afin de faire barrage à la tuberculose. Il a pris bonne note des suggestions qui ont été faites au sujet du suivi et de la surveillance, de la viabilité financière, du maintien d'un programme DOTS de haute qualité, de l'intensification de la recherche-développement, du développement des moyens de laboratoire, de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, de la co-infection VIH-tuberculose, de la nécessité de mobiliser davantage de ressources financières et d'améliorer la coordination et, enfin, de l'importance qu'il y a à répondre aux besoins des populations particulièrement vulnérables et à haut risque.

Répondant aux questions soulevées par le délégué de l'Indonésie concernant l'intensification de la recherche des cas une fois atteinte la cible de 70 % des cas dépistés, le Dr Nakatani indique que l'OMS recommande aux pays : de s'assurer que tous les centres de santé notifient les cas aux autorités locales responsables de la lutte antituberculeuse ; d'axer le travail de dépistage sur les groupes à haut risque ; de développer les actions de sensibilisation menées au niveau communautaire ; et de veiller à ce que le personnel soit suffisamment informé et formé pour être en mesure de détecter rapidement les cas. Si l'on dispose de méthodes de culture rapides, il n'en va pas de même pour les kits de diagnostic rapide de la pharmacosensibilité. L'OMS participe aux travaux de mise au point et d'évaluation de tels outils et communiquera toutes informations à ce sujet aux États Membres à mesure qu'elles deviendront disponibles.

Le PRÉSIDENT indique qu'une nouvelle version du projet de résolution va être établie de manière à y incorporer les différents amendements qui ont été proposés et qu'elle sera distribuée aux fins d'examen lors d'une séance ultérieure.

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

La séance est levée à 17 h 50.

SEPTIÈME SÉANCE

Vendredi 18 mai 2007, 9 h 45

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

1. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool : Point 12.7 de l'ordre du jour (documents A60/14 et A60/14 Add.1)

Le PRÉSIDENT invite la Commission à examiner deux projets de résolutions. Le premier, proposé par les délégations des pays suivants : Afghanistan, Arménie, Autriche, Bahreïn, Bélarus, Bhoutan, Bolivie, Brésil, Danemark, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Jamahiriya arabe libyenne, Kenya, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malawi, Malaisie, Maroc, Mongolie, Mozambique, Namibie, Norvège, Pakistan, Pologne, République démocratique du Congo, République populaire de Chine, Slovénie, Sri Lanka, Suède, Suisse, Thaïlande, Timor-Leste, Tonga, Viet Nam et Zambie, est libellé comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool, y compris l'additif concernant le bilan mondial des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;¹

Réaffirmant les résolutions WHA32.40 et WHA36.12 et rappelant que dans la résolution WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, le Directeur général était prié d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les États Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;

Reconnaissant les progrès accomplis par le Secrétariat, et en particulier les recommandations du Comité d'experts des Problèmes liés à la Consommation d'Alcool ;²

Reconnaissant également que la majeure partie de la charge mondiale de morbidité est désormais imputable aux maladies non transmissibles et qu'il est probable que l'usage nocif de l'alcool entraîne une augmentation importante de celle-ci ;

Constatant qu'il est urgent d'élaborer des mesures stratégiques efficaces visant d'autres déterminants évitables pour remédier à l'usage nocif de l'alcool, afin de compléter les stratégies existantes de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci ;

Profondément préoccupée par le fait que l'usage nocif de l'alcool a provoqué plus de 2,3 millions de décès prématurés dans le monde en 2002,³ que c'est l'un des principaux déterminants évitables de la charge de morbidité et qu'il touche de plus en plus de populations dans le monde ;

¹ Documents A60/14 et A60/14 Add.1.

² OMS, Série de Rapports techniques, N° 944, 2007.

³ Document A60/14 Add.1.

Notant que le CIRC¹ a confirmé que l'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées est un cancérigène du groupe 1 et qu'il existe une relation de cause à effet entre la consommation d'alcool et la survenue de certaines tumeurs malignes, dont le cancer du côlon et du rectum, ainsi que le cancer du sein chez la femme ;

Consciente que l'usage nocif de l'alcool peut nuire gravement à d'autres personnes que le consommateur ;

Reconnaissant le besoin de protéger ces personnes et les groupes qui risquent de subir les conséquences négatives de la consommation d'alcool par d'autres, notamment les partenaires et les enfants dans les familles qui connaissent des problèmes d'alcool, et les personnes sur leur lieu de travail, ainsi que le besoin de garantir la sécurité des transports ;

Notant la complexité des problèmes liés à l'alcool et la nécessité de mettre en place des mesures complètes fondées sur des données factuelles ainsi que des interventions rentables pour réduire les méfaits de l'alcool ;

Reconnaissant que des stratégies et des interventions efficaces visant l'ensemble de la population et des groupes particuliers existent et qu'elles devraient être utilisées de manière optimale pour réduire les méfaits de l'alcool ;

Soulignant que ces stratégies et ces interventions doivent être mises en œuvre de façon adaptée et équilibrée compte tenu des contextes religieux, culturels et traditionnels existants ;

Notant avec satisfaction les résultats positifs sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool obtenus dans toutes les Régions de l'OMS ;

Fermement convaincue qu'une direction mondiale de la lutte contre les méfaits de l'alcool s'impose d'urgence ;

Reconnaissant le rôle directeur joué par l'OMS dans les politiques mondiales de santé publique visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à collaborer avec l'OMS à l'élaboration d'un plan mondial visant à réduire l'usage nocif de l'alcool sur la base de données factuelles et des meilleures pratiques, et mettant plus spécialement l'accent sur une approche intégrée de protection des populations à risque et des personnes qui subissent les effets de la consommation des autres ;

2) à renforcer les solutions nationales apportées, le cas échéant, aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, en s'appuyant sur des données probantes attestant de l'efficacité et de la rentabilité des stratégies et des interventions visant à réduire les méfaits de l'alcool ;²

3) à définir des stratégies et des programmes nationaux, y compris des plans d'exécution, et à établir, maintenir ou renforcer, selon les besoins, des cibles nationales en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool ;

4) à mettre sur pied ou à développer des systèmes nationaux appropriés de surveillance de la consommation d'alcool et de ses conséquences sanitaires et sociales, reliés aux systèmes mondiaux et régionaux d'information de l'OMS, afin d'orienter les mesures prises au niveau national et de mesurer les progrès accomplis en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool aux niveaux régional et mondial ;

2. DEMANDE aux organisations internationales et aux organes préoccupés par l'usage nocif de l'alcool de s'associer aux efforts mondiaux visant à réduire les méfaits de l'alcool ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à renforcer sensiblement la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci, et d'en faire une priorité absolue de l'action de l'OMS ;

¹ IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, Vol. 96, 2007.

² Document A60/14, paragraphes 5 et 6.

- 2) de renforcer et d'intensifier l'action du Secrétariat concernant l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de plans mondiaux et régionaux, selon les besoins, et d'apporter un soutien technique aux États Membres qui le demanderont pour lutter contre les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, en tenant compte de tout l'éventail des conséquences sanitaires, sociales et économiques de celui-ci ;
- 3) de veiller à associer et à engager activement et opportunément, en dehors de tout conflit d'intérêts, les organisations du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales internationales, les organismes du secteur privé et autres partenaires intéressés ;
- 4) de soumettre à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé un plan mondial de réduction des méfaits de l'alcool tenant compte des données probantes attestant de la rentabilité des interventions, élaboré après consultation des États Membres, des organisations non gouvernementales, des organismes du secteur privé et des autres partenaires compétents.

Le second projet de résolution, proposé par les délégations de la Nouvelle-Zélande et de la Suède, après consultation avec un groupe de travail informel, est libellé comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool, y compris l'additif concernant le bilan mondial des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool ;¹

Réaffirmant les résolutions WHA32.40 et WHA36.12 et rappelant que dans la résolution WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, le Directeur général était prié d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les États Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;

Reconnaissant les progrès accomplis à cet égard par le Secrétariat, et la nécessité d'une analyse et de travaux complémentaires sur des interventions efficaces fondées sur des données factuelles ;

Reconnaissant que la majeure partie de la charge mondiale de morbidité est désormais imputable aux maladies non transmissibles et qu'il est probable que l'usage nocif de l'alcool entraîne une augmentation importante de celle-ci ;

Reconnaissant en outre l'effet néfaste potentiel de l'usage nocif de l'alcool sur la propagation des maladies infectieuses ;

Reconnaissant aussi que les troubles neuropsychiatriques, et notamment l'alcoolodépendance, qui font partie de la charge des maladies non transmissibles représentent plus d'un tiers de la charge de morbidité imputable à l'usage nocif de l'alcool ;

Constatant qu'il est urgent d'élaborer des mesures stratégiques pour combattre efficacement l'usage nocif de l'alcool, afin de compléter les stratégies existantes de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci et de réduire la charge de morbidité liée aux traumatismes et aux troubles neuropsychiatriques ;

Reconnaissant que les modes de production et de consommation d'alcool varient considérablement autour du monde et que la production, la distribution et la consommation informelles et illicites y occupent une place importante ;

¹ Documents A60/14 et A60/14 Add.1.

Profondément préoccupée par le fait que l'usage nocif de l'alcool a provoqué plus de 2,3 millions de décès prématurés dans le monde en 2002,¹ que c'est l'un des principaux déterminants évitables de la charge de morbidité et qu'il touche de plus en plus de populations dans le monde ;

Notant que le CIRC a classé l'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées parmi les produits cancérigènes pour l'homme (groupe 1)² et qu'il existe une relation de cause à effet entre la consommation d'alcool et la survenue de certaines tumeurs malignes, dont le cancer colorectal, ainsi que le cancer du sein chez la femme ;

Consciente que l'usage nocif de l'alcool peut nuire gravement à d'autres personnes que le consommateur ;

Reconnaissant le besoin de protéger ces personnes et les groupes qui risquent de subir les conséquences négatives de la consommation nocive d'alcool par d'autres, notamment les partenaires et les enfants dans les familles qui connaissent des problèmes d'alcool, et les personnes sur leur lieu de travail, ainsi que le besoin de garantir la sécurité des transports ;

Notant la complexité des problèmes liés à l'alcool et la nécessité de mettre en place des mesures complètes fondées sur des données factuelles ainsi que des interventions rentables pour réduire les méfaits de l'alcool ;

Reconnaissant que des stratégies et des interventions efficaces visant l'ensemble de la population et des groupes particuliers existent et qu'elles devraient être utilisées de manière optimale pour réduire les méfaits de l'alcool ;

Soulignant que ces stratégies et ces interventions doivent être mises en œuvre de façon adaptée et équilibrée compte tenu des contextes religieux, socio-économiques, culturels et traditionnels existants ;

Notant avec satisfaction les résultats positifs sur la réduction de l'usage nocif de l'alcool obtenus dans toutes les Régions de l'OMS ;

Fermement convaincue qu'une direction mondiale de la lutte contre les méfaits de l'alcool s'impose d'urgence ;

Reconnaissant le rôle directeur joué par l'OMS dans les politiques mondiales de santé publique visant à réduire l'usage nocif de l'alcool ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à collaborer avec l'OMS à l'élaboration d'un projet de stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool sur la base de données factuelles et des meilleures pratiques, en mettant plus spécialement l'accent sur une approche intégrée de protection des populations à risque et des personnes qui subissent les effets de la consommation nocive des autres ;
- 2) à renforcer les solutions nationales apportées, le cas échéant, aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, en s'appuyant sur des données probantes attestant de l'efficacité et de la rentabilité des stratégies et des interventions visant à réduire les méfaits de l'alcool ;³
- 3) à définir des stratégies et des programmes nationaux complets et multisectoriels, y compris des plans d'exécution, en tenant compte de la place non négligeable de la production, de la distribution et de la consommation informelles d'alcool, et à établir, maintenir ou renforcer, selon les besoins, des cibles nationales pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;

¹ Document A60/14 Add.1.

² *IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer, Vol. 96, 2007.

³ Document A60/14, paragraphes 5 et 6.

- 4) à mettre sur pied ou à développer des systèmes nationaux appropriés de surveillance de la consommation d'alcool et de ses conséquences sanitaires et sociales, reliés aux systèmes mondiaux et régionaux d'information de l'OMS, afin d'orienter les mesures prises au niveau national et de mesurer les progrès accomplis en matière de réduction de l'usage nocif de l'alcool aux niveaux national, régional et mondial ;
2. DEMANDE aux organisations et organes internationaux préoccupés par l'usage nocif de l'alcool de s'associer aux efforts mondiaux visant à réduire les méfaits de l'alcool ;
3. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'envisager les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool en fonction de la priorité donnée à la prévention des maladies non transmissibles et à la lutte contre celles-ci ;
 - 2) de renforcer et d'intensifier l'action du Secrétariat concernant l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et de plans mondiaux et régionaux, selon les besoins, et d'apporter un soutien technique aux États Membres qui le demanderont pour combattre les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, en tenant compte de tout l'éventail de ses conséquences sanitaires, sociales et économiques ;
 - 3) de continuer à collaborer avec les États Membres et les organisations intergouvernementales, les professionnels de la santé et les organisations non gouvernementales concernés, ainsi que d'autres parties prenantes pour promouvoir la mise en œuvre de politiques et de programmes efficaces visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et pour élaborer un projet de stratégie mondiale ;
 - 4) de poursuivre les consultations avec le secteur privé, en particulier l'industrie des boissons alcoolisées, pour déterminer comment il pourrait contribuer à réduire l'usage nocif de l'alcool ;
 - 5) de soumettre à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé un projet de stratégie mondiale sur la lutte contre les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool sur la base de données factuelles et des meilleures pratiques, en mettant plus spécialement l'accent sur une approche intégrée de protection des populations à risque et des personnes qui subissent les effets de la consommation nocive des autres.

Les incidences administratives et financières du projet de résolution sont les suivantes :

1. Résolution Action mondiale contre l'usage nocif de l'alcool	
2. Lien avec le budget programme	
Exercice 2008-2009	Résultat escompté
Objectif stratégique 6	4. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et mortalité associées à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, afin de renforcer les établissements pour combattre/prévenir les problèmes de santé publique connexes.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution renforcera et intensifiera l'action du Secrétariat pour la mise au point et l'application de stratégies et de plans et la fourniture d'un appui technique aux États Membres visant à réduire les problèmes de santé publique dus à l'usage nocif de l'alcool. Elle conduira aussi à l'élaboration d'un plan mondial pour la réduction des méfaits de l'alcool en consultation avec les États Membres, les organisations non gouvernementales, des entités du secteur privé et d'autres parties prenantes.	

<p>3. Incidences financières</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$18 830 000</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$12 830 000</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? US \$10 400 000</p>
<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions Les activités se dérouleront principalement au niveau mondial, mais des consultations avec les États Membres seront organisées dans les six Régions.</p> <p>b) Besoins supplémentaires en personnel (indiquer le personnel supplémentaire nécessaire en équivalent plein temps, en précisant les qualifications requises) Pour l'exercice 2008-2009, deux membres du personnel supplémentaires de la catégorie professionnelle et un des services généraux seront nécessaires au Siège, mais il n'y aura pas besoin de personnel supplémentaire au niveau régional.</p> <p>c) Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) Les activités viseront avant tout à établir le rapport qui sera soumis à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Des activités de suivi et une évaluation prendront ensuite le relais jusqu'à fin 2013.</p>

Mme NILSSON-KELLY (Suède), présentant le projet de résolution, dit que l'adoption de la résolution WHA58.26 a été un pas important vers l'amélioration de la santé de millions de personnes souffrant des effets nocifs de l'alcool. Toutefois, de nombreux États Membres tendent depuis à adopter une approche davantage basée sur la sensibilisation. Les comités régionaux de l'OMS se sont montrés conscients et de plus en plus soucieux de ce problème et ils ont marqué leur volonté d'examiner les moyens de réduire l'usage nocif de l'alcool. En outre, le Secrétariat a fait connaître au Conseil exécutif, lors de sa cent vingtième session en janvier 2007, que de plus amples consultations étaient nécessaires en vue de rédiger d'autres projets de recommandations et d'établir un cadre de référence pour les activités mondiales. Le projet de résolution a pour objet de donner des indications pour l'élaboration d'un tel cadre de référence.

L'OMS a fait des progrès dans la lutte contre les facteurs de risque et les déterminants des maladies non transmissibles, mais les orientations stratégiques pour combattre l'usage nocif de l'alcool font encore défaut. Le projet de proposition est un premier pas pour remédier à cette lacune. Plusieurs États Membres s'y sont déclarés favorables, mais désirent qu'il soit rédigé en termes plus clairs et dépourvus d'ambiguïté.

Le second projet de résolution tient compte des amendements examinés au sein d'un groupe de travail informel réuni par la Nouvelle-Zélande et devrait faciliter l'examen de cette question par la Commission. S'il devait obscurcir encore le débat au lieu de l'éclairer, Mme Nilsson-Kelly s'en excuse.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) juge essentielle une action coordonnée au niveau mondial et il appuie donc fermement le projet de résolution. Le groupe de travail informel a présenté dans les six langues officielles de l'Organisation les projets d'amendements que certaines délégations devraient examiner. Il convient de souligner que le groupe n'a pas été mandaté pour négocier et que le second projet de résolution ne remplace pas la version précédente.

En tant que convocateur du groupe de travail informel, il résume ainsi les principales propositions présentées : au troisième alinéa du préambule, modifier ou supprimer la mention des recommandations du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool ; insérer dans le préambule un alinéa sur la production et la consommation illicites d'alcool ; inclure une mention des

maladies transmissibles et de leur relation avec l'usage nocif de l'alcool ; remplacer, aux alinéas et paragraphes appropriés, le mot « plan » par celui de « stratégie » de manière à prier les États Membres d'élaborer un projet de stratégie mondiale ; et définir plus clairement les rôles des diverses parties prenantes, notamment celles du secteur privé et de l'industrie, y compris dans l'élaboration et l'application du projet de stratégie proposé.

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit que l'usage nocif de l'alcool ne constitue pas un problème sérieux en Iraq mais les plans d'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires tiennent compte de la nécessité de prévenir cet abus. Pour surmonter ce problème, un développement durable et l'intégration des questions de santé dans le développement économique et social sont des conditions essentielles.

Le Dr PANTELEEVA (Fédération de Russie) dit que l'usage nocif de l'alcool et ses conséquences sociales sont un sujet particulièrement sensible dans son pays. La campagne antialcoolique menée entre 1985 et 1987 a eu des effets bénéfiques mais de courte durée et les réformes des années 1990 ont entraîné une augmentation de la consommation d'alcool. Malgré l'arrivée sur le marché de boissons à faible teneur en alcool, l'alcoolisme se développe chez les jeunes et va avoir des effets épidémiologiques. L'OMS devrait adopter une stratégie tenant compte de la complexité des problèmes individuels et sociétaux et permettant à chaque pays de mettre au point des politiques adaptées aux spécificités nationales. La Russie n'est pas disposée à accepter des mesures basées sur une augmentation du prix des boissons alcooliques qui auraient simplement pour effet d'entraîner la production d'alcool illicite et de liqueurs et alcools très forts. Le Dr Panteleeva reconnaît la nécessité de recherches plus approfondies sur les effets nocifs de l'usage de l'alcool et d'une stratégie mondiale basée sur l'expérience acquise à ce jour, particulièrement dans la Région européenne.

M. JAKSONS (Lettonie) appuie le second projet de résolution mais pense qu'il pourrait être plus précis. Les modes de consommation de l'alcool sont un élément clé du problème. Il existe une importante distinction entre « l'usage nocif de l'alcool » et « les effets nocifs de l'abus d'alcool », expression précédemment utilisée qui fait ressortir le besoin d'une approche beaucoup plus large. Pour élaborer sa stratégie de réduction de l'usage nocif de l'alcool, l'OMS doit se baser sur le message frappant (« Avec l'alcool, moins, c'est mieux ») de la Charte européenne sur la consommation de l'alcool adoptée par la Conférence internationale sur la santé, la société et l'alcool (Paris, 12-14 décembre 1995). M. Jaksons approuve la proposition tendant à rendre l'alcool moins aisément accessible, notamment pour les jeunes.

Le Dr AYDINLI (Turquie) souligne l'importance d'un renforcement de l'éducation, de l'information mondiale et des systèmes régionaux de surveillance, notamment pour les jeunes. A cet effet, il sera nécessaire d'instaurer une assistance technique et une coopération interorganisations. Il faut encourager les fabricants et les distributeurs à conjuguer leurs efforts pour réduire les effets nocifs de l'abus d'alcool. Les pays doivent élaborer à cette fin des stratégies et des programmes nationaux.

Le Dr PRAK Piseth Raingsey (Cambodge) signale que tous les types d'alcools, y compris des boissons de fabrication artisanale et locale, sont de plus en plus disponibles et consommés au Cambodge. De nombreux décès sont dus à la consommation de boissons contaminées par des ingrédients bon marché et potentiellement mortels comme le méthanol ou les pesticides. La vente et la publicité de l'alcool ne sont soumises à aucune restriction et les mises en garde sanitaires ne sont pas obligatoires. Les pertes économiques résultant, pour la société, de l'usage nocif de l'alcool doivent être substantielles si l'on tient compte de l'impact sur la santé, la productivité et le développement économique. Le Dr Prak presse l'Assemblée de la Santé d'adopter la résolution.

M. SEGURA (République dominicaine) fait observer que l'alcool ne sert pas seulement à préparer des boissons mais entre aussi dans d'autres produits tels que les médicaments et les cosmétiques. Il propose donc de remplacer l'expression « usage nocif de l'alcool » par « effets nocifs de l'abus d'alcool ». Il propose en outre de supprimer le dixième alinéa du préambule car, hormis les affirmations d'une monographie, rien ne confirme encore de manière incontestable la théorie selon laquelle l'éthanol présent dans les boissons alcooliques serait cancérigène pour l'homme.

Le Dr MUSTAFA (Soudan), parlant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que si la Région est la moins touchée par le problème de l'usage nocif de l'alcool en raison d'interdits religieux qui bannissent cet usage dans la plupart des pays, il n'en demeure pas moins que la consommation d'alcool par des jeunes vulnérables commence à susciter des inquiétudes. Le rapport met l'accent sur les systèmes de surveillance mondiale. Or la plupart des données mondiales ne sont que des estimations dont la fiabilité, en ce qui concerne de nombreux pays, est douteuse. En outre, la plupart des questionnaires utilisés pour la surveillance systématique n'enregistrent pas la consommation illicite d'alcool ni les formes inhabituelles des complications médicales de l'abus d'alcool. Les systèmes de collecte des données doivent être adaptés à tous les pays.

La plupart des stratégies de lutte contre l'abus d'alcool ont été élaborées dans des pays où l'alcool est en vente libre et elles mettent donc l'accent sur des mesures réglementaires telles que la taxation, les prix, l'âge minimum pour l'achat d'alcool et les heures d'ouverture des points de vente. Elles ne donneraient donc pas de bons résultats dans les pays où la plus grande partie de l'alcool consommé est obtenue en dehors des circuits organisés ou produite clandestinement de façon artisanale ou à domicile. Les pays doivent développer leur capacité à maîtriser la consommation officielle et illicite d'alcool en prenant des initiatives axées sur la communauté et sur des programmes de sensibilisation et d'éducation. Il faudra, à cet effet, accroître le potentiel des systèmes de santé de nombreux pays pour les rendre à même de gérer la dépendance alcoolique et les problèmes de santé liés à l'alcool.

Le rapport aurait dû souligner la nécessité d'un renforcement, aux niveaux national et régional, de la capacité de prise en charge de l'alcoolisme et des autres méfaits de l'alcool. Le cadre politique complet dont il est fait mention au paragraphe 11 doit se fonder sur une surveillance individualisée applicable aussi aux pays où l'alcool s'obtient principalement en dehors des circuits officiels. Les instruments de surveillance mentionnés au paragraphe 12 doivent être adaptés pour tenir compte à la fois des points communs au niveau mondial et des différences locales. Les grandes orientations sur les moyens de remédier aux problèmes de santé publique causés par l'alcool doivent indiquer comment adapter les stratégies mondiales aux conditions locales. Le rapport aurait aussi dû souligner la nécessité d'appuyer la prévention des méfaits de l'alcool au moyen de programmes d'éducation destinés aux jeunes. Les différences régionales décrites par le Dr Mustafa doivent être reflétées dans le projet de résolution.

Le Dr DEGROOF (Belgique) ne voit pas clairement à quel projet de résolution on se réfère. La Belgique prépare un plan d'action sur l'alcool qui donne la priorité aux activités axées sur les jeunes. Parmi les mesures déjà prises figurent l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs, des campagnes de sensibilisation visant les jeunes et des campagnes auprès des conducteurs associées à une intensification des alcootests qui ont permis de réduire les cas d'ivresse au volant.

L'action de l'OMS en matière de lutte contre les maladies non transmissibles en général doit être renforcée. Toutefois, il est douteux que les données sur les conséquences sanitaires et sociales de l'abus d'alcool auxquelles se réfère le paragraphe 1.4) de la résolution puissent être comparables et fiables. Il est donc proposé de modifier comme suit cet alinéa : « à mettre sur pied ou à développer des systèmes appropriés de surveillance de la consommation d'alcool et de ses effets nocifs utilisant les définitions, indicateurs et méthodes uniformes mis au point par l'OMS ».

Mme REITENBACH (Allemagne), parlant au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, précise que les pays candidats à l'adhésion : 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, ainsi que la République de Moldova et l'Ukraine s'associent à son intervention. L'Europe subit très fortement les conséquences de l'usage nocif de l'alcool et l'Union européenne a adopté un projet de stratégie pour la réduction des méfaits de l'alcool qui inclut une description complète des risques et conséquences.

Les États Membres doivent promouvoir une approche intersectorielle de la prévention des méfaits de l'alcool comprenant des stratégies et actions coordonnées aux niveaux municipal, régional et national. Il convient de mettre l'accent sur l'application des lois existantes en matière d'ivresse au volant ou de vente de boissons alcooliques aux mineurs, ainsi que sur la promotion de produits de remplacement sains par le marketing, l'information sur le produit et l'éducation du consommateur.

Des rapports sur la mise en œuvre de cette stratégie seront disponibles à partir de 2008 et un forum sur le thème « alcool et santé » réunira toutes les parties prenantes intéressées. L'OMS devrait prendre l'initiative de concevoir une stratégie de lutte contre les méfaits de l'alcool basée sur des conclusions scientifiques, sur des données factuelles et sur les meilleures pratiques. Il convient de mettre en place ou de renforcer des cibles nationales, des systèmes de surveillance et des plans d'application.

Mme Reitenbach appuie le premier projet de résolution, sous réserve de modifier comme suit le troisième alinéa du préambule : « Reconnaissant les progrès accomplis par le Secrétariat et notant les recommandations du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool ; ».

Le Dr LEVENTHAL (Israël) dit que l'usage nocif de l'alcool ne pose un problème dans son pays que depuis environ 15 ans. L'accroissement des accidents de la circulation, des actes de violence et des décès prématurés qui en résulte touche particulièrement les jeunes. Il est urgent d'adopter un plan mondial d'action stratégique comme le recommande le second projet de résolution.

Le Dr HIGUCHI (Japon) estime que chaque État Membre doit s'attaquer aux problèmes causés par l'usage nocif de l'alcool en choisissant des politiques rentables, reposant sur des données factuelles et adaptées à leur propre situation économique, sociale et culturelle et à la nature des problèmes causés par l'usage nocif de l'alcool. Il souligne également que les échanges d'information, y compris des données de base sur la consommation d'alcool, ainsi que sur la nature et les causes précises des problèmes liés à l'alcool et sur les solutions qui y sont apportées.

Il appuie en principe le projet de résolution, mais pense que l'on pourrait tenir également compte de quelques-uns des points figurant dans le second. Il faudrait remplacer dans le premier projet l'expression « plan mondial » aux paragraphes 1.1) et 3.4) par « stratégie mondiale » pour donner plus de latitude aux États Membres. Il convient en outre d'ajouter une définition de la stratégie mondiale indiquant qu'elle est destinée à guider les États Membres lors de la promotion et de la mise en œuvre de leurs propres solutions aux problèmes causés par l'usage nocif de l'alcool. Par ailleurs, il faudrait supprimer le paragraphe 3.1) car il se réfère aux maladies non transmissibles en général et non à celles qui sont provoquées par l'usage nocif de l'alcool, et ajouter un alinéa au paragraphe 3 pour prier le Directeur général de faire périodiquement rapport à l'Assemblée de la Santé sur la situation mondiale concernant l'usage nocif de l'alcool, les réponses politiques apportées à ce problème et les progrès accomplis.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande), parlant aussi au nom de la Suède, retire officiellement le second projet de résolution car il a manifestement créé une confusion chez les délégués.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (Thaïlande) est d'avis que toute politique de lutte contre les méfaits de l'alcool doit être fondée sur des données factuelles et comporter des interventions

axées à la fois sur la population et sur les individus. Il a noté que les stratégies rentables recommandées incluent des mesures fiscales et une réglementation de la vente d'alcool. Sur le plan commercial et économique, l'alcool est considéré comme un produit ordinaire, mais ses effets négatifs, tant sanitaires qu'économiques, l'emportent largement sur ses avantages éventuels. L'OMS devrait prendre l'initiative d'alerter les milieux autres que celui de la santé sur les dommages que peut provoquer l'alcool. Or on constate, par exemple, que la lutte contre l'alcoolisme n'a jamais été le thème d'une Journée mondiale de la santé.

La consommation d'alcool a considérablement augmenté dans le monde en développement. En 2006, la Région de l'Asie du Sud-Est a adopté des orientations politiques sur ce problème. Il serait bon que les recommandations du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool servent de base à une action mondiale.

Des consultations avec l'industrie des boissons alcooliques faciliteraient l'application des mesures recommandées, mais elles ne doivent pas influencer la formulation des politiques. Tout comme l'industrie du tabac, l'industrie des boissons alcooliques considère que des mesures efficaces comme les taxes et la réglementation de la vente de ses produits ne servent pas au mieux ses intérêts. Le Dr Thaksapon Thamarangsi appuie le projet de résolution dont sa délégation est le coauteur.

M. STRAWCZYNSKI (Canada), se basant sur l'expérience de son propre pays, pense que la réduction des méfaits de l'alcool nécessite une approche plurielle faisant intervenir des stratégies telles que le marketing social, des campagnes d'information communautaires, une réglementation et des mesures de mise en œuvre.

Il conviendrait de supprimer, au troisième alinéa du préambule du projet de résolution, la mention du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool étant donné que ses recommandations n'ont pas été diffusées assez largement pour que l'on ait pu examiner à fond toutes leurs incidences. Il faudrait ajouter au préambule un nouvel alinéa ainsi libellé : « Consciente des dommages causés par la consommation d'alcool au cours de la grossesse ; » et modifier comme suit le dixième alinéa du préambule : « Notant la complexité des problèmes liés à l'alcool, la nécessité de traiter les causes profondes de l'usage nocif de l'alcool et le besoin de mesures politiques complètes fondées sur des données factuelles ... ». Modifier en outre comme suit le paragraphe 3.4) : « ... un projet de plan mondial pouvant être adapté, selon les besoins, aux spécificités nationales ... ».

Le Dr MAOATE (Iles Cook) dit que son pays a édicté une législation pour lutter contre les effets négatifs de l'usage de l'alcool. Parmi les conséquences sociales désastreuses, il faut notamment citer les décès de jeunes victimes d'accidents de la circulation et une détérioration de la santé. Des mesures stratégiques s'imposent et c'est pourquoi le Dr Maoate appuie le projet de résolution ainsi que tout amendement ultérieur destiné à le renforcer.

M. EINARSSON (Islande) engage vivement les États Membres à adopter le projet de résolution à une large majorité : seul un consensus international permettra d'obtenir des résultats significatifs dans ce domaine.

M. VOLJČ (Slovénie) voudrait que l'usage nocif de l'alcool, souvent observé chez les adultes et les jeunes, retienne davantage l'attention des pouvoirs publics et des autorités politiques. Ce type de comportement peut déboucher sur une dangereuse dépendance qui entraîne parfois des décès ou des lésions graves. Avec la baisse des taux de natalité et le vieillissement de la population, chaque jeune vie fauchée signifie la disparition d'un futur parent et donc une perte pour la société. Pour réduire l'usage nocif de l'alcool chez les jeunes, il faut qu'une collaboration s'instaure entre les différents secteurs ainsi qu'avec les organisations non gouvernementales intéressées. La Slovénie mettra l'accent, au cours de sa prochaine présidence de l'Union européenne, sur le problème des lésions corporelles infligées volontairement ou non, notamment chez les jeunes.

Au sujet du projet de résolution, M. Voljč propose d'insérer les mots « les jeunes » après « notamment » au neuvième alinéa du préambule.

Mme JOHRI (Inde) estime que des politiques et interventions axées sur les populations vulnérables permettraient d'éviter les méfaits de l'alcool. Elle approuve les stratégies décrites dans le document A60/14 et appuie le projet de résolution tel qu'il a été modifié par les délégués de l'Afghanistan, de la Norvège et d'autres États Membres.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) constate que la consommation élevée d'alcool dans son pays entraîne des dommages considérables. Il appuie donc le projet de résolution.

M. GARBANZO (Costa Rica) est également d'avis que l'usage nocif de l'alcool pose un problème de santé publique dont les répercussions sociales et économiques sont graves et qu'il nécessite l'adoption de politiques axées sur la population générale ainsi que sur les groupes vulnérables. Si la consommation d'alcool par habitant est relativement faible au Costa Rica, l'usage nocif de l'alcool y est cependant répandu chez les jeunes de 18 à 30 ans (40 %) et de 12 à 24 ans (24 %).

Pour être efficaces, les politiques de lutte contre cet usage nocif de l'alcool doivent porter sur l'offre et la demande et viser ceux qui boivent avec excès ainsi que les lieux où sont consommées de grandes quantités d'alcool. Il convient de réglementer l'accessibilité, la disponibilité et la commercialisation des boissons alcooliques de manière à restreindre l'offre et à rendre la consommation d'alcool socialement moins acceptable. En imposant des restrictions à la commercialisation de l'alcool ainsi qu'à la publicité et à la sponsoring auxquelles se livrent les fabricants de boissons alcooliques, on protégera les moins de 18 ans et cette action sera complétée par une approche interinstitutionnelle de la prévention et du traitement des méfaits de l'alcool.

La nécessité de réduire les dommages dus à l'alcool pour protéger les individus et les groupes victimes du comportement des buveurs est particulièrement évidente dans le cas des accidents de la circulation, comme le souligne la Déclaration de San José de septembre 2006. En 2000, l'Amérique latine et les Caraïbes ont enregistré la plus forte incidence mondiale des décès dus à un accident de la route, le plus souvent du fait d'une consommation excessive d'alcool. Le Gouvernement du Costa Rica recherche des exemples de meilleures pratiques qui pourraient être adaptées au problème de ce pays. M. Garbanzo appuie le projet de résolution.

Le Dr TANGI (Tonga), parlant en tant que coauteur du projet de résolution, fait sienne la proposition tendant à supprimer le troisième alinéa du préambule et propose de modifier le cinquième alinéa du préambule pour le faire débiter comme suit : « Notant le besoin urgent de mesures stratégiques efficaces ». Il appuie la proposition tendant à remplacer le mot « plan » par « stratégie » aux paragraphes 1.1) et 3.4).

A la suite de l'adoption de la résolution WHA58.26, de larges consultations ont eu lieu dans la Région du Pacifique Occidental. La stratégie régionale qui en a résulté et qui a été adoptée en septembre 2006 met l'accent sur la réduction des risques et une limitation aussi poussée que possible des répercussions de l'usage nocif de l'alcool, sur la réglementation de l'accessibilité et de la disponibilité de l'alcool et sur l'application de la stratégie. Si le Dr Tangi ne voit aucune objection à la discussion en cours, il ne comprend pas pourquoi une stratégie mondiale serait à l'étude alors que toutes les Régions appliquent déjà des stratégies en application de la résolution WHA58.26.

(Voir la reprise du débat à la section 3 ci-après.)

2. PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME, Y COMPRIS PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 : Point 11 de l'ordre du jour (suite)

Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 : Point 11.1 de l'ordre du jour (documents A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009, A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 Corr.1 et Corr.2) (suite de la quatrième séance)

Projet de budget programme 2008-2009 : Point 11.2 de l'ordre du jour (documents A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009, A/MTSP/2008-2013/PB/2008-2009 Corr.1 et Corr.2) (suite de la quatrième séance)

Biens immobiliers : projet de plan-cadre d'équipement : Point 11.3 de l'ordre du jour (documents A60/5 et A60/INF.DOC./3) (suite de la quatrième séance)

Mme PRADHAN (Sous-Directeur général) dit que le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 est le fruit d'un examen approfondi du onzième programme général de travail. Des équipes techniques des six Régions et du Siège ont travaillé ensemble à la mise au point des objectifs stratégiques. Les États Membres ont donné des avis et prêté leur concours dans le cadre de discussions techniques sur le programme général de travail et le plan stratégique qui se sont tenues au niveau régional, de même que les six comités régionaux, le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.

Répondant à des questions et commentaires, elle précise que l'objectif stratégique 6 vise les six grands facteurs de risque responsables de plus de 60 % de la mortalité et 50 % de la morbidité en privilégiant un petit groupe de stratégies intersectorielles axées sur la population. L'objectif stratégique 3 porte principalement sur la prévention primaire des autres facteurs de risque de maladies non transmissibles, de traumatismes, d'actes de violence et de troubles mentaux. Conformément à la suggestion de plusieurs États Membres, les déficiences visuelles ont été incluses dans l'objectif stratégique 3.

L'objectif stratégique 4 s'applique à la plupart des programmes actuels en rapport avec la santé sexuelle et génésique, mais certains aspects de cette question sont également inclus dans d'autres objectifs stratégiques, comme le 2 et le 6. Le Secrétariat a noté les observations des délégués de l'Arabie saoudite, d'El Salvador, des États-Unis d'Amérique, du Koweït, de Malte et du Paraguay.

Le Secrétariat reconnaît la nécessité de maintenir au niveau actuel le financement de la Commission du Codex Alimentarius et d'améliorer la transparence des rapports sur la contribution de l'OMS au budget du Codex. L'objectif stratégique 9 met fortement l'accent sur les activités normatives concernant la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires.

Le Secrétariat a regroupé les objectifs proposés pour les systèmes de santé en un objectif stratégique unique et recommandé une approche globale pour améliorer la performance. Le champ d'application de l'objectif stratégique 10 reflète cette approche : en alignant les activités à entreprendre, on a réduit considérablement le nombre de résultats escomptés. Toutefois, le Secrétariat constate qu'un alignement et une clarification plus poussés sont encore nécessaires.

Le budget du financement de la santé et de la protection sociale dans le projet de budget programme 2008-2009 s'élève à US \$116 millions.

L'innovation en santé publique et la propriété intellectuelle font partie intégrante des activités de l'Organisation visées par plusieurs objectifs stratégiques, mais la plupart correspondent au « résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 11.1 ». On définira les résultats escomptés en allouant des budgets appropriés au vu des conclusions du groupe de travail non gouvernemental à composition non limitée et des décisions de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé.

La mention, dans l'objectif stratégique 11, du non-financement par l'UNITAID des activités destinées à promouvoir l'usage rationnel des médicaments sera supprimée dans le document final.

L'OMS travaille en collaboration avec l'OMC, la Banque mondiale et d'autres partenaires appropriés sur les questions relatives au commerce international et à la santé, conformément à la résolution WHA59.26.

Un projet de plan d'action répond expressément à une recommandation du Corps commun d'inspection sur le multilinguisme et sera examiné plus avant par le Conseil exécutif à sa cent vingt et unième session. Ce plan d'action, dont le coût s'élève à environ US \$20 millions pour les six années 2008 à 2013, s'inscrira dans l'objectif stratégique 12.

Le Directeur général s'est récemment engagé à entreprendre un examen complet des publications de l'OMS, y compris une évaluation des dépenses de publication. Cet examen débouchera sur une politique générale des publications qui sera examinée par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en 2008, avec des recommandations sur la possibilité d'améliorer le rapport coût/efficacité.

En ce qui concerne la participation de l'OMS aux processus d'harmonisation et de coordination des Nations Unies, la stratégie de coordination de l'aide aux pays est mieux intégrée au cadre d'aide au développement des Nations Unies et aux programmes de santé d'autres organismes des Nations Unies. Il est vrai que la collaboration de l'OMS avec ses partenaires du système des Nations Unies doit être partout reflétée dans le plan et les objectifs stratégiques et il en sera tenu compte dans les plans de travail.

Comme le Conseil exécutif l'a demandé, les incidences financières du plan-cadre d'équipement pour 2008-2009 ont été budgétisées en tant que partie intégrante du budget programme et incluses dans l'objectif stratégique 13.

La notion d'équité entre les sexes imprègne tous les programmes de l'Organisation. Dans son allocution à l'Assemblée de la Santé, le Directeur général a fait connaître qu'elle demandait à tous les responsables de programmes de recueillir et de communiquer des données ventilées selon le sexe, et qu'elle avait donné des instructions pour que la parité homme-femme soit assurée dans toutes les activités. Tous les objectifs stratégiques intégreront une optique d'égalité entre les sexes et l'OMS sera guidée à cet égard par la nouvelle stratégie sur la sexospécificité.

Pour le financement du budget programme, le Secrétariat et les États Membres s'attachent à garantir la mobilisation d'un plus grand nombre de contributions principales négociées. Des mécanismes sont élaborés à cet effet. Le Secrétariat examine en outre le montant des dépenses d'appui au programme nécessaires pour couvrir les coûts de l'exécution du programme.

Les activités seront progressivement réduites et finalement interrompues une fois achevées. Conformément aux instructions du Directeur général, on exercera une plus grande discipline budgétaire.

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2008-2009 ainsi libellé :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé

1. NOTE que le montant total du budget effectif, toutes sources de fonds confondues, s'élève à US \$4 227 480 000 ;
2. DÉCIDE d'ouvrir, pour l'exercice 2008-2009, un crédit de US \$1 038 840 000, financé par les contributions nettes des Membres pour un montant de US \$928 840 000, les recettes diverses estimées à un montant de US \$30 000 000, et un virement au fonds de péréquation des impôts pour un montant de US \$80 000 000, comme indiqué ci-après :

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes diverses
		Montant US \$
1.	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	85 368 000
2.	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	48 996 000
3.	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, aux traumatismes et aux déficiences visuelles	45 215 000
4.	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	55 909 000
5.	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	17 631 000
6.	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	39 077 000
7.	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	14 427 000
8.	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	32 736 000
9.	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	23 054 000
10.	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	139 630 000
11.	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	31 244 000
12.	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	139 448 000

Section	Objet	Crédits financés par les contributions nettes et les recettes diverses
		Montant US \$
13.	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	286 105 000
	Budget effectif	958 840 000
14.	Virement au fonds de péréquation des impôts	80 000 000
	Total	1 038 840 000

3. DÉCIDE ÉGALEMENT que :

1) nonobstant les dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier, le Directeur général est autorisé à opérer des virements entre sections du budget effectif jusqu'à concurrence d'un montant ne dépassant pas 10 % du crédit ouvert à la section qui subit le prélèvement ; il sera rendu compte de tous ces virements dans le rapport financier pour l'exercice 2008-2009 ; tous autres virements qui seraient nécessaires seront opérés et il en sera rendu compte conformément aux dispositions du paragraphe 4.3 du Règlement financier ;

2) conformément aux dispositions du Règlement financier, des montants ne dépassant pas les crédits votés au paragraphe 1 de la présente résolution seront disponibles pour faire face aux engagements contractés pendant l'exercice allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 ; nonobstant les dispositions du présent paragraphe, le Directeur général limitera les engagements à contracter pendant l'exercice 2008-2009 aux sections 1 à 13 ;

3) dans le calcul de la somme effectivement due par chaque Membre au titre de sa contribution sera déduit le montant de son crédit au fonds de péréquation des impôts ; cette déduction sera ajustée dans le cas des Membres qui imposent les fonctionnaires de l'OMS sur les émoluments versés par l'Organisation, impôts que l'Organisation rembourse auxdits fonctionnaires ; le montant de ces remboursements d'impôts étant estimé à US \$11 284 310, la contribution nette des Membres s'élève donc au total à US \$940 124 310 ;

4. DÉCIDE :

1) que le niveau du fonds de roulement restera fixé à US \$31 millions, comme cela a été décidé antérieurement par la résolution WHA56.32 ;

5. NOTE que les dépenses prévues au budget programme pour 2008-2009 devant être financées au moyen de contributions volontaires sont estimées à US \$3 268 640 000, comme indiqué ci-après :

Section	Objet	Montant US \$
1.	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	808 675 000
2.	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	657 936 000
3.	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence, aux traumatismes et aux déficiences visuelles	112 889 000

Section	Objet	Montant US \$
4.	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	303 924 000
5.	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	200 782 000
6.	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	122 980 000
7.	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	51 478 000
8.	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	97 720 000
9.	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	103 880 000
10.	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	374 424 000
11.	Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	102 789 000
12.	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	74 896 000
13.	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	256 267 000
	Total	3 268 640 000

Le projet de résolution 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 WHA60.12.

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution concernant le plan stratégique à moyen terme ainsi libellé :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA59.4 sur le onzième programme général de travail, 2006-2015 ;

Reconnaissant que le onzième programme général de travail définit un programme mondial d'action sanitaire et fixe le cadre général et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS ;

Notant que le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 constitue un cadre biennal souple qui guidera, en assurant la continuité pendant trois exercices, l'établissement des budgets programmes biennaux et plans opérationnels conformément au programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les priorités sont définies plus en détail dans le plan stratégique à moyen terme sous forme d'objectifs stratégiques, et dans le budget programme biennal sous forme de résultats escomptés ;

Notant que les projets de budget programme 2010-2011 et 2012-2013 seront soumis respectivement à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé pour décision ;

Se félicitant du caractère intersectoriel des objectifs stratégiques, qui créent des synergies et facilitent la collaboration entre les différents programmes en tenant compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats sanitaires, les politiques et systèmes de santé et les technologies sanitaires ;

Reconnaissant que le plan stratégique à moyen terme, qui définit des objectifs stratégiques au lieu de domaines d'activité étroits, offre une structure programmatique plus stratégique et plus souple tenant mieux compte des besoins des pays et des Régions et facilite la coordination et la collaboration dans l'ensemble de l'Organisation et avec les États Membres, les organisations du système des Nations Unies et d'autres acteurs ;

1. APPROUVE le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ;
2. ENGAGE les États Membres à définir leur rôle et les mesures à prendre pour atteindre les objectifs stratégiques fixés dans le plan stratégique à moyen terme ;
3. INVITE les organisations intéressées du système des Nations Unies, les partenaires et organismes internationaux d'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé à étudier comment ils peuvent contribuer à la réalisation des objectifs stratégiques fixés dans le plan stratégique à moyen terme ;
4. DÉCIDE d'examiner le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 tous les deux ans en même temps que le projet de budget programme afin, le cas échéant, de réviser le plan stratégique, y compris les indicateurs et les cibles ;
5. PRIE le Directeur général :
 - 1) de se servir du plan stratégique à moyen terme pour fixer les orientations stratégiques de l'Organisation pendant la période 2008-2013 afin d'exécuter le programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail ;
 - 2) de se servir du plan stratégique à moyen terme pour guider l'établissement des projets de budget programme 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013 et des plans opérationnels pour chaque période biennale ;
 - 3) de collaborer avec les organisations intéressées du système des Nations Unies, les partenaires et organismes internationaux d'aide au développement, les institutions financières internationales, les organisations non gouvernementales et les entités du secteur privé en vue de la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme ;

- 4) de recommander à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, parallèlement aux projets de budget programme 2010-2011 et 2012-2013, les révisions du plan stratégique à moyen terme qui seraient nécessaires ;
- 5) de faire rapport à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session sur l'application de la présente résolution, et de rendre compte ensuite tous les deux ans des progrès accomplis.

Le projet de résolution est approuvé.¹

3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (reprise)

Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool : Point 12.7 de l'ordre du jour (documents A60/14 et A60/14 Add.1) (reprise)

Le Dr KAMWI (Namibie) dit que son Gouvernement considère l'abus d'alcool comme un grave problème de santé publique. Les statistiques montrent qu'en Namibie, l'alcool est la substance qui donne le plus communément lieu à un abus. La plupart des accidents de la circulation sont provoqués par une conduite en état d'ivresse, notamment en période de fête. À l'initiative du Président, on achève l'élaboration d'une politique nationale de lutte contre l'abus d'alcool. Une coalition pour un usage raisonnable de l'alcool a été créée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux : elle réunit des représentants d'organismes des Nations Unies, du commerce et de l'industrie ainsi que des services de la circulation routière. Cette coalition joue un rôle de chef de file dans la sensibilisation à la nécessité d'un usage raisonnable de l'alcool en décourageant la publicité sur les boissons alcooliques au cours des manifestations sportives et en diffusant des messages de mise en garde à la radio. L'abus d'alcool peut entraîner un comportement irresponsable et la transmission de maladies, y compris l'infection à VIH. Dans certaines villes, on a mis en place un service d'assistance téléphonique qui permet aux conducteurs en état d'ivresse de se faire ramener à leur domicile au lieu de conduire eux-mêmes leur véhicule. Le Dr Kamwi appuie le projet de résolution.

Mme TOELUPE (Samoa), appuyant le projet de résolution, propose d'insérer au douzième alinéa du préambule, les mots « des problèmes particuliers des femmes ainsi que » après « compte tenu ». La stratégie ou le plan mondiaux doivent refléter les politiques déjà adoptées aux niveaux régional et national. Mme Toelupe remercie le Bureau régional du Pacifique occidental et les autres partenaires de l'assistance apportée à son pays.

Le Dr WANGCHUK (Bhoutan) dit qu'en dépit des nombreuses activités entreprises dans les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, y compris l'adoption d'une législation, en application des résolutions antérieures de l'Assemblée sur ce sujet, l'usage nocif de l'alcool continue d'avoir de graves répercussions sanitaires ainsi que des effets négatifs sur la société. L'OMS assure une orientation stratégique et donne l'impulsion nécessaire dans ce domaine.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque), parlant au nom d'un groupe de travail composé de pays membres de la Communauté des Caraïbes, est préoccupé par la mention, dans le projet de résolution, des recommandations du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. En effet, ces recommandations ne sont pas officielles et le rapport technique qui les contient et auquel on se

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 WHA60.11.

réfère également n'a pas été traduit ni distribué aux délégations. Le Conseil exécutif n'a pas examiné ce rapport et le Secrétariat n'y a pas encore réagi. Il doit être communiqué aux délégations et soumis au Conseil exécutif pour examen à sa prochaine session.

Les États Membres doivent concevoir des stratégies de lutte contre l'abus d'alcool applicables à leur propre pays, y compris pour combattre la production et la vente illicites d'alcool. Il faut encore recueillir d'autres données factuelles sur la relation entre l'alcool et certaines maladies non transmissibles qui puissent servir de base à des décisions de politique générale.

Le projet de résolution soumis par les délégations de la Nouvelle-Zélande et de la Suède et retiré depuis proposait une approche plus juste que le reste du texte dont il faut améliorer l'exactitude et la méthode. Le Dr Allen-Young propose de mettre sur pied un groupe de rédaction pour formuler un texte plus approprié.

Le Dr GONZÁLEZ (Cuba) dit que son pays a engagé un programme de stratégies pour la prévention de l'usage nocif de l'alcool axées sur des groupes prioritaires comme les jeunes et les femmes enceintes. On a mis en place un réseau de centres communautaires de santé mentale et des institutions de soins de santé primaires participent aussi aux activités de prévention et au traitement. La famille est au centre de cette action en raison du rôle important qu'elle peut jouer dans la lutte contre une consommation excessive d'alcool. Un cours postuniversitaire sur la santé mentale communautaire, destiné à des médecins de famille et autres agents de santé, a été suivi par plus de 500 professionnels. Les médias contribuent aussi à dissuader les buveurs. Une réglementation régit la vente de boissons alcooliques aux mineurs à proximité des établissements scolaires, ainsi qu'au cours des festivals, et Cuba a entrepris des activités conjointes avec le Panama, la République dominicaine et la République bolivarienne du Venezuela dans le cadre de l'OPS et serait favorable à un plus large échange d'expériences entre pays.

Au vu de l'expérience acquise par Cuba, des activités nationales axées sur la prévention, la promotion de la santé et le traitement sont les outils de base pour prévenir un usage excessif de l'alcool. Les méthodes présentant le meilleur rapport coût/efficacité sont celles recommandées pour éviter les maladies non transmissibles, à savoir la promotion de modes de vie sains, l'éducation sanitaire et la participation communautaire. Tout plan mondial doit prendre en compte des stratégies nationales adaptées aux conditions socio-économiques particulières de chaque pays, et les systèmes de soins de santé primaires doivent assumer un rôle majeur.

Le Dr González partage l'avis du délégué de la Jamaïque selon lequel il y aurait lieu d'omettre, dans le projet de résolution, la mention d'un rapport technique auquel les États Membres n'ont pas eu accès.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) appelle l'attention sur le lien entre l'alcool et le risque de violence, particulièrement dans les familles.

Mme DAVID-ANTOINE (Grenade), parlant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que l'engagement en faveur d'une action mondiale contre l'usage nocif de l'alcool doit être guidé par toutes les données factuelles disponibles. Elle appuie la proposition tendant à supprimer la mention, au troisième alinéa du préambule du projet de résolution, des recommandations du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. Au douzième alinéa du préambule, elle propose d'insérer les mots « institutionnels et socio-économiques » avant « religieux ». Le projet de résolution doit comporter une référence aux risques liés à la production et à la vente illicites d'alcool. La mention, au paragraphe 3, de diverses parties prenantes pourrait être mal interprétée : il faut reprendre le libellé de la résolution WHA58.26. Une stratégie mondiale pour la réduction des méfaits de l'alcool serait préférable à un plan mondial. Il conviendrait de renvoyer le projet de résolution à un groupe de rédaction pour un plus ample examen.

Le Dr CHITUWO (Zambie), parlant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, constate que la proportion des décès dus à un usage nocif de l'alcool est en augmentation dans la Région. Les personnes qui abusent de l'alcool et des drogues risquent davantage d'adopter des comportements à risque et de contribuer ainsi à la propagation du VIH. On a aussi des preuves manifestes des effets nocifs de l'alcool sur le fœtus et de ses liens avec l'accroissement de la violence domestique, les accidents de la circulation routière et la pauvreté. Le Dr Chituwo appuie les mesures appliquées par le Bureau régional de l'Afrique telles que le développement des moyens disponibles pour la prévention, la prise en charge et le traitement de l'usage nocif de l'alcool et des autres substances psychoactives, notamment au niveau communautaire. Il convient de préparer, à l'intention des principales parties prenantes, des orientations pour une mise en œuvre efficace des politiques et interventions et de formuler une stratégie mondiale visant à atténuer l'usage nocif de l'alcool et autres substances. On devra aussi instaurer un réseau régional pour collecter, analyser et diffuser des données en vue de contrer toute tentative d'opposition à cette stratégie. Appuyant le projet de résolution, le Dr Chituwo propose d'ajouter au préambule un nouvel alinéa ainsi libellé : « Reconnaissant le lien étroit entre l'usage nocif de l'alcool et l'infection à VIH ».

M. MENESES (Mexique) dit qu'au Mexique, l'usage nocif de l'alcool est responsable de 9 % des décès, de 60 % des accidents de la circulation, de 70 % des cas de violence domestique et d'une forte proportion de maladies, de décès prématurés et d'absences au travail et à l'école. Il appuie le projet de résolution, mais propose l'adjonction d'un paragraphe priant instamment les États Membres de veiller à ce que les activités de réglementation et de promotion de la santé prévoient une participation du secteur privé à la lutte contre l'usage nocif de l'alcool. Il conviendrait en outre de soumettre le projet de résolution à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé plutôt qu'à la Soixante-Deuxième.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) dit que l'examen de ce projet de résolution complexe, présenté en deux versions, fait ressortir la nécessité de respecter la procédure recommandée par l'Assemblée de la Santé selon laquelle tous les projets de résolutions doivent être soumis par le truchement du Conseil exécutif. Il est regrettable que les auteurs du projet de résolution ne se soient pas conformés à cette règle et que les délégués de la Nouvelle-Zélande et de la Suède aient dû retirer leur version qui constituait une amélioration notable. M. Hohman demande au Président d'indiquer comment il propose de procéder à ce stade. Il souhaite présenter plusieurs amendements, mais si l'on se propose de créer un groupe de rédaction à composition non limitée, il serait peut-être préférable de les soumettre d'abord à ce groupe.

M. SAMO (États fédérés de Micronésie) estime que l'usage nocif de l'alcool fait peser une menace sur la santé publique dans le monde entier et observe que les jeunes en sont souvent les victimes. Une stratégie de lutte doit prévoir des interventions à assise communautaire axées sur l'ensemble de la population. Il fait siennes les vues exprimées par le délégué des Tonga.

Le Dr SHRESTHA (Népal) observe que l'usage nocif de l'alcool pose un problème de santé publique majeur au Népal, notamment en zone rurale et chez les pauvres. Plus des deux tiers des accidents de la circulation routière ainsi que des actes de violence dans les foyers et sur la voie publique sont imputables à la consommation d'alcool. Les divers facteurs en cause doivent être pris globalement en considération et l'on doit mettre au point des mesures générales. Le Dr Shrestha appuie le projet de résolution en proposant que le paragraphe 3.1) devienne le paragraphe 3.3).

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar) dit que l'usage nocif de l'alcool constitue un problème de santé publique croissant à Madagascar dont 24,5 % de la population boit de façon excessive. La publicité sur les boissons dont la teneur en alcool dépasse 1 % est interdite et des activités scolaires sensibilisent les enfants aux risques de l'usage du tabac et de l'alcool.

Le Dr MACHAGE (Kenya), parlant en tant que coauteur du projet de résolution, engage instamment les États Membres à l'appuyer en soulignant qu'eux seuls peuvent définir leur politique nationale. Il fait sienne la proposition du délégué de la Thaïlande tendant à limiter la participation du secteur privé à l'exécution des politiques en l'excluant de leur formulation. Le Directeur général a adopté une position ferme en refusant de collaborer avec l'industrie du tabac, et elle doit faire de même avec l'industrie de l'alcool.

Mme NKURUNZIZA (Burundi) fait savoir que parmi les mesures adoptées par le Burundi pour réduire l'usage nocif de l'alcool, figurent la limitation de l'ouverture des bars en soirée et l'interdiction de la vente de bière aux mineurs dans les clubs. Elle appuie le projet de résolution tel qu'il a été modifié par le délégué de la Zambie. Le Burundi collaborera avec tous les partenaires concernés à la mise en œuvre de ses dispositions. Étant donné que l'usage nocif de l'alcool peut entraîner la propagation de maladies transmissibles, le paragraphe 3.1) doit en faire mention.

Mme MCCONNEY (Barbade) émet aussi des réserves sur la manière dont le projet de résolution a été soumis. Elle appuie la création d'un groupe de rédaction à participation non limitée. Il convient de supprimer la mention des recommandations du Comité d'experts étant donné que le rapport dudit Comité n'a pas été diffusé. Il faudrait aussi biffer les mots « afin de compléter les stratégies existantes de prévention des maladies non transmissibles et de lutte contre celles-ci » au cinquième alinéa du préambule. Au paragraphe 3.1) omettre la référence aux maladies non transmissibles, au paragraphe 3.2) supprimer « et la mise en œuvre », au paragraphe 3.3) supprimer « en dehors de tout conflit d'intérêts » et au paragraphe 3.4) remplacer « plan mondial » par « stratégie mondiale » et « des données probantes » par « de toute donnée probante ».

La Barbade a un code de conduite régissant la publicité, la distribution et la vente de l'alcool, et elle interdit la vente d'alcool aux mineurs. Le Ministère des Travaux publics a mené une campagne contre l'alcool au volant et il est prévu d'instaurer des alcootests. Des campagnes similaires sont organisées par d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

M. FRANCIS (Trinité-et-Tobago) dit que, dans son pays, les mesures visant à promouvoir des changements de comportement et à réduire l'usage nocif de l'alcool comprennent l'augmentation des taxes sur l'alcool, une législation instaurant le recours aux alcootests et une politique cohérente sur la sponsoring des manifestations sportives.

En ce qui concerne le projet de résolution, il regrette aussi que le rapport du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool ne soit pas disponible, car il aurait apporté une précieuse contribution au débat en cours. Le rapport du Secrétariat indique que des recherches plus poussées s'imposent au sujet des effets nocifs de l'alcool sur la santé, notamment en ce qui concerne les maladies non transmissibles. M. Francis souligne que la stratégie mondiale doit permettre de concevoir des stratégies nationales et régionales adaptées à des conditions socio-économiques et culturelles spécifiques. Toutes les parties prenantes concernées doivent avoir un droit de regard sur la détermination de ces stratégies. Il fait sienne la proposition d'instaurer un groupe de rédaction.

La séance est levée à 12 h 20.

HUITIÈME SÉANCE

Vendredi 18 mai 2007, 14 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool : Point 12.7 de l'ordre du jour (documents A60/14 et A60/14 Add.1) (suite)

M. LOPEZ GARCÍA (Fédération internationale des Associations d'Etudiants en Médecine), prenant la parole à l'invitation du PRÉSIDENT, dit que dans certaines Régions l'alcool est responsable de plus de 20 % des décès dans la tranche d'âge des 15-29 ans. Les éléments dont on dispose tendent à indiquer que l'alcool est consommé à un âge de plus en plus précoce dans de nombreux pays. L'usage nocif de l'alcool a fortement pesé sur la société en termes de dépenses de santé et de coûts économiques et sociaux. Les étudiants en médecine ont le devoir de lutter contre l'abus d'alcool et de faire prendre conscience au public des conséquences néfastes d'une consommation excessive d'alcool. Combattre d'emblée les problèmes causés par l'abus d'alcool créerait un espoir pour la jeunesse à venir. L'objectif du projet de résolution n'est pas de stigmatiser un secteur ou une industrie en particulier, mais de réduire la mortalité et la morbidité causées par l'usage nocif de l'alcool. Les États Membres sont donc instamment invités à soutenir le projet de résolution.

Le Dr DANZON (Directeur régional pour l'Europe), répondant aux observations du délégué du Tonga concernant l'existence de plusieurs projets de résolutions sur le même sujet, dit que l'usage nocif de l'alcool constitue dans sa Région un problème aussi sérieux que dans les autres, si ce n'est plus, puisqu'il est responsable de plus de 60 000 décès par an, contribuant de manière sensible au fardeau des maladies non transmissibles dans cette Région. Pour prévenir ou réduire les méfaits de l'alcool, le Comité régional de l'Europe a adopté en septembre 2005 la résolution EUR/RC55/1, « Cadre de la politique en matière d'alcool dans la Région européenne de l'OMS ». Le texte correspond pleinement à celui du projet de résolution.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) a noté l'intérêt manifesté à l'égard de la mise en place d'un système d'information sur les schémas locaux de consommation de l'alcool, y compris sa consommation en dehors des circuits officiels (insuffisamment prise en compte par les systèmes actuels), et sur l'impact sanitaire de son usage nocif. Les stratégies et interventions visant à réduire les dommages liés à l'alcool énoncées dans le rapport se fondent sur les meilleures données factuelles disponibles à ce jour. La résolution WHA58.26 priait également le Directeur général de formuler des recommandations pour l'élaboration de politiques et d'interventions efficaces visant à réduire les problèmes liés à l'alcool. Un comité d'experts s'est réuni à Genève en octobre 2006 pour examiner ces problèmes, et le Secrétariat soumettra son rapport au Conseil exécutif pour examen à sa prochaine session. Le texte de ce rapport a été mis en ligne sur le site Internet de l'Organisation en anglais seulement, mais il sera publié dans les autres langues officielles dès que possible.

Le PRÉSIDENT suggère que le Secrétariat prépare un projet de résolution révisé incorporant les amendements proposés et qu'un groupe de rédaction soit constitué et se réunisse le jour suivant pour

concilier ces amendements. Un projet de résolution révisé sera alors distribué pour être examiné par la Commission à une date ultérieure.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) estime que la réunion d'un groupe de rédaction le matin suivant, samedi, n'est pas acceptable pour sa délégation. Les délégués ont besoin de temps pour étudier un texte qui incorpore les divers amendements proposés avant qu'ils soient examinés par le groupe de rédaction. S'agissant du rapport du Comité d'experts, il est également inacceptable que le Conseil exécutif soit saisi d'un rapport qui n'est disponible qu'en anglais et sur Internet. Il convient de distribuer un exemplaire indiquant les noms des membres du Comité d'experts.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) suggère lui aussi que la réunion ait lieu le lundi matin pour garantir une pleine participation des délégations au groupe de rédaction.

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine) demande s'il est souhaitable de tenter de parvenir à un consensus sur le projet de résolution avant que le Conseil exécutif ait examiné le rapport du Comité d'experts.

M. BURCI (Conseiller juridique), répondant aux observations des délégués des États-Unis d'Amérique et de la République dominicaine, explique que le Conseil exécutif n'a pas examiné les rapports des comités d'experts proprement dits, mais un rapport soumis pour information par le Directeur général sur les réunions des comités d'experts qui ont eu lieu depuis la précédente session du Conseil, avec ses observations sur les recommandations formulées et sur leurs conséquences pour les activités de l'Organisation. Les recommandations des comités d'experts sont résumées dans ce rapport. La publication des rapports des comités d'experts prenant du temps, il est d'usage que le rapport du Directeur général soit communiqué avant la publication des rapports intégraux.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) demande si le rapport disponible sur Internet en anglais seulement est le rapport intégral du Comité d'experts ou le rapport du Directeur général, et pourquoi le rapport du Comité d'experts, qui s'est réuni en octobre 2006, n'a toujours pas été communiqué aux États Membres dans toutes les langues officielles.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) confirme que le texte intégral du rapport du Comité d'experts a été mis en ligne sur le site Internet de l'OMS. En raison de la longueur du processus de publication, comprenant la mise en forme rédactionnelle et la traduction, il n'a pas été possible de distribuer plusieurs rapports dans toutes les langues. Tout est cependant mis en œuvre pour qu'ils paraissent dans les plus brefs délais.

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba) note avec inquiétude que les États Membres n'ont pas encore pu examiner le rapport du Comité d'experts puisqu'il n'est disponible que depuis peu, et dans une seule langue. Il se demande s'il est utile de délibérer d'un sujet sur lequel on ne dispose pas de toutes les informations.

Le PRÉSIDENT considérera que la Commission est d'accord pour que le groupe de rédaction se réunisse le lundi 21 mai 2007.

Il en est ainsi convenu.

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

Lutte contre la leishmaniose : Point 12.3 de l'ordre du jour (documents EBSS-EB118/2006/REC/1, résolution EB118.R3, et A60/10) (suite de la troisième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur la révision de la résolution EB118.R3 qui reprend les amendements proposés par les délégations du Brésil, de l'Inde, de l'Iraq, du Koweït, du Maroc et de la Thaïlande, et qui est libellée comme suit :

- La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la leishmaniose ;¹
Reconnaissant que la leishmaniose est l'une des maladies tropicales les plus négligées alors que le nombre de personnes atteintes dans le monde dépasse actuellement 12 millions et que 2 millions de nouveaux cas se produisent chaque année ;
Notant avec préoccupation que la maladie menace 350 millions de personnes et que le nombre de nouveaux cas augmente ;
Reconnaissant que l'on manque d'informations exactes sur l'épidémiologie de la maladie pour mieux comprendre et endiguer la maladie ;
Constatant avec inquiétude que la maladie touche les couches les plus pauvres de la population dans 88 pays et représente une lourde charge économique pour les familles, les communautés et les pays, en particulier les pays en développement ;
Notant que le traitement peut représenter une charge pour les familles ;
Sachant que la malnutrition et l'insécurité alimentaire font souvent partie des facteurs qui prédisposent à la leishmaniose et aggravent la maladie ;
Reconnaissant l'importance du soutien apporté par les États Membres et d'autres partenaires et leur sachant gré de leur coopération permanente ;
1. INVITE INSTAMMENT les États Membres où la leishmaniose est un important problème de santé publique :
 - 1) à redoubler d'efforts pour instaurer des programmes de lutte nationaux qui permettront d'établir des lignes directrices et des systèmes de surveillance, de collecte et d'analyse des données ;
 - 2) à renforcer la prévention, le dépistage actif et le traitement de la leishmaniose cutanée et de la leishmaniose viscérale afin de réduire la charge de la maladie ;
 - 3) à rendre les centres de santé périphériques mieux à même **de dispenser des soins primaires et secondaires et ainsi [Thaïlande]** d'assurer des services appropriés et financièrement abordables de diagnostic et de traitement et de servir de sites sentinelles ;
 - 4) à faire des évaluations épidémiologiques afin d'établir la carte des foyers d'infection et de calculer l'impact réel de la leishmaniose en s'appuyant sur des études exactes de la prévalence et de l'incidence, de l'impact socio-économique et de l'accès à la prévention et aux soins, et de l'étendue de la maladie chez les personnes touchées par la malnutrition et le VIH ;
 - 5) **à renforcer la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs ou sont confrontés aux mêmes menaces, [Koweït]** ; à instaurer une structure décentralisée dans les régions qui comptent d'importants foyers de la maladie en renforçant la collaboration entre les pays qui ont des foyers communs, en désignant davantage de centres collaborateurs OMS pour la leishmaniose et en leur conférant un plus grand rôle, et en s'appuyant sur les initiatives prises par les différents acteurs **et sur la collaboration interinstitutions aux niveaux national et international pour tous les aspects de la lutte contre la leishmaniose ainsi que du dépistage et du traitement de cette maladie,**

¹ Document A60/10.

- ces initiatives étant encouragées avec le secteur privé par les programmes nationaux de lutte [Koweït] ;
- 6) à promouvoir la pérennité de la surveillance de la leishmaniose et de la lutte contre cette maladie ; [Brésil]
- 6 bis) à améliorer tant les connaissances et les qualifications pour prévenir les cas de leishmaniose dans les populations rurales, notamment l'information sur la situation socio-économique ; [Thaïlande]
- 7) à aider à faire des études sur la surveillance de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ;
- 8) à échanger des données d'expérience sur la mise au point d'études et de techniques concernant la prévention de la leishmaniose et la lutte contre cette maladie ; [Brésil]
2. INVITE EN OUTRE INSTAMMENT les États Membres :
- 1) à plaider pour des médicaments de qualité et financièrement abordables et des politiques pharmaceutiques nationales appropriées ;
 - 2) à encourager la recherche sur la lutte contre la leishmaniose afin :
 - a) de trouver des méthodes appropriées et efficaces de lutte **contre les vecteurs et les réservoirs [Maroc]** ;
 - b) de mettre au point d'autres médicaments sûrs, efficaces, financièrement abordables et moins toxiques à administrer en cure plus courte par voie orale ou parentérale ou en application locale et de nouvelles associations médicamenteuses, et de définir une posologie et une durée de traitement appropriées pour ces médicaments ;
 - c) de trouver des mécanismes qui facilitent l'accès aux mesures de lutte existantes, y compris en entreprenant des études socio-économiques et une réforme du secteur de la santé dans certains pays en développement ;
 - d) d'évaluer et d'améliorer la sensibilité et la spécificité des méthodes de diagnostic sérologique de la leishmaniose viscérale canine et humaine, et d'évaluer notamment leur standardisation et leur efficacité ;
 - e) d'évaluer l'efficacité d'autres mesures de lutte telles que l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable ;
3. ENGAGE les organismes partenaires à poursuivre et à accroître leur soutien aux programmes nationaux de lutte contre la leishmaniose et, le cas échéant, à accélérer la recherche et la mise au point d'un vaccin contre la leishmaniose ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de sensibiliser à l'importance de la charge mondiale de la leishmaniose et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour la prévention et la prise en charge de la maladie ;
 - 2) de rédiger des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la leishmaniose en s'attachant à mettre à jour le rapport du Comité OMS d'experts sur les leishmanioses,¹ dans le but de dresser des plans régionaux et d'encourager la création de groupes régionaux d'experts ;
 - 3) de renforcer la collaboration entre les acteurs de différents secteurs, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de contribuer à l'élaboration et à l'exécution de programmes de lutte contre la leishmaniose ;
 - 4) de concevoir une politique de lutte contre la leishmaniose avec l'appui technique du Tableau d'experts OMS de la leishmaniose ;

¹ OMS, Série de Rapports techniques, N° 793, 1990.

- 5) de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose et la diffusion des résultats de cette recherche ;
- 6) de suivre les progrès de la lutte contre la leishmaniose en collaboration avec les partenaires internationaux, **les bureaux régionaux de l'OMS et les États Membres touchés par la leishmaniose [Thaïlande]** ;
- 7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les nouvelles mesures proposées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de lutte contre la leishmaniose ;
- 8) de promouvoir une action avec les grands laboratoires afin de réduire le prix des médicaments pour les pays en développement ;**
- 9) de promouvoir et d'appuyer :**
 - a) l'évaluation de l'efficacité de nouveaux médicaments ;
 - b) l'évaluation de la posologie et de la durée du traitement avec les médicaments existants ;
 - c) la standardisation des réactifs de diagnostic, en particulier pour la leishmaniose viscérale ;
- 10) de faciliter et d'améliorer la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux concernés par la leishmaniose ; [Brésil]**
- 11) de promouvoir et d'appuyer la mise au point de vaccins, d'outils diagnostiques et de médicaments moins toxiques qui soient à la fois sûrs, efficaces et financièrement abordables pour lutter contre la leishmaniose. [Thaïlande]**

Mme JOHRI (Inde) propose que, conformément aux précédentes observations de sa délégation, on inclue, à la fin du préambule, un nouvel alinéa libellé comme suit : « Constatant que les États Membres concernés de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont engagés à collaborer en vue d'éradiquer le kala-azar dans la Région d'ici 2015 ».

Le Dr ASLANYAN (Canada), constatant que les paragraphes 4.5) et 4.11) se répètent et ne font pas mention du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales bien que la leishmaniose soit l'une des 10 maladies visées par le Programme, propose, au nom de la Belgique, du Danemark, de l'Iran, de la Norvège et de la Suède, de les regrouper en un seul paragraphe 4.5) libellé comme suit : « de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose, notamment pour mettre au point des vaccins, des outils diagnostiques et des médicaments moins toxiques qui soient à la fois sûrs, efficaces et financièrement abordables, et la diffusion des résultats de cette recherche, en particulier par l'intermédiaire du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ».

Le Dr SHRESTHA (Népal) fait savoir que la leishmaniose est endémique dans 12 districts népalais limitrophes de l'Inde et qu'environ 5,5 millions de personnes y sont exposées. Entre 2001 et 2005, 9084 cas ont été recensés, mais le chiffre réel pourrait être bien plus élevé. En 2005, le Bangladesh, l'Inde et le Népal ont signé un mémorandum d'accord par lequel ils s'engagent à faire des efforts pour éliminer la leishmaniose dans la Région d'ici 2015. Le Gouvernement népalais s'est également engagé à appliquer la stratégie régionale d'éradication de la maladie. Le Dr Shrestha appuie donc le projet de résolution, assorti de l'adjonction proposée par le délégué de l'Inde.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) exprime également son soutien à la proposition du délégué de l'Inde.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) appuie l'amendement proposé par le délégué du Canada. L'amendement proposé par sa délégation au paragraphe 1.6 bis) n'a pas été convenablement

pris en compte : le but est d'améliorer la situation socio-économique des populations des zones rurales pour lutter contre la leishmaniose. On peut aussi se demander pourquoi l'amendement a été numéroté 6 bis) : cela signifie-t-il qu'un choix doit être fait entre les paragraphes 6) et 6 bis), alors qu'il s'agit de sujets totalement différents ?

M. AITKEN (représentant du Directeur général), récapitulant les diverses propositions, rappelle que le délégué de l'Inde a proposé d'insérer à la suite du dernier alinéa du préambule un nouvel alinéa libellé comme suit : « Constatant que les États Membres concernés de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont engagés à collaborer en vue d'éradiquer le kala-azar dans la Région d'ici 2015 ». Le délégué du Canada a proposé de regrouper les paragraphes 4.5) et 4.11) en un nouveau paragraphe 4.5) libellé comme suit : « de promouvoir la recherche sur la lutte contre la leishmaniose, notamment pour mettre au point des vaccins, des outils diagnostiques et des médicaments moins toxiques qui soient à la fois sûrs, efficaces et financièrement abordables, et la diffusion des résultats de cette recherche, en particulier par l'intermédiaire du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ». Le délégué de la Thaïlande a suggéré pour le paragraphe 1.6 bis) la nouvelle formulation suivante : « à améliorer la connaissance de la leishmaniose et des moyens de la prévenir au sein des populations rurales, ainsi que de la situation socio-économique des populations rurales ».

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

Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication :
Point 12.4 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R1, et A60/11) (suite de la troisième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur une révision du projet de résolution sur la poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication, qui tient compte des amendements à la résolution EB120.R1 proposés par la Grèce, l'Inde, le Japon et la Thaïlande et qui est libellée comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;²

Rappelant que, dans la résolution WHA59.1, les États Membres où la poliomyélite est endémique sont instamment invités à donner suite à leur engagement d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage ;

Reconnaissant que le poliovirus ne sévit plus à l'état endémique que dans des zones géographiquement délimitées de quatre pays ;

Reconnaissant la nécessité d'un consensus international sur les politiques à long terme pour réduire au maximum et gérer les risques d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication ;

Reconnaissant que les voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule encore peuvent constituer un risque de propagation internationale du virus ;

Notant que le maintien d'une couverture vaccinale systématique élevée dans les pays exempts de poliomyélite contribue à diminuer le risque de flambées dues à des poliovirus sauvages et réduit au maximum le risque de flambées dues à des poliovirus dérivés de souches vaccinales ; [Japon]

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 WHA60.13.

² Document A60/11.

Notant que la planification en vue d'un tel consensus international doit commencer dans un proche avenir ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres où la poliomyélite reste présente **dans certaines zones géographiques, [Inde]** en particulier les quatre pays où la poliomyélite est endémique :

1) à mettre en place des dispositifs afin de renforcer l'engagement politique en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite à tous les niveaux et d'associer les dirigeants locaux et les membres des dernières populations touchées par la poliomyélite à leur action dans le but d'assurer l'acceptation complète des campagnes de vaccination antipoliomyélitiques et la pleine participation à ces campagnes ;

2) à intensifier les activités d'éradication de la poliomyélite afin d'interrompre rapidement la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;

2. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

~~1) à se protéger contre l'importation et la propagation internationale des poliovirus sauvages en examinant et, au besoin, en mettant à jour leur politique nationale pour recommander la vaccination complète contre la poliomyélite des voyageurs à destination de zones où le poliovirus circule ; [Inde]~~

~~2) à réviser la politique et la législation nationales sur la vaccination des voyageurs en provenance de pays où le poliovirus circule, conformément aux recommandations temporaires ou permanentes qui pourraient être formulées en vertu du Règlement sanitaire international (2005) une fois qu'il sera entré en vigueur ; [Inde]~~

1) à examiner et, le cas échéant, à réactualiser les recommandations nationales sur la vaccination antipoliomyélitique afin de réduire le risque de propagation internationale ; [Inde]

~~3)2) à réduire les conséquences potentielles de l'importation de la propagation internationale [Inde]~~ du poliovirus sauvage en obtenant et en maintenant une couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique supérieure à 90 % et, le cas échéant, en menant des activités de vaccination supplémentaires, **sous forme de campagnes supplémentaires en étroite collaboration avec les médias et le grand public ; [Grèce]**

~~4)3) à renforcer la surveillance active de la paralysie flasque aiguë afin de détecter rapidement tout poliovirus sauvage circulant et se préparer à la certification de l'éradication de la poliomyélite ;~~

~~5)4) à se préparer au confinement biologique à long terme des poliovirus par l'application des mesures énoncées dans le cadre des phases 1 et 2 de l'édition actuelle du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire ;¹~~

3. PRIE le Directeur général :

1) de continuer à fournir un appui technique aux derniers États Membres où la poliomyélite reste présente dans le cadre de leurs efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage ainsi qu'aux États Membres exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus ;

2) de contribuer à la mobilisation de ressources financières pour éradiquer la poliomyélite dans les dernières zones où le poliovirus circule, pour fournir un appui aux pays actuellement exempts de poliomyélite qui sont exposés à un risque élevé d'importation du poliovirus, et pour réduire au maximum les risques de réémergence de la maladie après son éradication ;

3) de continuer à collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies sur les questions de sécurité, par des dispositifs comme l'instauration de « journées

¹ Document WHO/V&B/03.11 (deuxième édition).

de tranquillité » dans les zones où un meilleur accès aux enfants s'impose pour que tous puissent être vaccinés ;

4) **de continuer à examiner et à diffuser les mesures que les États Membres peuvent prendre pour réduire le risque et les conséquences de la propagation internationale de poliovirus en y incluant, si et quand c'est nécessaire, l'étude de recommandations provisoires ou [Inde] d'entamer la procédure en vue de l'élaboration éventuelle d'une recommandation permanente, en vertu du Règlement sanitaire international (2005), sur la vaccination antipoliomyélitique des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule [Inde] ; et, si de telles recommandations sont faites, de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les aspects financiers et opérationnels découlant de leur mise en œuvre, ainsi que sur les enseignements à en tirer ; [Thaïlande]**

5) de soumettre des propositions à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé afin de réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication, en parvenant à un consensus international sur l'utilisation à long terme des vaccins antipoliomyélitiques et sur le confinement biologique des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

Le PRÉSIDENT dit qu'en l'absence de toute objection, il considère que la Commission appuie le projet de résolution.

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

Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme : Point 12.6 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R3, et A60/13) (suite de la sixième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur une révision du projet de résolution sur la tuberculose : progrès et planification à long terme, qui tient compte des amendements à la résolution EB120.R3 proposés par l'Allemagne, l'Éthiopie, le Japon, le Kenya, le Koweït, la Micronésie (États fédérés de), les Pays-Bas, le Swaziland et la Thaïlande, et qui est libellée comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme ;²

Notant les progrès accomplis depuis 1991 dans la réalisation des cibles internationales fixées à 2005 et, plus récemment, depuis la création du partenariat Halte à la tuberculose en application de la résolution WHA51.13 ;

Consciente qu'il faut faire fond sur ces progrès et surmonter les obstacles pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 par le partenariat Halte à la tuberculose – dans la perspective de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire « D'ici à 2015, avoir maîtrisé ... d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » –, à savoir diminuer de moitié d'ici à 2015 la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie par rapport aux taux de 1990 ;

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 WHA60.14.

² Document A60/13.

Notant que la stratégie Halte à la tuberculose est conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte antituberculeuses qui inclut la stratégie de lutte contre la tuberculose convenue au plan international (stratégie DOTS), amplifie les activités de lutte antituberculeuse et en élargit le champ ;

Accueillant favorablement le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du partenariat, dans lequel sont exposées les activités à entreprendre pour appliquer la stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 ;

Consciente qu'il faut élargir, amplifier et accélérer les recherches indispensables pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique d'importance mondiale d'ici à 2050 ;

Craignant que des retards dans l'application du plan mondial ne se traduisent par une augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès, y compris ceux dus à la tuberculose multirésistante (et ultrarésistante) et à l'impact du VIH, et ne retardent par conséquent la réalisation, d'ici à 2015, des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse et de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant l'importance de la situation et les tendances de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui dressent des obstacles à la réalisation des objectifs du plan mondial d'ici à 2015, ainsi que la nécessité d'accroître le nombre des États Membres participant au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux et de trouver les ressources supplémentaires requises pour accomplir cette tâche ; [Thaïlande]

Rappelant que, dans la résolution WHA58.14, les États Membres sont encouragés à s'acquitter de l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres, et prenant note à cet égard de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de la volonté de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ; [Allemagne]

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

1) à établir et appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme conformes au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, dans le cadre de plans généraux de développement sanitaire, en collaboration avec d'autres programmes (y compris les programmes de lutte contre le VIH/sida, de santé de l'enfant et de renforcement des systèmes de santé) et par le biais des partenariats nationaux Halte à la tuberculose, le cas échéant, dans le but :

a) de progresser plus vite vers les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 en appliquant intégralement et rapidement la stratégie Halte à la tuberculose **et en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques [Pays-Bas]** ;

b) d'améliorer plus rapidement les systèmes d'information sanitaire, **que ce soit en général ou pour la tuberculose en particulier, [Japon]** afin d'aider à l'évaluation des résultats des programmes nationaux ;

c) **de veiller à une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS par les programmes de lutte antituberculeuse, première et principale mesure pour l'application complète de la stratégie Halte à la tuberculose ; [Japon]**

- d) ~~de limiter~~ **d'endiguer [Micronésie (États fédérés de)]** l'émergence et la transmission de la tuberculose multirésistante, et notamment de la tuberculose ultrarésistante, **en assurant une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS et en veillant à [Japon]** une application rapide des mesures de précaution pour endiguer l'infection ;
- d bis)** s'ils sont touchés, de s'attaquer immédiatement aux problèmes de la tuberculose ultrarésistante **et de la tuberculose liée au VIH [Éthiopie]** dans le cadre de la stratégie générale Halte à la tuberculose, en tant que principales priorités sanitaires ; **[Éthiopie]**
- e) de renforcer les capacités de laboratoire afin de soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, **là où des ressources sont disponibles, [Thaïlande]** et de promouvoir l'accès à un examen microscopique des frottis de qualité assurée ;
- f) d'élargir l'accès aux médicaments de deuxième intention dont la qualité est garantie et le prix abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose ;
- g) **d'accélérer les interventions concertées contre l'infection à VIH et la tuberculose ; [Kenya]**
- h) **d'associer pleinement le secteur privé aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse ; [Swaziland]**
- 2) à utiliser tous les mécanismes de financement possible pour s'acquitter des engagements pris dans la résolution WHA58.14, y compris celui d'assurer un financement intérieur et extérieur durable, comblant ainsi les déficits de financement dégagés dans le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ;
- 3) à déclarer la tuberculose urgence sanitaire, le cas échéant, et à affecter des ressources supplémentaires pour renforcer les activités destinées à interrompre la propagation de la tuberculose ultrarésistante ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de mieux soutenir les États Membres pour développer la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant le potentiel et en améliorant les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, particulièrement la qualité des activités DOTS, et en appliquant des mesures de lutte contre l'infection dans le contexte général du renforcement des systèmes de santé, afin d'atteindre les cibles internationales fixées à 2015 ;
- 1 bis) de continuer à fournir un appui au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux en y intégrant un plus grand nombre d'États Membres afin d'informer les responsables du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 en déterminant l'ampleur et des tendances de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante ; [Thaïlande]**
- 2) de renforcer de toute urgence l'appui de l'OMS aux pays touchés **par la tuberculose multirésistante et particulièrement [Swaziland]** par la tuberculose ultrarésistante, **notamment en relation avec le VIH [Éthiopie]** ;
- 3) de faire en sorte que l'OMS assure davantage la direction des activités au sein du partenariat Halte à la tuberculose dans la coordination des efforts déployés pour mettre en œuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, et d'obtenir un engagement à long terme qui garantisse le financement durable du plan mondial moyennant des mécanismes améliorés visant à accroître le financement ;
- 4) de renforcer les mécanismes permettant d'examiner et de suivre les estimations de l'impact des activités de lutte sur la charge que fait peser la tuberculose, y compris l'incidence, la prévalence et la mortalité, **en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques [Pays-Bas]** ;

- 5) de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils développent les capacités de laboratoire pour soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, **d'élaborer des directives consensuelles sur les tests rapides de pharmacosensibilité et des mesures appropriées pour le renforcement des laboratoires, et de mobiliser les fonds correspondants [Thaïlande]** ;
- 6) d'accroître le rôle de l'OMS dans la recherche sur la tuberculose pour promouvoir la recherche appliquée nécessaire pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et la recherche fondamentale nécessaire pour éliminer la tuberculose d'ici à 2050 ; et de mieux soutenir au niveau mondial les branches de la recherche sur la tuberculose qui sont actuellement insuffisamment financées, **notamment en encourageant la recherche-développement de nouveaux antituberculeux et la recherche sur l'effet de la nutrition sur la tuberculose et l'interaction entre les deux phénomènes [Koweït]** ;
- 7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur :
 - a) la mise en œuvre du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, y compris la mobilisation de ressources intérieures et extérieures pour sa mise en œuvre ;
 - b) les progrès accomplis dans la réalisation des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015, en se fondant sur la « proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) » (indicateur 24 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer les résultats des programmes nationaux, et sur le taux d'incidence, « le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie » (indicateur 23 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer l'impact de l'action menée sur l'épidémie de tuberculose.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) dit que l'amendement proposé par sa délégation au paragraphe 2.6) gagnerait en clarté si les termes « ainsi que de nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins » étaient insérés entre guillemets après « nouveaux antituberculeux ».

Le Dr MESSELE (Éthiopie) dit que le paragraphe 2.2) ne reflète pas exactement l'amendement proposé par l'Éthiopie et doit être révisé de manière que la dernière phrase soit libellée comme suit : « et aux pays gravement touchés par la tuberculose liée au VIH ».

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) propose que le dernier alinéa du préambule se termine après les mots « États Membres », car si l'on inclut une liste d'initiatives, celle-ci risque de ne pas être complète. En ce qui concerne l'adjonction proposée par la Thaïlande, « là où des ressources sont disponibles », au paragraphe 1.1)e), ces mots pourraient être insérés dans tous les paragraphes de toute résolution appelant les États Membres à prendre des mesures. Cela irait bien évidemment à l'encontre du but recherché, et l'on peut se demander si la Thaïlande a des raisons particulières d'utiliser cette expression à propos du renforcement des moyens de laboratoire.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) dit que l'idéal serait que toute personne ayant une tuberculose à culture positive subisse un test de pharmacosensibilité, à condition que les pays puissent supporter le coût de ce service.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) estime qu'une telle restriction pourrait avoir pour conséquence différents niveaux d'accès aux tests de culture, limitant ainsi la portée initialement prévue dudit paragraphe.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) dit que la proposition des États-Unis tendant à omettre toute référence à des initiatives particulières lui paraît contestable. De telles initiatives ont été énumérées dans d'autres résolutions.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) estime que la formulation de la proposition du délégué de la Thaïlande au paragraphe 2.5) n'est guère appropriée et il se demande s'il n'y a pas de différences entre les textes français et anglais.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) rappelle que le délégué du Koweït a proposé d'introduire dans le paragraphe 2.6) les termes « (ainsi que de nouveaux moyens de dépistage, de nouveaux médicaments et vaccins) ». Le délégué de l'Éthiopie a proposé d'ajouter la mention « et aux pays gravement touchés par la tuberculose liée au VIH » à la fin du paragraphe 2.2). Le Secrétariat vérifiera que la version française du paragraphe 2.5) est bien conforme aux textes des autres langues. En ce qui concerne la proposition des États-Unis, M. Aitken prend acte des réserves exprimées par le Brésil au sujet de l'omission de la référence à diverses initiatives.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) note que le délégué du Brésil faisait allusion au projet de résolution sur la lutte contre le paludisme qui mentionnait diverses initiatives. Aucun accord n'a toutefois été conclu sur cette résolution. Il propose donc de laisser cette question en suspens, jusqu'à ce qu'une décision soit prise au sujet du projet de résolution sur la lutte contre le paludisme.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) appuie cette suggestion.

Le Dr NAKATANI (Sous-Directeur général) estime que, d'un point de vue technique, la proposition du Koweït au paragraphe 2.6) pourrait être mieux formulée comme suit : « nouveaux outils diagnostiques, médicaments et vaccins ».

Le PRÉSIDENT propose que, conformément à la proposition du délégué des États-Unis appuyée par le Brésil, la Commission revienne sur cette résolution à un stade ultérieur.

Il en est ainsi décidé.

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

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale : Point 12.8 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R17, et A60/15)

Le Dr LARSEN (Norvège) rappelle que la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé avait considéré la commercialisation auprès des enfants comme un des points importants de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Les régimes alimentaires riches en énergie, en graisses saturées, en sucres libres et en sel et pauvres en certains nutriments exposent les enfants à un risque de surpoids, d'obésité et de maladies liées à l'alimentation comme le diabète. La commercialisation d'aliments et de boissons destinés aux enfants est intensive, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Plusieurs études scientifiques récentes ont soulevé cette question, de même que le Forum et réunion technique de l'OMS sur la promotion des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants (Oslo, 2-5 mai 2006) qui a recommandé que l'OMS

impulse l'élaboration d'un code international. Il convient donc d'insérer, au paragraphe 2.6) du projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R17, les mots « y compris par l'élaboration d'un code de commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants » entre « commercialisation responsable » et « pour réduire ».

Mme REITENBACH (Allemagne), parlant au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, dit que les pays candidats à l'adhésion, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, et les pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine, Monténégro et Serbie, ainsi que l'Islande, membre de la zone européenne de libre-échange et de l'espace économique européen, la République de Moldova et l'Ukraine adhèrent à sa déclaration. Elle note avec satisfaction que la lutte contre les maladies non transmissibles représente une priorité pour l'OMS. Le projet de plan d'action que mentionne le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R17, fixant des priorités claires ainsi que les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance, favorisera l'exécution de la stratégie mondiale. À la cent vingtième session du Conseil exécutif, en janvier 2007, le membre portugais parlant au nom de l'Union européenne avait proposé de soumettre un schéma du plan d'action à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé pour qu'il serve de base à un débat et à l'élaboration d'un plan complet.¹ Le schéma contenu dans l'annexe au document A60/15 aurait dû inclure des propositions plus précises et suggérer notamment des options pour les principaux domaines devant faire l'objet d'une attention particulière. Il faudrait présenter l'an prochain un plan solide indiquant les moyens de traiter les principaux facteurs de risque et déterminants sanitaires des maladies non transmissibles. Ce plan devra aussi donner des indications sur la manière d'optimiser les systèmes nationaux de santé et la collaboration multisectorielle, en mettant particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires pour faire face aux problèmes posés par l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles.

Le Dr HAO Yang (Chine) note que les maladies chroniques et la pauvreté sont inextricablement liées à l'intérieur d'un cercle vicieux et ont un lourd impact économique dans de nombreux pays. La surveillance, la prévention et la prise en charge dans les pays les plus touchés nécessitent encore beaucoup d'efforts, surtout dans le cas des populations à haut risque. Bien des pays en développement doivent eux-mêmes faire face à la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles, et l'insuffisance de leurs ressources budgétaires les oblige à donner la priorité à la lutte contre les maladies infectieuses. Au cours de ces dernières années, la Chine a accru l'importance accordée à la lutte contre les maladies non transmissibles et cette action va se poursuivre pendant la période 2008-2013.

Le Dr GEORGE (Barbade) dit que, dans les Caraïbes, les maladies chroniques non transmissibles provoquent plus de décès que le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses réunis. Le diabète, l'hypertension, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires font peser une lourde charge sur les services de santé et ont de graves répercussions socio-économiques. Le Sommet des chefs de gouvernement de la Communauté des Caraïbes sur les maladies chroniques, qui doit se tenir à la Trinité-et-Tobago en septembre 2007, portera sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire et son incidence en matière de développement économique ainsi que sur l'engagement croissant de la Région à faire face aux problèmes de santé publique posés par les maladies non transmissibles. Les pays des Caraïbes favorisent déjà l'étiquetage des aliments et insistent pour que les aliments importés soient conformes aux normes les plus élevées afin de réglementer la consommation d'acides gras trans, de sucres et de sel, mais ils estiment qu'il incombe à l'OMS de soutenir les petits États insulaires pauvres que les règlements commerciaux actuels rendent vulnérables.

¹ Document EB119/2006-EB120/2007/REC/2, procès-verbal de la quatrième séance de la cent-vingtième session.

Les pays de la Communauté des Caraïbes ont signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et nombreux sont ceux qui interdisent l'usage du tabac dans les lieux publics. La Barbade et les autres membres de la Communauté des Caraïbes appuient le projet de résolution.

Le Professeur TLOU (Botswana) dit qu'au Botswana, l'augmentation du nombre de cas signalés de maladies transmissibles impose une charge supplémentaire à des systèmes de santé déjà débordés. On y a déjà mis en place un programme de lutte contre les maladies non transmissibles et un registre du cancer et l'on s'efforce maintenant d'intégrer la surveillance des maladies non transmissibles dans un programme permanent de surveillance et de lutte. Le Ministère de la Santé, en collaboration avec les parties prenantes appropriées, met en œuvre l'approche graduée (STEPwise) de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques. Un plan multisectoriel sera aligné sur la stratégie mondiale.

La collecte de données sur la charge morbide de référence et la pénurie de personnel qualifié posent encore des problèmes, et le Professeur Tlou lance un appel à l'OMS et aux autres partenaires pour qu'ils apportent une assistance technique dans ces domaines. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr AYDINLI (Turquie) constate que si de nombreux pays ont des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, le financement reste faible. Sur le plan national, la question des maladies chroniques non transmissibles sera incorporée dans le plan stratégique. Des groupes de travail étudieront les facteurs de risque de ces maladies avec l'aide de plusieurs organisations non gouvernementales. La Turquie a accueilli la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, 15-17 novembre 2006) au cours de laquelle a été signée une charte européenne d'une importance fondamentale sur la lutte contre l'obésité.

Le Professeur MWAKYUSA (République-Unie de Tanzanie) dit qu'au vu des résultats du projet tanzanien sur la morbidité et la mortalité des adultes, lancé au début des années 1980, la mortalité due au diabète est comparable aux taux enregistrés à Maurice et aux États-Unis d'Amérique. Le coût annuel moyen du traitement des diabétiques est estimé à US \$4 millions, soit une dépense exorbitante pour un pays pauvre. C'est pourquoi on a incorporé la lutte contre les maladies non transmissibles dans des plans sanitaires, mis en place un point focal pour les maladies non transmissibles et formulé des directives nationales. En outre, on a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, promulgué une loi réglementant l'usage du tabac et mis en place des institutions spécialisées pour le cancer, la nutrition et le diabète.

Le Professeur Mwakyusa remercie l'OMS et les autres partenaires du développement de leur soutien, et il invite instamment les États Membres à adapter leurs budgets de la lutte contre les maladies non transmissibles à l'ampleur de la charge morbide correspondante. Il appuie le projet de résolution.

M. CHAOUKI (Maroc), parlant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que les maladies non transmissibles représentent 52 % de la charge morbide de la Région et que ce chiffre devrait augmenter de 60 % d'ici à 2020. La plupart des pathologies sont liées au mode de vie et à la situation socio-économique, et les facteurs de risque classiques pourraient être responsables de 75 % des affections chroniques.

Les pays de la Méditerranée orientale poursuivent les objectifs énoncés dans le projet de résolution en formulant des stratégies au niveau régional. Ils recommandent d'assurer la prise en charge des maladies chroniques aux niveaux national et mondial, de fixer un objectif mondial pour réduire de 2 % par an au cours des 10 prochaines années les décès dus à des maladies non transmissibles, d'adopter des techniques de sensibilisation pour les mesures préventives et d'investir dans des instruments basés sur des données factuelles pour la prévention et la lutte.

Le Dr SCALLY (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord) approuve l'amendement du délégué de la Norvège et pense aussi que l'OMS pourrait impulser l'élaboration d'un code international de commercialisation des aliments et boissons destinés aux enfants afin de limiter la publicité et la promotion des aliments riches en graisses, en sel et en sucres.

Les nouvelles restrictions volontaires récemment annoncées au Royaume-Uni visent à éviter que les enfants ne soient surexposés dans les médias à une publicité en faveur d'aliments peu sains. Associées à une nouvelle réglementation concernant l'étiquetage sur le devant de l'emballage, ces mesures devraient avoir créé un environnement favorisant le choix de denrées alimentaires saines et la promotion active d'aliments sains pour les enfants. Pour évaluer tout changement survenu dans la nature et l'équilibre de la promotion des denrées alimentaires, on procédera à l'automne 2007 à un examen intermédiaire des nouvelles mesures volontaires et, en 2008, à une analyse plus détaillée en collaboration avec les organismes de réglementation et les partenaires du secteur de l'industrie. On décidera alors si d'autres mesures, législatives par exemple, sont nécessaires.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) dit que, dans son pays, les maladies non transmissibles, et notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer et les infections chroniques de l'appareil respiratoire, commencent à poser un grave problème de santé publique. La première étude pilote sur les maladies chroniques et leurs facteurs de risque a été lancée en 1998. L'Etude de Téhéran sur les lipides et le glucose est un programme communautaire de longue haleine destiné à lutter contre les maladies non transmissibles en réduisant les facteurs de risque et en favorisant un mode de vie sain, ce qui passe par un changement de régime alimentaire, la réduction du tabagisme et la promotion de l'exercice physique. Des évaluations triennales ont eu lieu pour déterminer l'effet de ces changements sur le groupe faisant l'objet de l'intervention comparativement à un groupe témoin. On a ainsi pu constater que l'incidence des maladies non transmissibles dues à des troubles du métabolisme avait considérablement diminué chez le premier groupe.

En outre, deux enquêtes de surveillance à grande échelle menées en 2005 et 2006 ont renseigné sur les principaux facteurs de risque pour permettre de planifier la lutte contre les maladies non transmissibles dans l'ensemble du pays. Ces activités ont été intégrées dans les services de soins de santé primaires, de même que des ateliers nationaux pour le développement du potentiel et la production de ressources.

L'Iran accroît son engagement politique et financier, développe la collaboration ainsi que la participation communautaire et favorise les partenariats avec le secteur privé. Le Dr Sadrizadeh appuie le projet de résolution.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar), parlant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, rappelle que l'Assemblée de la Santé a considéré les maladies non transmissibles comme un obstacle majeur au développement, notamment en Afrique. De nombreuses résolutions soulignent la nécessité d'une action préventive mondiale, et l'Organisation devrait jouer un rôle de chef de file à cet égard en faisant appliquer des stratégies qui favorisent une alimentation et des modes de vie sains, ainsi que la prévention du cancer. Quelque 80 % des décès dus à des maladies non transmissibles surviennent dans des pays en développement et l'Afrique enregistre les taux de morbidité les plus élevés. Une alimentation saine, l'exercice physique et la limitation de la consommation d'alcool permettraient d'éviter 80 % des maladies cardio-vasculaires, 80 % des diabètes et 40 % des cancers. Les actes de violence, les traumatismes et les incapacités ont aussi considérablement augmenté en Afrique en 2004-2005, un grand nombre de décès étant dus aux accidents de la circulation dont les effets s'ajoutent à ceux de la pharmacodépendance et des maladies mentales.

De nombreux États Membres ont réagi en créant des départements spécialisés et en instaurant des politiques pour le traitement des maladies non transmissibles. Vingt-sept pays africains ont commencé à mettre en place des systèmes de surveillance basés sur l'approche STEPwise avec l'appui du Bureau régional de l'Afrique. Parmi les prestations d'assistance technique de l'OMS figurent des ateliers régionaux, diverses initiatives, des échanges, des politiques et des directives. La mise en place

d'outils en ligne comme l'InfoBase mondiale de l'OMS a permis d'accéder aux informations tirées de quelque 11 000 enquêtes.

L'action préventive a porté sur la réduction des facteurs de risque tels qu'une alimentation malsaine, l'usage du tabac, la sédentarité et une consommation excessive d'alcool. L'OMS a aidé à mettre au point des outils techniques pour l'élaboration d'un cadre stratégique applicable à la prévention et au traitement dans les populations à haut risque. L'Afrique doit faire face à des problèmes considérables en luttant à la fois contre les maladies transmissibles et non transmissibles avec des ressources limitées. Il faut inclure les maladies non transmissibles dans les activités des réseaux de surveillance. Sans une vigoureuse action concertée, le problème va devenir ingérable. Les maladies non transmissibles ne sont plus limitées au pays développés mais menacent aussi l'Afrique. Le Dr Solofonirina invite instamment tous les États Membres à appuyer le projet de résolution.

M. KESSLER (Suisse) accueille avec satisfaction le projet de résolution sans aucun amendement. En ce qui concerne la proposition visant à élaborer un code de conduite international de commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, il estime préférable de traiter cette question au niveau national. L'élaboration d'un code international par le Secrétariat prendrait trop de temps au regard des résultats escomptés. Il vaudrait mieux passer ce temps à étudier les expériences en cours pour en tirer des leçons avant de formuler des conclusions. M. Kessler n'est donc pas en mesure d'approuver le projet de résolution mais, dans un esprit de compromis, il accepterait que les États Membres soient saisis de meilleures pratiques et de recommandations pour examen.

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit que les maladies non transmissibles constituent un grave problème sanitaire en termes de décès et d'incapacités ainsi qu'une lourde charge économique pour les services de santé. En 2006, une étude nationale a révélé que plus de 60 % des Irakiens étaient en surpoids ou obèses, que 40 % souffraient d'hypertension et 10 % de diabète, que plus de 30 % avaient un taux de cholestérol élevé et que plus de 20 % fumaient. Il convient de renforcer le traitement intégré des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires en Iraq, et c'est à ce même niveau que doivent se situer le dépistage de l'hypertension et du diabète ainsi que les soins oculaires intégrés destinés à détecter la cataracte et le glaucome. L'élaboration d'un système national de surveillance des maladies non transmissibles et des facteurs de risque qui y contribuent serait recommandée. La promotion de modes de vie sains doit être accrue et il faudrait définir des orientations nationales. En outre, on doit renforcer les activités de lutte antitabac et améliorer les transferts et la rétroinformation entre les différents niveaux de soins. Le Dr Huwail approuve le projet de résolution.

Le Dr UGRID MILINTANGKUL (Thaïlande) apprécie le projet de résolution dans la mesure où il élargit les stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles. La Thaïlande a déjà instauré un mécanisme de financement qui tire ses revenus d'un droit de 2 % sur les taxes de l'alcool et du tabac, lequel est transféré à la Fondation pour la Promotion de la Santé dont les principaux objectifs sont la réduction des risques et la promotion d'activités saines. C'est ainsi qu'une récente campagne encourageait les enfants à réduire leur consommation de sucre. Par ailleurs, la Thaïlande a adopté une politique visant à limiter la commercialisation des substances chimiques utilisées dans les produits agricoles.

Pour réduire les taux de mortalité dus aux maladies non transmissibles, il faudrait amplifier le processus d'enregistrement des décès de manière à garantir une notification complète et fiable. Dès lors, le treizième alinéa du préambule commençant par les mots « Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent » devrait souligner qu'il importe de limiter les activités de commercialisation et de mettre à la disposition des consommateurs des informations claires, précises et pertinentes. Au paragraphe 1.5), il faudrait aussi mentionner l'usage nocif de l'alcool et pas seulement celui du tabac, tandis qu'au deuxième alinéa du préambule, il conviendrait d'insérer après la référence à la résolution WHA53.17 une mention de la résolution WHA54.18 sur la transparence dans le processus de lutte antitabac.

M. DANKOKO (Sénégal) constate que les maladies non transmissibles sévissent de plus en plus au Sénégal où elles sont une cause d'incapacités, de pauvreté et de mortalité et où elles menacent l'économie et le bien-être de la population. Pour lutter contre des maladies non transmissibles spécifiques, on a mis en place des points focaux dotés chacun d'un comité pluridisciplinaire chargé de concevoir un programme de lutte. Il est prévu de mettre en place des centres assurant des soins spécialisés, y compris pour le cancer et les maladies rénales, et un centre de lutte contre le diabète existe déjà. Ces mesures rapprocheront les soins de la population et réduiront les coûts des traitements qui sont inabornables pour la plupart des foyers. M. Dankoko souligne l'importance de la prévention qui est intégrée dans tous les programmes sénégalais de lutte contre la maladie. Il appuie le projet de résolution.

Le Professeur KEVAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) dit que son pays n'observe les effets des maladies non transmissibles que depuis quelques années, mais celles-ci ont déjà provoqué le décès de nombreuses personnes à la fleur de l'âge. La Papouasie-Nouvelle-Guinée occupe le deuxième rang des pays des Iles du Pacifique pour la prévalence du diabète, tandis que les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension et la dyslipidémie sont en augmentation. Le pays n'a qu'un médecin pour 15 000 habitants et la prévalence de maladies infectieuses telles que la tuberculose et le VIH/sida y est élevée. L'émergence des maladies non transmissibles pose donc un grave problème de santé publique, d'autant plus que l'on manque de laboratoires et de traitements pour les soins aigus.

Il convient de se féliciter des initiatives de l'OMS visant à attirer l'attention sur les maladies non transmissibles et de ses efforts pour promouvoir une sensibilisation basée sur des données factuelles, élaborer des outils de surveillance, concevoir des méthodes de prévention axées sur la population et formuler des directives pour la prévention de ces maladies et la prise en charge des populations à risque. Tout aussi louable est la façon dont l'Organisation a su identifier les problèmes dans son programme général de travail et son projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le Professeur Kevau appuie le projet de résolution.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) approuve les propositions contenues dans la résolution EB120.R17, notamment celles concernant un investissement accru dans les activités de prévention et de lutte. Les mesures proposées sont hautement pertinentes, compte tenu de la grave menace que font peser les maladies non transmissibles. Les efforts doivent porter sur la surveillance des maladies et de leurs facteurs de risque, l'éducation, l'élaboration de politiques d'orientation et le soutien de la promotion sanitaire et, enfin, les activités de prévention et de lutte. M. Gaudêncio appuie l'amendement proposé par le délégué de la Norvège.

Le Dr SUGIURA (Japon) appuie le projet de résolution mais note que les paragraphes 1.6) et 1.8) mettent tous les deux l'accent sur la relation entre les maladies non transmissibles et les soins de santé primaires. Pour éviter les doublons, il propose de les regrouper en y apportant les modifications requises. Etant donné que les médicaments ne sont pas la seule mesure permettant de prévenir et combattre les maladies non transmissibles, il conviendrait de modifier comme suit le paragraphe 1.10) : « à accroître l'accès à des soins de santé adaptés, y compris à des médicaments, pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ». Au paragraphe 2.6), on devrait insérer les mots « et de bonnes habitudes alimentaires » après « d'encourager une alimentation saine ».

Le Dr DUQUE III (Philippines) approuve sans réserve le projet de résolution et réitère l'engagement de son Gouvernement à prévenir et combattre les maladies non transmissibles par une maîtrise intégrée des risques, la promotion de modes de vie sains et la modification des comportements, la période 2005-2015 ayant été proclamée décennie des modes de vie sains aux Philippines. Il recommande de modifier le paragraphe 1.2) en incluant « et des coalitions locales » après « un mécanisme national de coordination » et d'insérer « de qualité et peu coûteux » après « médicaments » au paragraphe 1.10).

En outre, il préconise l'adoption d'un traité semblable à la Convention-cadre pour la lutte antitabac en vue de lutter contre la consommation d'aliments et de boissons malsains, et propose de faciliter l'accès aux aliments sains, de promouvoir une alimentation saine et de favoriser une commercialisation responsable pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel.

Le Dr GOPEE (Maurice) appuie le projet de résolution, notamment la demande qui est faite au Directeur général d'élaborer un plan d'action pour soumission à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Les maladies non transmissibles posent un sérieux problème à Maurice où elles sont responsables de plus de 80 % des décès, et le diabète y est particulièrement préoccupant. Maurice occupe le troisième rang des pays où le diabète est le plus répandu : un adulte de plus de 30 ans sur 5 et un de plus de 50 ans sur 2 en sont atteints. On a élaboré un cadre national de référence pour les services en vue d'améliorer la prévention et le traitement du diabète aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire ainsi que trois plans d'action nationaux pour la lutte antitabac, la nutrition et la lutte contre le cancer, et un plan d'action destiné à favoriser l'exercice physique est sur le point d'être achevé. Maurice propose le dépistage des maladies non transmissibles sur le lieu de travail et dans les établissements d'enseignement. Le Dr Gopee engage vivement l'OMS et les autres partenaires internationaux à continuer de soutenir Maurice, petit État insulaire en développement vulnérable et à l'économie fragile.

Le Dr PANTELEEVA (Fédération de Russie) prend acte des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Son pays s'attache à atteindre les cibles mondiales de la stratégie et doit encore accentuer ses efforts en utilisant les résultats de la recherche et les nouvelles technologies et en maintenant un équilibre entre la prévention et des formes améliorées de diagnostic et de traitement. En application de l'accord de collaboration biennal passé avec le Bureau régional de l'Europe pour 2006-2007, la Russie élabore une stratégie nationale de la lutte contre les maladies non transmissibles basée sur la documentation existante et de nombreuses années d'expérience, y compris des initiatives telles que le programme national intégré d'intervention contre les maladies non transmissibles qui s'est déroulé pendant 20 ans. Faute de fonds, les activités de ce dernier ont dû cesser, de même que les travaux entrepris dans le cadre du réseau OMS pour la promotion de la santé dans les pays les plus peuplés.

Le Dr Panteleeva propose d'insérer dans le projet de résolution un nouveau paragraphe ainsi libellé :

« de mettre sur pied des mécanismes qui permettent aux États Membres de coordonner les activités de lutte contre les maladies non transmissibles, de reconnaître en particulier les programmes de maillage mondiaux et régionaux pour la lutte contre ces maladies comme un moyen efficace de coopération et de mise en œuvre de la stratégie mondiale, et de fournir des fonds et un soutien pour l'organisation et la coordination de ces programmes aux niveaux mondial et régional ».

M. SAMO (États fédérés de Micronésie) appuie la stratégie mondiale visant à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles, notamment en s'attaquant à leurs facteurs de risque. La Micronésie a fait de la prise en charge intégrée sa principale stratégie, mais des facteurs de risque comme l'obésité et l'hypertension demeurent répandus. M. Samo appuie le projet de résolution.

M. MSELEKU (Afrique du Sud) appuie l'amendement proposé par le délégué de la Norvège au sujet d'un code international de commercialisation des aliments et des boissons destinés aux enfants. La promotion des produits alimentaires doit être conforme à la vérité et adaptée à l'âge du public cible. L'Afrique du Sud met au point des stratégies pour la promotion de modes de vie sains prévoyant une collaboration avec l'industrie alimentaire pour encourager la production et la commercialisation d'aliments sains.

Le Dr GONZÁLEZ (Cuba) met l'accent sur le lien entre les maladies non transmissibles et le vieillissement de la population. Le combat contre ces maladies doit commencer aux premiers stades de l'existence. L'inculcation d'habitudes saines au cours de l'enfance et de l'adolescence prévient efficacement les maladies non transmissibles à l'âge adulte et permet de vivre longtemps et en bonne santé. Le programme cubain santé et qualité de la vie s'attaque, par des mesures intégrées, à des problèmes tels que les maladies non transmissibles et autres causes de décès, les incapacités et la pénurie de services spécialisés. La prévention des maladies et la promotion sanitaire, notamment dans le cadre des soins de santé primaires, s'inscrivent dans un système de santé intégré qui fait face à la double charge des maladies infectieuses et non transmissibles. Cuba appuie le projet de résolution.

M. ROSALES (Argentine) estime que les maladies non transmissibles doivent continuer d'être traitées en priorité par le Secrétariat et tous les États Membres. En dépit des progrès notés dans le rapport, les ressources allouées à la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles restent insuffisantes et les systèmes de surveillance doivent être améliorés. Il pourrait être extrêmement utile de systématiser les expériences internationales et il y aurait sans doute lieu de compléter le rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé en y ajoutant des recommandations sur des mesures concrètes, leur réalisabilité et leur impact potentiel. On pourrait aussi renforcer le projet de plan d'action en y mettant davantage l'accent sur une intégration régionale. Les interventions doivent se fonder sur les meilleures données factuelles disponibles, sur une systématisation plus poussée des expériences, sur une plus grande accessibilité des outils pour les pays encore aux premiers stades de la lutte contre les maladies transmissibles et sur un usage accru de données factuelles, du rapport coût/efficacité et des résultats de la surveillance lors de l'établissement des priorités et de la prise des décisions.

Le Professeur WYSOCKI (Pologne) juge que les auteurs du rapport ont eu raison de privilégier la sensibilisation fondée sur des données factuelles et la prévention axée sur la population. Les programmes et techniques de promotion sanitaire peuvent aussi réduire la mortalité et la morbidité provoquées par les maladies non transmissibles dans les populations à haut risque. Toutefois, la promotion de la santé n'est pas expressément mentionnée dans le rapport, ni dans le projet de résolution. Le Professeur Wysocki propose donc d'insérer au paragraphe 2.2) les mots « de programmes de promotion de la santé » après « et de surveillance ». Il appuie également l'amendement proposé par le délégué de la Norvège.

Le Dr AL-SAIF (Koweït) dit que, au Koweït, des comités spécialisés ont été créés pour les diverses maladies. Les travaux sur le cancer, le diabète et les maladies liées à l'obésité prennent de l'ampleur, et les comités s'attachent en outre à mieux sensibiliser la population aux dangers associés à certains produits. Ils l'encouragent aussi à faire dépister gratuitement certaines affections dans des dispensaires situés à travers tout le pays. Le Dr Al-Saif appuie le projet de résolution.

M. SOK Yong Guk (République populaire démocratique de Corée) constate qu'avec des taux de mortalité et de morbidité qui devraient atteindre respectivement 60 % et 73 % d'ici 2020, les maladies non transmissibles posent un sérieux problème, notamment dans les pays en développement. L'approche STEPwise OMS de la surveillance, associée à la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et à la stratégie de la Région de l'Asie du Sud-Est pour la lutte contre les maladies non transmissibles, est un puissant instrument. Identifier et combattre les facteurs de risque communs aux maladies non transmissibles les plus répandues sont le moyen le plus efficace de s'attaquer au problème. La République populaire démocratique de Corée a mené à bien plusieurs activités de prévention et de lutte et introduit l'approche STEPwise en utilisant les résultats des enquêtes pour formuler des politiques de santé publique. Il importe d'adapter l'approche STEPwise à la situation de chaque pays, puis de collecter et d'utiliser l'information qui peut en être tirée.

M. MENESES (Mexique) appelle l'attention sur la forte prévalence de l'obésité et du diabète sucré chez les adultes ainsi que sur la prévalence croissante du surpoids chez les enfants âgés de moins de cinq ans dans le monde. Il propose d'insérer, au paragraphe 1 du projet de résolution, un nouvel alinéa invitant instamment les États Membres à incorporer dans leurs programmes nationaux de santé des stratégies d'intervention conçues pour réduire l'incidence de l'obésité chez les enfants et les adultes ainsi que pour prévenir et combattre le diabète sucré. Il propose en outre, au paragraphe 2, un nouvel alinéa priant le Directeur général de promouvoir un dialogue entre les États Membres en vue d'élaborer une stratégie mondiale de lutte contre l'obésité et le diabète sucré.

Mme TOELUPE (Samoa) dit que le Samoa, l'un des nombreux pays à recevoir une assistance de l'OMS et des partenaires du développement pour lutter contre les maladies non transmissibles, a pris l'engagement politique de soutenir les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie, compte tenu notamment des résultats inquiétants d'une enquête menée au moyen de l'approche STEPwise.

Elle est persuadée qu'avec l'aide du Bureau régional du Pacifique occidental et d'autres partenaires, on appliquera avec une plus grande rigueur les stratégies mondiale et régionales, y compris pour la promotion et la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Les réformes sanitaires ont incité divers groupes sectoriels à s'engager plus fermement à appliquer la stratégie nationale de lutte contre les maladies non transmissibles. Mme Toelupe appuie le projet de résolution, tout en reconnaissant avec le délégué de la Pologne qu'il y a lieu de mettre l'accent sur la promotion de la santé.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) note que selon diverses études conduites au Bangladesh, les maladies non transmissibles y sont la cause de 30 % des admissions hospitalières. Le Bangladesh fait face à la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. Certains facteurs lui sont particuliers, comme la forte proportion de glucides dans l'alimentation et la consommation de tabac sans fumée (cette dernière est récemment devenue passible de sanctions pénales). Aucune mesure prise isolément ne suffirait à prévenir les maladies non transmissibles. L'absence, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, d'installations parfaitement équipées pour le traitement des maladies non transmissibles rend les mesures préventives particulièrement importantes. Le plan d'action du Bangladesh pour la surveillance et la prévention, qui tient compte de l'alimentation et de l'exercice physique, devra être fortement soutenu.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), appuyant le projet de résolution tel qu'il a été modifié par le délégué de la Pologne pour mettre l'accent sur la promotion de la santé, dit que l'épidémie mondiale de maladies non transmissibles touche tous les groupes de population mais plus particulièrement les déshérités et les minorités vulnérables, aggravant ainsi les inégalités. Il convient de combattre les répercussions de plus en plus fâcheuses de ces maladies sur le développement et d'accentuer les efforts en cours, notamment en appliquant intégralement la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et en appuyant la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

Pour s'attaquer aux maladies non transmissibles, essentiellement dues au mode de vie, il importe d'adopter des approches intersectorielles. Le Portugal fait appel à cette fin à des « politiques de la santé pour tous », conformément à l'un des trois piliers de la future stratégie sanitaire de l'Union européenne. S'inspirant des conclusions de la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité (Istanbul, Turquie, 15-17 novembre 2006), le Ministre de la Santé a instauré un programme de lutte contre l'obésité basé sur un partenariat public-privé. On espère que ce programme donnera des résultats significatifs.

Mme PANTAZOPOULOU (Grèce) observe que la mondialisation a modifié les modes de vie et augmenté ainsi la prévalence de quelques maladies non transmissibles au point que l'on peut désormais les considérer comme des maladies transmissibles. En Europe, les maladies non

transmissibles représentent 77 % de la charge morbide en termes d'années de vie corrigées de l'incapacité. Outre les affections communément citées, il convient d'y inclure les troubles musculo-squelettiques.

S'agissant du projet de résolution, Mme Pantazopoulou propose d'ajouter au préambule un nouvel alinéa final ainsi libellé : « Consciente de la lourde charge sociale et économique que représentent les troubles musculo-squelettiques, surtout parmi les travailleurs et les personnes âgées ». Elle suggère en outre que les mots « à renforcer la capacité de prévention des système de santé et » soient insérés au début du paragraphe 1.6).

Le Dr YEARWOOD (Trinité-et-Tobago) mentionne les taux élevés de morbidité et de mortalité que provoquent, dans son pays, les maladies non transmissibles, et notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, l'hypertension et les maladies cérébrovasculaires. Parmi les mesures prises pour s'attaquer au problème figurent un plan de promotion de la santé favorisant l'adoption de modes de vie sains ; une politique nationale de lutte contre les maladies chroniques basée sur une prise en charge intégrée, la promotion de la santé, des guides et protocoles normalisés, une responsabilisation accrue des communautés et une collaboration intersectorielle ; un programme d'assistance pour les maladies chroniques axé sur la lutte contre le diabète et l'hypertension qui fournit gratuitement des médicaments aux malades ; et, enfin, un programme national d'oncologie qui vise à réduire le nombre de décès dus au cancer et à améliorer la qualité de vie des patients. Le Centre national d'Oncologie servira de point focal pour le traitement du cancer dans la région des Caraïbes ; en outre, un projet de loi antitabac est actuellement examiné par une commission législative et les taxes sur les produits du tabac ont déjà fait l'objet d'une augmentation.

L'action entreprise contre les maladies non transmissibles est fortement soutenue au plus haut niveau. En septembre 2006, une consultation nationale s'est tenue sous l'égide du Premier Ministre et s'est transformée ensuite en une conférence régionale de chefs de gouvernement. Le Dr Yearwood appuie le projet de résolution.

Le Dr GARGOURI (Jordanie) dit que la Jordanie observe une évolution du tableau de la morbidité : tandis que les maladies transmissibles ont pu être stabilisées, le nombre de patients présentant des pathologies chroniques augmente. Les études montrent que les facteurs de risque, notamment le tabagisme, sont en expansion, tout comme l'incidence du diabète. Des politiques antitabac sont en cours d'exécution et l'on encourage les gens à faire de l'exercice. Des crédits du budget ordinaire du Ministère de la Santé ont été affectés à la lutte contre les maladies non transmissibles. Notant que tous les pays subissent une hausse des taux de maladies non transmissibles, le Dr Gargouri souligne qu'il importe de remédier à cette situation.

Le Dr SHRESTHA (Népal) dit qu'au Népal, les maladies non transmissibles, qui provoquent 60 % des décès, sont en augmentation. Une enquête basée sur l'approche STEPwise de l'OMS a été conduite en 2005 dans trois districts : elle a révélé une forte prévalence de facteurs de risque tels que l'usage de l'alcool et du tabac, la sédentarité, une faible consommation de fruits et de légumes, l'obésité et l'hypertension. Une enquête nationale sur les facteurs de risque est en cours. On prévoit d'adopter, à la lumière des résultats de l'enquête, des interventions à assise communautaire intégrées dans le système général de santé. Un point focal pour les maladies non transmissibles a été désigné au sein du Ministère de la Santé, et l'on met la dernière main à des politiques et stratégies nationales. En outre, on élabore une législation antitabac conforme à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui a été ratifiée par le Népal. Le Dr Shrestha appuie le projet de résolution assorti de l'amendement proposé par le délégué du Japon.

M. BENKACI (Algérie) propose de mettre en place, avec l'appui de l'OMS, un système de surveillance informatisé pour les maladies non transmissibles, notamment en normalisant le système d'information correspondant. On pourrait ainsi appliquer des stratégies de lutte efficaces. L'Algérie est

dotée de son propre programme de lutte contre les maladies non transmissibles ainsi que d'autres programmes nationaux pour des pathologies particulières comme le cancer et les pertes de l'audition. Elle a aussi créé des centres dans toutes les régions pour traiter et suivre les patients diabétiques, recueillir des données biologiques, dispenser une éducation en matière de santé et garantir un accès plus rapide à des soins médicaux spécialisés, notamment en ophtalmologie et en cardiologie.

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

La séance est levée à 17 h 30.

NEUVIÈME SÉANCE

Samedi 19 mai 2007, 9 heures

Président : Dr A. BALBISI (Jordanie)

1. DEUXIÈME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A60/56)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), Rapporteur, donne lecture du projet de deuxième rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale : Point 12.8 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R17, et A60/15) (suite de la huitième séance)

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande) se félicite de l'éventail des mesures stratégiques, solidement étayées par des données factuelles, que l'OMS a adoptées pour combattre les maladies non transmissibles. Il est important que toutes les interventions soient intégrées dans les systèmes de soins de santé et les soins de santé primaires, et qu'elles tentent d'agir sur le cadre de vie des populations. Dans son propre pays, l'industrie alimentaire et les médias contribuent aux efforts déployés pour réduire l'obésité. Il appuie l'amendement au projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R17 proposé par le délégué de la Norvège.

Le Dr ASLANYAN (Canada) adhère sans réserve à la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le Canada apportera un soutien technique et mettra ses compétences à la disposition du Secrétariat et des États Membres, notamment par l'intermédiaire du centre collaborateur de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a son siège à l'Agence de santé publique du Canada. Le maillage entre toutes les résolutions relatives aux maladies non transmissibles devra être renforcé pour permettre l'élaboration d'une stratégie de prévention et de lutte complète.

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique) s'étonne que la délégation de la Norvège ait proposé un amendement aussi radical à une résolution qui a déjà été adoptée par le Conseil exécutif ; le code international de commercialisation proposé s'appliquerait à des milliers de produits, et le travail que nécessiteraient la conception et la surveillance d'un tel code grèverait lourdement les ressources de l'OMS. De plus, cet amendement a été proposé sans guère de consultations préalables. En l'absence d'instructions de son Gouvernement, il n'est pas en mesure d'appuyer la proposition.

¹ Voir p. 353.

M. JØRGENSEN (Danemark) rappelle que la question de la commercialisation des aliments destinés aux enfants a d'abord été soulevée par sa délégation devant le Conseil exécutif. Il appuie sans réserve le projet de résolution ; la formulation devra en être forte dans la perspective d'un futur plan d'action.

Le Dr JUNG Tong-ryoung (République de Corée) dit que son Gouvernement a renforcé la surveillance et l'évaluation pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données factuelles. Un programme national de surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque est mis en œuvre tous les trois ans depuis 1995, les objectifs de santé nationaux étant fixés pour 2010. Un plan décennal de lutte contre le cancer a également été mis en œuvre, de même qu'un plan global de prévention des maladies cardio-vasculaires et des accidents vasculaires cérébraux. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué du Japon.

M. SANNE (Norvège) révisé l'amendement proposé par sa délégation au projet de résolution, remplaçant les mots « un code international » par « un ensemble de recommandations ».

Mme ALLAIN (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRÉSIDENT, demande instamment aux États Membres de soutenir l'élaboration d'un code international de commercialisation des aliments destinés aux enfants, qui s'inscrirait dans le cadre d'une stratégie plus large destinée à prévenir les maladies non transmissibles et à appliquer la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. L'obésité et le surpoids sont responsables chaque année de plus de 2,6 millions de décès, et environ 22 millions d'enfants de moins de cinq ans présentent déjà un excès de poids.

La stratégie mondiale appelle notamment à agir sur la commercialisation des aliments, la publicité, le parrainage et la promotion dans ce domaine. Le Forum et réunion technique de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (Oslo, 2-5 mai 2006) a conclu que l'exposition des enfants à la promotion commerciale d'aliments et de boissons énergétiques à faible teneur en micronutriments pouvait être préjudiciable à leur état nutritionnel. En influençant les enfants, la promotion commerciale réduit l'efficacité des recommandations en faveur d'une alimentation saine et a des effets nuisibles sur leurs connaissances, leurs attitudes, leurs achats et leur consommation en matière alimentaire. Les techniques utilisées pour cibler les enfants incluent la publicité à la télévision, l'Internet, le parrainage et les activités commerciales en milieu scolaire.

La responsabilisation à l'échelle mondiale des acteurs concernés par la commercialisation des aliments destinés aux enfants nécessite une action internationale. Des mesures se limitant au cadre national ou régional donneraient lieu à des incohérences et entraîneraient le déplacement des activités commerciales vers les zones les moins contrôlées où les consommateurs sont très vulnérables. L'OMS, ainsi que l'a initialement proposé le délégué de la Norvège, devrait élaborer un code international de commercialisation des aliments destinés aux enfants. Mme Allain appuie également la suggestion du délégué des Philippines concernant un traité international sur la commercialisation des aliments destinés aux enfants.

Mme LINNECAR (Association internationale des Consultants en Lactation), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT et au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile et de l'Action des Églises pour la Santé, dit que la réduction de 22 % de la mortalité néonatale et de 13 % de la mortalité des moins de cinq ans due à l'allaitement maternel est un fait établi. Il réduit également le risque ultérieur de maladies cardio-vasculaires, de maladie coéliqua et de maladies inflammatoires chroniques intestinales, de même qu'il diminue le taux de cholestérol. Chez la mère, il réduit le risque de cancer du sein, de cancer de l'ovaire, d'ostéoporose et de diabète.

Malgré ses avantages attestés, l'allaitement au sein n'occupe pas toujours la place prioritaire qui lui revient pour faire reculer l'incidence des maladies non transmissibles. Il ne figure pas systématiquement au nombre des interventions suggérées à cet effet, et des informations erronées continuent d'être données aux parents et aux professionnels de la santé. Le problème est aggravé par des pratiques commerciales qui transgressent le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA55.25, énonce des principes directeurs pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. L'allaitement au sein exclusif pendant six mois et le maintien de l'allaitement maternel pendant au moins deux ans sont le meilleur gage de santé pour un enfant. Cet aspect doit impérativement être pris en compte dans la planification des activités destinées à prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

Mme Linnecar accueille favorablement la proposition de code international de commercialisation des aliments et boissons destinés aux enfants et elle recommande l'adoption d'un instrument contraignant qui en garantira l'application.

Mme STERKEN (International Association for the Study of Obesity), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT, déclare que l'obésité et les maladies non transmissibles qui lui sont associées menacent la santé d'un nombre croissant d'adultes et d'enfants dans le monde, dans les pays développés comme dans les pays en développement. L'obésité a fait progresser les maladies chroniques évitables, et notamment le diabète de type 2 et les maladies cardio-vasculaires. Les enfants sont la cible de stratégies commerciales qui encouragent la consommation d'aliments riches en matières grasses, en sucre et en sel. Ces techniques affaiblissent les stratégies mondiales sur l'alimentation approuvées par l'Assemblée de la Santé. Les consultations organisées sur ce sujet par l'OMS et par le Comité des droits de l'enfant, le Comité de la sécurité alimentaire mondiale et le Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies témoignent de l'inquiétude suscitée par le commerce d'aliments destinés aux enfants. Touchés par la pauvreté, une importante proportion des enfants dans le monde sont sujets à l'obésité et aux maladies apparentées dès lors qu'ils sont exposés aux schémas alimentaires occidentaux. Des normes internationales doivent protéger les enfants contre les pratiques commerciales qui encouragent des modes de consommation malsains et entravent les efforts déployés par les parents, les pouvoirs publics et la société pour améliorer l'alimentation des enfants. Mme Sterken appuie sans réserve la proposition de code international de commercialisation du délégué de la Norvège. Ce code devra fixer des normes mondiales applicables à toutes les activités promotionnelles concernant les enfants, et notamment la commercialisation au moyen de l'Internet et de la téléphonie mobile.

Elle demande instamment aux industriels de l'alimentation et des boissons, aux médias et aux publicitaires de soutenir la mise en place d'un code international et de promouvoir des normes alimentaires saines en aidant à réduire la consommation de produits à forte teneur en matières grasses, en sel et en sucre. Pour inverser la tendance actuelle de l'obésité, conformément à l'objectif fixé par les ministres européens de la santé en novembre 2006, il faudra redoubler d'efforts. La prévention des maladies chroniques et la lutte contre ces maladies doivent commencer par la protection des enfants.

Le Dr LHOTSKA (Corporate Accountability International), invitée par le PRÉSIDENT à prendre la parole, se félicite qu'il soit fait état à plusieurs reprises dans le projet de résolution de la nécessité d'éviter d'éventuels conflits d'intérêts. L'engagement de protéger les politiques de santé publique contre toute ingérence de l'industrie a été clairement pris dans la résolution WHA54.18 et dans l'article 5.3 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les sociétés transnationales du tabac s'efforcent de saper les politiques nationales de santé et la mise en œuvre de la Convention-cadre dans le monde. Le réseau NATT (Network for Accountability of Tobacco Transnationals) continuera de surveiller ces manœuvres et les dénoncera lors de la deuxième Conférence des Parties (Bangkok, 30 juin-6 juillet 2007).

Les intérêts de l'industrie alimentaire pourraient aussi aller à l'encontre des objectifs de la santé publique. La résolution WHA57.17 reconnaît la nécessité d'éviter les conflits d'intérêts potentiels dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Les organisations non gouvernementales jouent un rôle important en révélant l'influence et les activités de l'industrie et en exigeant la transparence des politiques de santé. Les politiques en faveur d'une alimentation saine devraient fixer des limites applicables à la commercialisation d'aliments qui nuisent à la santé.

Le Dr Lhotska appuie le projet de plan d'action présenté dans le rapport et le projet de résolution tel qu'il a été amendé par les délégations de la Norvège et de la Thaïlande. Le Secrétariat et les États Membres de l'OMS devront s'assurer que le plan d'action contient des lignes directrices claires et fermes, de nature à éviter les conflits d'intérêts potentiels.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) note l'importance accordée par plusieurs États Membres à la coordination de la mise en œuvre des stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles déjà approuvées par l'Assemblée de la Santé, notamment dans le domaine de la prévention primaire, du tabagisme et des facteurs de risque liés à l'alimentation et au manque d'exercice physique. La coordination des stratégies reposera sur la synergie entre les acteurs concernés et sur la priorité qui sera donnée aux approches multisectorielles pertinentes. Elle note également l'accent mis par les États Membres sur le renforcement des systèmes de soins de santé primaires qui doivent être mieux équipés pour intégrer la prévention et le traitement des maladies non transmissibles.

Le PRÉSIDENT propose de suspendre l'examen du point 12.8 de l'ordre du jour en attendant la révision du projet de résolution.

Il en est ainsi convenu.

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

Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention intégrée des affections : Point 12.9 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R5, et A60/16)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (représentant du Conseil exécutif) déclare que le Conseil exécutif a examiné les principes sur lesquels doit reposer le renforcement des activités de santé bucco-dentaire aux niveaux national, régional et mondial. Le Conseil a adopté la résolution EB120.R5 qui recommande un projet de résolution portant sur l'intégration de la prévention des maladies bucco-dentaires dans celle des maladies chroniques, compte tenu des facteurs de risque communs. Le Conseil a également appelé l'attention sur la nécessité de renforcer les capacités des systèmes de santé aux niveaux national, régional et mondial.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar), s'exprimant au nom des États Membres de la Région africaine, reconnaît que la mauvaise santé bucco-dentaire est un important problème de santé publique en Afrique. La santé bucco-dentaire, aux termes de la Déclaration de Nairobi sur la santé bucco-dentaire en Afrique (2004), est indissociable de la santé en général. Plusieurs infections et pathologies, comme le VIH/sida et le diabète, ont des manifestations bucco-dentaires. La parodontolyse constitue aussi un grave problème. Les traumatismes de la sphère bucco-dentaire et des maxillaires consécutifs aux accidents de la circulation routière et au cancer de la cavité buccale dû à une consommation excessive d'alcool et de tabac sont devenus des problèmes courants. Le noma touche également les jeunes enfants dans de nombreux pays d'Afrique.

Il est important de recueillir des données épidémiologiques fiables pour planifier la prestation de soins bucco-dentaires. L'Afrique manque de personnel qualifié et de matériel. Le Bureau régional de l'Afrique met l'accent sur la prévention, et la santé bucco-dentaire est progressivement intégrée dans les programmes de santé scolaire et les programmes de santé maternelle et infantile. Trente-trois pays africains sont dotés d'une politique de santé bucco-dentaire, dont la mise en œuvre est entravée par l'insuffisance des allocations budgétaires.

Le Dr Solofonirina appuie le projet de résolution. Les programmes nationaux de santé bucco-dentaire devront être coordonnés par un point focal dans chaque ministère de la santé des pays de la Région. La santé bucco-dentaire doit être intégrée dans les soins de santé primaires afin d'éliminer les inégalités entre les groupes de population.

Elle demande l'établissement d'une note technique sur la recrudescence des cas déclarés de noma pour la prochaine session du Comité régional, en vue de l'élaboration d'une stratégie régionale pour l'éradication du noma. La santé bucco-dentaire doit être intégrée dans les programmes de prévention des maladies non transmissibles, de même qu'elle doit être intégrée dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Mme KOIVISTO (Finlande) dit que les maladies bucco-dentaires figurent parmi les affections chroniques les plus courantes. Le tabagisme, en particulier lorsqu'il est associé à la consommation d'alcool, est un facteur de risque de cancer de la cavité buccale, qui se place au huitième rang des cancers dans le monde par sa prévalence. La recrudescence du tabagisme chez les jeunes affectera la santé bucco-dentaire des générations futures. L'amélioration de la santé bucco-dentaire des groupes sociaux inférieurs a été lente. Il conviendrait de privilégier davantage l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les stratégies de promotion de la santé. La réduction de l'exposition aux facteurs de risque est un élément essentiel de la stratégie mondiale pour la prévention et la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles. Pourquoi installe-t-on des distributeurs de friandises dans les écoles alors que les caries dentaires sont en augmentation chez les enfants ? Il est important de sensibiliser davantage l'opinion aux déterminants de la santé bucco-dentaire et de la santé en général et de promouvoir les soins de santé préventifs. L'OMS doit encourager et promouvoir d'autres solutions et modes de vie sains. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr TAKAHASHI (Japon) se félicite que l'OMS reconnaisse le lien intrinsèque qui existe entre la santé bucco-dentaire, la santé en général et la qualité de la vie. Les soins bucco-dentaires aux personnes vivant avec le VIH/sida témoignent de la nécessité d'une action coordonnée : réduction de la pauvreté, prise en charge nutritionnelle et lutte contre les maladies infectieuses. Des personnels locaux doivent être déployés pour assurer la prévention, par exemple en encourageant les soins de santé bucco-dentaire dans les écoles. L'OMS doit rester le lieu où les États Membres peuvent confronter leurs expériences.

M. ABDON (États-Unis d'Amérique) déclare que les caries dentaires sont la maladie chronique la plus répandue chez les enfants, et qu'elle peut entraver le potentiel d'apprentissage et de développement d'un enfant. Aux États-Unis d'Amérique, les enfants des classes défavorisées souffrent deux fois plus de caries dentaires que les enfants des familles plus aisées, et ils ont moins de chances d'être soignés. Plus de 51 millions d'heures de classe sont perdues chaque année en raison de maladies dentaires chez les enfants, et plus de 164 millions d'heures de travail chez les adultes, qu'ils souffrent d'une pathologie dentaire ou soient en consultation chez le dentiste. Une bonne hygiène bucco-dentaire se justifie donc pour des raisons socio-économiques. La santé bucco-dentaire est un élément clef de la stratégie du secrétaire à la santé pour la diplomatie sanitaire en Amérique centrale, qui inclut la prestation de soins préventifs et dentaires par des fonctionnaires de la santé publique et des personnels militaires, médicaux et humanitaires envoyés par les États-Unis, dans le cadre d'une collaboration planifiée avec des organisations non gouvernementales financées par les pouvoirs publics.

Il salue les efforts déployés pour fournir aux États Membres les données factuelles et les informations qui leur permettront d'intégrer la santé bucco-dentaire dans les systèmes et les programmes nationaux de santé en général. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr HUWAIL (Iraq) fait état des progrès réalisés en Iraq dans le domaine de la santé bucco-dentaire, désormais intégrée dans les programmes de soins de santé primaires. L'accès aux services de santé bucco-dentaire est néanmoins limité et les dents sont souvent laissées en l'état ou arrachées. Pour beaucoup, la perte des dents est une conséquence naturelle du vieillissement, et une grande partie des personnes de 65 ans et plus dans de nombreux pays de la Région de la Méditerranée orientale ont perdu toutes leurs dents. Il appuie le projet de résolution mais appelle l'attention sur la nécessité de l'investissement par l'OMS de ressources financières et humaines accrues en faveur de la promotion de la santé bucco-dentaire ; du renforcement de la surveillance des maladies bucco-dentaires ; de l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires à tous les niveaux ; et de la sensibilisation de l'opinion à la santé bucco-dentaire.

M. VOLJČ (Slovénie) reconnaît que la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des affections constituent encore un élément isolé des programmes de santé nationaux, même dans les pays au revenu élevé. La santé bucco-dentaire gagnera en importance dès lors que davantage de soins seront dispensés aux populations défavorisées et en raison du vieillissement des sociétés. La santé bucco-dentaire doit demeurer un élément central des activités de l'OMS. Il appuie le projet de résolution. La Slovénie soutiendra les activités de l'OMS.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande) est entièrement favorable à la rationalisation des politiques nationales de santé bucco-dentaire par l'intermédiaire des services de soins de santé primaires. Elle approuve la proposition du délégué de Madagascar d'intégrer la santé bucco-dentaire dans le plan stratégique à moyen terme et appuie le projet de résolution.

Le Dr DEMIRALP (Turquie) rappelle que l'ensemble des maladies bucco-dentaires, qui sont pourtant évitables, se placent au quatrième rang mondial des maladies pour ce qui est de la cherté du traitement. La plupart des maladies bucco-dentaires et des maladies chroniques ayant des facteurs de risque communs, il conviendrait d'inclure les pathologies bucco-dentaires dans les programmes de prévention des maladies non transmissibles. La Turquie s'apprête à appliquer un programme d'éducation préventive couvrant 6,5 millions d'élèves du primaire, les enseignants et les familles, et qui inclura la distribution gratuite de brosses à dents et de dentifrice. Le système intégré de surveillance de la santé bucco-dentaire de la Turquie repose sur l'InfoBase mondiale et l'approche OMS STEPwise de surveillance. Le Dr Demiralp est favorable à la collaboration de l'OMS avec les organisations non gouvernementales. La Turquie soutient les efforts déployés par l'OMS pour inclure les stratégies et les politiques de santé bucco-dentaire dans les programmes de santé nationaux et locaux.

Le Dr MAZHANI (Botswana) se félicite du soutien technique de l'OMS à la conception d'instruments de communication et de sensibilisation. Le Botswana a mis en place des programmes de promotion de la santé bucco-dentaire dans les écoles primaires et est en train d'acheter quatre dispensaires dentaires mobiles qui desserviront les communautés rurales. L'élaboration d'une politique nationale de santé bucco-dentaire tenant compte des facteurs de risque communs des maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles est en cours. Le Dr Mazhani appuie le projet de résolution.

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) dit que 20 millions de personnes ont bénéficié de soins dentaires dans son pays depuis 2004. Une stratégie a été mise en place pour aider à la pose de prothèses dentaires chez les nombreuses personnes ayant perdu des dents.

La construction d'une usine de fabrication de prothèses dentaires avec des matériaux issus de la pétrochimie est envisagée. Le Ministère de la Santé continue de mettre en œuvre son programme de fluoration du sel, ses activités d'éducation et de formation, et ses activités de surveillance épidémiologique.

M. SAMO (États fédérés de Micronésie) appuie le projet de résolution mais propose un amendement au paragraphe 2.1) avec l'adjonction des mots « et uniques » après « spécifiques », et le remplacement des mots « à faible revenu » par « à faible revenu et à revenu intermédiaire », en conformité avec les informations contenues dans le rapport. Son Gouvernement appliquera la résolution avec l'appui de ses partenaires pour le développement.

Le Dr ASLANYAN (Canada), rappelant que les maladies bucco-dentaires les plus courantes, les caries dentaires et les gingivites, sont presque entièrement évitables, salue l'accent mis par l'OMS sur un modèle associant la promotion de la santé, la prévention des maladies et le bien-être. Les maladies bucco-dentaires sont souvent chroniques et la reconnaissance et la réduction des facteurs de risque de maladies chroniques amélioreront la santé bucco-dentaire. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr MAOATE (Iles Cook) indique que des activités de santé bucco-dentaire, incluant un élément développement des personnels, ont été intégrées dans la stratégie sanitaire nationale 2006 des Iles Cook. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le délégué des États fédérés de Micronésie.

M. PETTERSSON (Suède) appuie le projet de résolution. La santé bucco-dentaire est un indicateur approximatif de l'état de santé en général et des inégalités en matière de santé. La conservation à vie de ses dents est un facteur d'autonomie et de qualité de vie. Les systèmes de soins dentaires doivent jouer un rôle accru dans la prévention des affections. Les personnels dentaires pourraient inciter les patients à cesser de fumer, promouvoir une amélioration de l'alimentation et des habitudes alimentaires, et faire campagne en faveur d'une salubrité accrue de l'environnement scolaire. Le renchérissement des services dentaires, cependant, prive de plus en plus les personnes vulnérables de soins réguliers. Ces facteurs devront être pris en compte lors de la mise en œuvre de la résolution.

Le Dr MACHAGE (Kenya) propose d'élargir le champ du projet de résolution en remplaçant au paragraphe 1.13) les mots « à envisager d'accroître » par « à accroître, en tant que de besoin, » et en ajoutant, à la fin du paragraphe 2.5), « notamment en accroissant les ressources budgétaires et humaines à tous les niveaux ».

Le Dr SALANIPONI (Malawi) dit que les maladies bucco-dentaires, en particulier les caries dentaires chez les enfants et le sarcome de Kaposi associé au sida, progressent au Malawi et sont exacerbées par la pauvreté et la médiocrité des conditions sociales et des habitudes alimentaires. C'est pourquoi le Malawi met en œuvre un plan d'action pour la santé bucco-dentaire qui inclut la décentralisation des soins au premier niveau des services de santé, et des cours sur la santé bucco-dentaire dans les écoles primaires. La méconnaissance de l'importance de la santé bucco-dentaire est l'un des obstacles rencontrés. Vu la pénurie de chirurgiens dentistes qualifiés dans le pays, une formation est dispensée aux thérapeutes dentaires qui assureront des services dans les dispensaires et l'ouverture d'une école dentaire est prévue. Le Dr Salaniponi appuie le projet de résolution et demande instamment au Directeur général de mobiliser davantage de ressources.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) estime que les stratégies proposées favoriseront l'adoption d'une approche globale de la promotion de la santé bucco-dentaire et de la prévention intégrée des affections. Les plans des Philippines intègrent des stratégies similaires et notamment une approche

fondée sur les soins de santé primaires, une pratique reposant sur des données factuelles, des partenariats, une perspective s'inscrivant dans la globalité de la vie et une action intégrée.

Il conviendrait de modifier le paragraphe 1.1) du projet de résolution et d'ajouter le membre de phrase « aux politiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant et » après « incorporée » et les mots « et transmissibles » après « non transmissibles ». Au paragraphe 1.9), il conviendrait d'ajouter « de santé maternelle » après « des maladies de l'enfant ». Il conviendrait aussi d'inclure un nouveau paragraphe 1.14) libellé comme suit : « à renforcer les partenariats et le partage des responsabilités entre parties prenantes pour qu'il y ait le plus possible de ressources à l'appui des programmes nationaux de santé bucco-dentaire ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) accueille favorablement le projet de résolution. L'amélioration de la santé bucco-dentaire est une préoccupation majeure et l'adoption d'une résolution sur ce sujet par l'Assemblée de la Santé remonte à plusieurs années. Les caries dentaires chez les enfants sont en net recul depuis quelques années au Portugal, et ce grâce à des politiques de prévention énergiques. Les activités devraient cibler les groupes vulnérables et notamment les personnes atteintes d'incapacités ou vivant avec le VIH/sida, les fumeurs, les femmes enceintes et les personnes âgées.

M. DANKOKO (Sénégal) déclare que la formation et le recrutement de personnel dentaire au Sénégal ont beaucoup progressé, avec un ratio de 1 pour 22 000 habitants en 2007 contre 1 pour 56 000 en 1999. Il existe deux écoles de formation, l'une pour les chirurgiens-dentistes, l'autre pour les assistants dentaires et les techniciens. Depuis les recrutements effectués entre 2002 et 2007, tous les districts sont dotés de personnel dentaire et plus de 100 autorisations d'exercer ont été octroyées depuis 2001 à des praticiens privés. Les services de santé bucco-dentaire publics ont été décentralisés et des mesures ont été prises pour inciter les personnels dentaires à exercer dans les zones rurales reculées. Une division de la santé bucco-dentaire, dotée d'un budget de fonctionnement et d'un budget d'équipement, a été créée avec pour objectifs prioritaires la promotion de la santé bucco-dentaire et la prévention des affections. Le Sénégal applique un programme de lutte contre le noma qui couvre l'information, l'éducation, la communication et la formation. M. Dankoko appuie le projet de résolution.

Le Professeur KEVAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée), appuyant le projet de résolution, dit que les maladies bucco-dentaires constituent un grave problème de santé publique dans les pays en développement. Les entités privées nationales et internationales dont les produits favorisent les pathologies bucco-dentaires devraient soutenir les programmes nationaux de santé bucco-dentaire, qui se heurtent souvent à une pénurie de ressources. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, la consommation de tabac et d'alcool est souvent associée à la mastication de noix de bétel, additionnée de chaux. Le cancer de la cavité buccale est le principal type de cancer et sa prévalence augmente. Les services capables d'assurer le dépistage précoce et d'intervenir en temps utile sont peu nombreux. Des recherches sont nécessaires pour confirmer et établir scientifiquement que l'alcaloïde arécoline, principal ingrédient de la noix de bétel, est notamment responsable des cardiopathies ischémiques et des arrêts cardiaques.

Le Dr ALLEN-YOUNG (Jamaïque), s'exprimant au nom des 14 pays Membres de la Communauté des Caraïbes, appuie le projet de résolution. De nombreux pays appliquent des stratégies de santé bucco-dentaire fructueuses qui incluent des activités de promotion de la santé bucco-dentaire, et les soins de santé bucco-dentaire sont intégrés dans les programmes de soins de santé primaires. À la Jamaïque, la stratégie de fluoruration du sel, mise en œuvre par le secteur privé, est considérée comme l'une des meilleures pratiques et le programme de lutte contre le VIH/sida inclut un élément promotion de la santé bucco-dentaire. Au fur et à mesure de l'évolution des profils démographiques, il est important de cibler d'autres groupes vulnérables, comme par exemple les personnes âgées. À la Barbade, on privilégie les personnes atteintes d'incapacités. La promotion de la santé bucco-dentaire

devrait aussi être intégrée dans les activités qui visent à encourager des modes de vie sains et à prévenir les maladies non transmissibles. Les pays de la Communauté, touchés par les migrations des personnels soignants, se félicitent du renforcement de leur capacité à former des personnels de santé bucco-dentaire et de l'élargissement des programmes d'études des écoles dentaires.

Mme SIBUL (Estonie), approuvant les remarques du délégué de la Finlande, dit que comme la santé bucco-dentaire est essentielle pour la santé en général, son Gouvernement lui accorde la priorité. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) dit qu'il est essentiel de réduire les facteurs de risque des maladies bucco-dentaires et des autres maladies non transmissibles ; de faire porter l'attention sur les groupes les plus vulnérables ; de promouvoir les soins de santé bucco-dentaire en milieu scolaire et chez les personnes âgées ; et de dispenser des soins de santé bucco-dentaire dans le cadre des services de soins de santé primaires. Elle appuie le projet de résolution. À propos du paragraphe 1.4), concernant les programmes de fluoration, elle demande des précisions sur des données publiées récemment, selon lesquelles la fluoration pourrait être associée à des effets tératogènes sur les dents.

Le Dr SULEIMAN (Oman), qui s'exprime au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que les maladies de la cavité buccale sont répandues dans la Région. La charge de la pathologie bucco-dentaire, les besoins de la population, ainsi que les systèmes de santé bucco-dentaire et les connaissances scientifiques évoluent rapidement. Les décideurs dans le domaine des soins de santé publique ont besoin des instruments, des capacités et des informations nécessaires pour évaluer les besoins sanitaires, choisir les stratégies d'intervention, concevoir les politiques et améliorer les systèmes de santé bucco-dentaire. La promotion de la santé bucco-dentaire a souffert du manque de ressources. Sa réussite passe par son intégration dans les initiatives plus larges de promotion de la santé et dans les soins de santé primaires. Dans certaines parties de la Région, l'accès aux services de santé bucco-dentaire étant limité, les soins dentaires sont souvent négligés et l'extraction souvent pratiquée. La proportion des personnes de 65 ans et plus qui ont perdu toutes leurs dents reste élevée.

Le Dr Suleiman note avec satisfaction que le projet de résolution s'appuie sur les 10 domaines prioritaires définis dans le Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003.¹ L'OMS doit fournir un soutien technique pour l'intégration de la promotion de la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires, et les bureaux régionaux et de pays de l'OMS doivent avoir des capacités techniques suffisantes pour orienter les États Membres. L'OMS doit fournir un appui aux pays pour mener des activités de surveillance des maladies bucco-dentaires et ce point devrait figurer dans la résolution. L'approche STEPwise pour la surveillance n'est pas suffisante. Les maladies bucco-dentaires doivent être incluses dans le système d'information sanitaire existant, du niveau des soins primaires au niveau tertiaire. Il appuie sans réserve le projet de résolution.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh) fait observer que de nombreuses maladies et affections bucco-dentaires peuvent être évitées dès lors que les professionnels de la santé locaux disposent des connaissances essentielles. Malgré le manque de ressources, le Bangladesh a pris des mesures pour améliorer les soins de santé bucco-dentaire, y compris la mise en place de programmes de santé scolaire, la distribution de dentifrice fluoré et une formation des malades diabétiques aux soins bucco-dentaires, mais celles-ci sont nettement insuffisantes.

Le Dr SEKAJUGO (Ouganda) déclare que, face à la charge croissante des maladies bucco-dentaires, l'Ouganda s'emploie à mettre en œuvre les stratégies recommandées de prévention,

¹ Document WHO/NMH/NPH/ORH/03.2.

de dépistage et de traitement. L'application de la résolution contribuera à améliorer la santé bucco-dentaire dans les pays en développement.

Le Dr BOUAKAZ (Algérie) dit que la santé bucco-dentaire en Algérie fait partie intégrante du plan de développement sanitaire général. L'accent est mis sur la prévention dans les établissements scolaires aux niveaux primaire, secondaire et universitaire, et les effets sur la santé bucco-dentaire ne sont plus à démontrer. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr CHITUWO (Zambie) dit que le rapport sur la santé bucco-dentaire fait apparaître la nécessité d'accroître les efforts consacrés à la promotion de la santé bucco-dentaire. Les maladies bucco-dentaires associées au VIH/sida et sous l'effet de la commercialisation agressive des boissons sucrées ont progressé en Zambie. Des mesures doivent être prises pour améliorer la santé bucco-dentaire, telles que le déploiement d'activités de promotion dans les écoles et l'installation de matériel dentaire à différents niveaux des soins de santé. Une école dentaire devrait ouvrir prochainement pour pallier la sérieuse pénurie de spécialistes de la santé bucco-dentaire de toutes les catégories, et son pays poursuit activement le travail de prévention. Le Dr Chituwo appuie le projet de résolution.

Le Professeur OKONOFUA (Nigéria) accueille favorablement le projet de résolution. Le Nigéria a renforcé ses services de santé bucco-dentaire en encourageant la prévention primaire. La santé bucco-dentaire occupe une place importante dans les stratégies globales de promotion de la santé du Gouvernement. Il existe six écoles dentaires au Nigéria mais, notamment en raison de l'exode des cerveaux, les personnels dentaires ne sont pas assez nombreux pour dispenser des services de soins de santé bucco-dentaire optimaux. La formation et l'amélioration de la prestation des services de santé bucco-dentaire se poursuivront, en particulier en zone rurale, et il est prévu d'intégrer la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires.

Le Dr MAKUBALO (Afrique du Sud) convient que la promotion des soins de santé bucco-dentaire devrait faire partie des soins de santé primaires. Ils devraient recouvrir l'hygiène bucco-dentaire, l'exposition au fluor, une alimentation saine et la prévention des traumatismes faciaux et buccaux. L'Afrique du Sud a des programmes dont l'objectif est d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire et les services de santé bucco-dentaire en général. Le Dr Makubalo appuie le projet de résolution.

Le Dr AERDEN (Fédération dentaire internationale), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT, dit que le projet de résolution adresse un message clair à la communauté sanitaire internationale, à savoir que les maladies bucco-dentaires requièrent une attention urgente et soutenue de tous les acteurs concernés. Il est important de s'atteler à la pandémie de caries non soignées chez les enfants, mais également d'envisager la santé bucco-dentaire dans une perspective globale de la vie et de reconnaître les différents schémas pathologiques et besoins sanitaires. La Fédération approuve le rôle central des professionnels de la santé bucco-dentaire ; la planification des personnels et les ressources humaines pour la santé bucco-dentaire constituent un élément capital de chaque plan de santé national. Il existe des modèles des meilleures pratiques pour mener à bien l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires, et chaque personne devrait avoir accès à des soins bucco-dentaires et des soins préventifs de base.

Elle invite instamment l'Assemblée de la Santé à adopter le projet de résolution ; à inclure la santé bucco-dentaire dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ; et à recourir au soutien technique de l'OMS et de l'organisation qu'elle représente pour assurer des soins de santé bucco-dentaire d'un coût réaliste et abordable à tous les niveaux du système de soins de santé.

Le Dr BARNARD (Association internationale de Recherche dentaire), invité par le PRÉSIDENT à prendre la parole, dit que la santé bucco-dentaire est un ingrédient nécessaire de la santé en général et renforce le système immunitaire. Les chercheurs de son Association travaillent actuellement à la définition des liens solides qui existent entre la santé bucco-dentaire et la santé globale. L'échange de savoir entre États Membres et organisations internationales réduira la charge de morbidité bucco-dentaire. Il appuie le projet de résolution et accueille avec satisfaction la référence faite à la nécessité de recherches dans ce domaine.

Mme THORSEN (Fédération dentaire internationale), invitée à s'exprimer par le PRÉSIDENT et au nom de l'Association internationale des Consultants en Lactation, dit que l'Association se félicite de la mise en garde contre une exposition insuffisante au fluor contenue dans le rapport, mais appelle l'attention sur les dangers que pourrait comporter la fluoration pour les enfants nourris au biberon. Les parents ne disposent pas nécessairement des informations requises sur le type d'eau à utiliser avec les préparations pour nourrissons pour éviter une surexposition au fluor. Elle se félicite de la reconnaissance du rôle de l'allaitement au sein dans la promotion de la santé bucco-dentaire, dont les fondations sont mises en place dès la petite enfance, lors de la décision concernant l'alimentation du nourrisson. Les liquides sucrés dans le biberon et la consommation de sucre en général sont parmi les causes principales des caries dentaires alors que l'allaitement maternel favorise la santé bucco-dentaire en prévenant les caries et en assurant le développement optimal de la cavité buccale.

Elle aurait souhaité que la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit mentionnée dans le projet de résolution. Le lien entre une bonne santé bucco-dentaire et la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les programmes de santé est déterminant au niveau politique et stratégique, ainsi qu'au niveau de la mise en œuvre. Ce lien permettra de coordonner les approches sur toute la durée de la vie et dans tous les domaines techniques.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) prend acte du soutien en faveur du travail du Secrétariat dans le domaine de la santé bucco-dentaire et note l'attention prioritaire accordée à la santé bucco-dentaire et la nécessité d'intensifier l'action aux plans suivants : assistance technique aux pays et aux Régions où la charge de morbidité et les besoins sont les plus grands ; prévention primaire, notamment contre les principaux facteurs de risque, dont beaucoup sont imputables aux maladies chroniques non transmissibles, et mesures visant d'autres déterminants de la santé bucco-dentaire, en particulier dans les groupes à haut risque et les groupes vulnérables ; renforcement des services de santé bucco-dentaire ; adoption d'activités de surveillance, et soins de santé primaires donnant sa juste place à la santé bucco-dentaire. Ces suggestions guideront l'activité de l'OMS dans ce domaine.

Pour ce qui est de la question posée par le délégué de la Grèce, elle dit que des décennies de pratique ont montré que le fluor était un moyen efficace de combattre et de prévenir les caries dentaires. Des programmes mis en œuvre en divers lieux ont néanmoins fait apparaître qu'il était possible d'éviter les éventuelles conséquences sanitaires indésirables d'une surexposition au fluor, ou d'une consommation excessive de fluor, tout en conservant l'effet préventif du fluor contre les caries dentaires. Les décisions relatives à la mise en œuvre de programmes destinés à augmenter les concentrations de fluor doivent donc être prises en fonction de la situation du pays concerné. Elle peut mettre la documentation technique pertinente à la disposition du délégué de la Grèce et des autres délégations intéressées.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général), récapitulant les amendements proposés au projet de résolution, indique qu'au paragraphe 1.1) les mots « et transmissibles » seront ajoutés après « non transmissibles » et les mots « aux politiques relatives à la santé de la mère et de l'enfant » seront ajoutés à la fin de l'alinéa. Au paragraphe 1.9), les mots « et de santé maternelle » seront ajoutés après « des maladies de l'enfant ». Au paragraphe 1.13), les mots « à envisager d'accroître » seront remplacés par « à accroître, en tant que de besoin, » et un nouvel alinéa 14), libellé comme suit :

« à renforcer les partenariats et le partage des responsabilités entre parties prenantes pour qu'il y ait le plus possible de ressources à l'appui des programmes nationaux de santé bucco-dentaire », sera ajouté.

Au paragraphe 2.1), les mots « les besoins des pays à faible revenu » seront remplacés par « et des besoins uniques des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ». Les mots « notamment en accroissant les ressources budgétaires et humaines à tous les niveaux » seront ajoutés à la fin du paragraphe 2.5).

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) propose d'ajouter les mots « autant que de besoin » après « en accroissant » dans la version amendée du paragraphe 2.5).

Le PRÉSIDENT dit que, en l'absence d'objection, il considérera que la Commission approuve le projet de résolution ainsi amendé.

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

Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants : rapport biennal : Point 12.10 de l'ordre du jour (document A60/17)

Mme KONGSVIK (Norvège), s'exprimant au nom des pays nordiques et des pays suivants : Afrique du Sud, Autriche, Belgique, Canada, Espagne, Estonie, France, Grèce, Italie, Lettonie, Luxembourg, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Suisse, chiffre à plus de 300 millions le nombre des femmes des pays en développement qui souffrent actuellement de pathologies et d'incapacités à court ou à long terme dues à des complications de la grossesse. Un enfant meurt toutes les trois secondes et une femme enceinte toutes les minutes – plus de 11 millions de vies sont ainsi perdues chaque année, dont 98 % dans les pays pauvres. Ces vies pourraient être sauvées au moyen d'interventions sanitaires à la fois efficaces et économiques, pour la plupart faciles à mettre en œuvre. Alors que la résolution WHA58.31 demandait clairement à tous les États Membres de promouvoir la couverture universelle par les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, le document A60/17 ne fait état que d'une faible amélioration de la situation. Il est très préoccupant de penser que l'objectif de l'accès universel à la santé génésique d'ici à 2015 pourrait ne pas être atteint.

L'amélioration de la santé maternelle et infantile suppose que les femmes soient dotées des moyens nécessaires : garantir aux jeunes filles et aux femmes le droit à l'éducation et aux opportunités d'emploi et le droit de faire des choix concernant leur propre corps. Il est contraire à l'éthique que des femmes exposent leur santé et leur vie en donnant naissance ou en interrompant une grossesse. Et il est inacceptable que les femmes des classes défavorisées courent un risque encore accru. Une sexualité sans risque contribuant aussi à la santé de la mère et de l'enfant, les responsabilités masculines à cet égard doivent être soulignées.

La solution consiste à donner accès à tout l'éventail des services de santé sexuelle et génésique, y compris aux avortements pratiqués dans de bonnes conditions de sécurité. Il convient aussi de s'atteler à des questions négligées ou insuffisamment financées comme la planification familiale, la santé sexuelle et génésique et les droits des adolescents et les pratiques traditionnelles dangereuses. Elle félicite les 18 pays africains qui ont banni les mutilations sexuelles féminines et salue les pays, tel le Sénégal, qui ont adopté une approche efficace fondée sur la participation pour assurer le respect des dispositions législatives moyennant des mesures pratiques destinées à préserver l'intégrité corporelle des jeunes filles et des femmes.

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 WHA60.17.

Une volonté politique et des mesures accélérées s'imposent. À cet égard, Mme Kongsvik se félicite que la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine, à sa session spéciale (Maputo, 18-22 septembre 2006), ait réaffirmé l'appui des responsables politiques au droit à la santé sexuelle et génésique dans la Région africaine et ait adopté un plan d'action qui a ensuite été approuvé par l'Union africaine en janvier 2007. Elle accueille également avec satisfaction la nouvelle cible concernant la santé génésique incluse dans l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. La réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement et la stimulation de l'action politique au plus haut niveau passent par une sensibilisation accrue à la santé maternelle et infantile. Les services de santé doivent être renforcés au niveau local conformément aux plans nationaux, notamment par des mesures destinées à remédier au manque de personnel. Des indicateurs de la mortalité maternelle et infantile doivent être utilisés pour mesurer les améliorations fondées sur les résultats.

La coordination mondiale doit aussi être renforcée, de même que les fonctions essentielles des organisations internationales visées par le programme de réforme des Nations Unies. L'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, ainsi que le nouveau Partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sont des alliés importants de cette initiative. Il est important d'augmenter les ressources humaines et financières et de les utiliser efficacement aux niveaux des pays et des districts pour assurer des interventions sanitaires appropriées et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé maternelle et à la réduction de la mortalité infantile.

M. HOFMANN (Allemagne), prenant la parole au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, accueille favorablement le rapport et les efforts que l'OMS continue de déployer pour améliorer l'accès aux soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. Toutefois, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la mortalité infantile, à la santé maternelle et au VIH/sida, au paludisme et à d'autres maladies progresse lentement. Il faut s'employer à résoudre le problème de l'extrême pénurie de personnel de santé sexuelle et génésique. L'Union européenne a établi un cadre politique et renforcé ses engagements dans ce domaine. Il demande instamment à l'Organisation d'inclure dans son rapport les liens importants qui existent entre la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et d'autres questions de santé comme la nutrition, l'eau et l'assainissement, l'éducation en matière de santé sexuelle et génésique, et des questions extérieures à la santé comme les infrastructures, l'énergie, les transports et la communication.

L'Union européenne continuera d'aider ses partenaires à s'acquitter de leur engagement à réaliser l'égalité des sexes mais la mise en œuvre doit être améliorée. Il accueille avec satisfaction la nouvelle cible incluse dans les objectifs du Millénaire pour le développement concernant l'accès universel à la santé génésique d'ici à 2015 et demande instamment à l'OMS d'appliquer les stratégies pour la santé maternelle et infantile qui ont déjà fait l'objet d'un accord, en particulier ses stratégies mondiales pour la santé génésique (2004) et pour la prévention et l'élimination des infections sexuellement transmissibles (2006-2015), dont dépend l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

L'accès aux soins de santé sexuelle et génésique, ainsi que l'a recommandé la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, reste limité. Les moyens de planification familiale, comme les préservatifs, manquent encore cruellement. Vu le faible niveau de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et le manque de soins efficaces aux enfants pendant la période néonatale, et compte tenu du fait que la survie du nouveau-né dépend largement de la survie de la mère, quel moyen l'OMS envisage-t-elle pour assurer la prévention primaire du VIH en liaison avec la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, notamment en matière de soins prénatals et de soins aux parents infectés par le VIH ?

Les progrès accomplis par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP dans le contexte de la réforme des Nations Unies contribueront à la continuité des soins entre santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. L'amélioration de la couverture des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant passe par un solide engagement politique général.

Le Dr HUWAIL (Iraq) dit qu'une étude effectuée en Iraq en 2006 a fait apparaître un recul des taux de mortalité des moins de cinq ans et des nourrissons, de 41 et 34 pour 1000 naissances vivantes respectivement. Les programmes de santé maternelle et infantile en Iraq ont néanmoins encore besoin du soutien de l'OMS pour adopter et appliquer les lignes directrices relatives aux soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'aux soins aux nouveau-nés et à la planification familiale, qui reposent sur des données factuelles ; pour améliorer la qualité des services aux nouveau-nés et aux nourrissons moyennant l'application de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ; pour améliorer les statistiques de mortalité ; pour établir un système efficace d'information sanitaire et renforcer la surveillance nationale des déterminants de la santé ; pour suivre la mise en œuvre ; pour améliorer l'accès aux services de planification familiale et aux soins obstétricaux d'urgence au niveau du district ; et pour mieux sensibiliser la population locale aux besoins de santé des mères et des enfants.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) estime que l'amélioration de l'accès aux soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, dans le cadre d'un ensemble essentiel de services de soins de santé primaires, doit être prioritaire. Cela aidera les pays à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement lié à la réduction de la mortalité infantile de deux tiers d'ici à 2015. Cet ensemble de services n'inclut pas l'avortement, sauf s'il est autorisé par la loi nationale et, le cas échéant, locale, et à condition que soient pleinement respectées les diverses valeurs éthiques et religieuses et les cultures conformément à la résolution WHA55.19. Le Gouvernement des États-Unis convient parfaitement de la nécessité de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle conformément aux objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement universellement reconnus comme des priorités essentielles pour le développement. Les États-Unis s'opposent cependant à l'ajout de nouveaux éléments au tableau des objectifs du Millénaire pour le développement ; vu le nombre de pays qui ne disposent pas des ressources et des compétences requises pour recueillir des données satisfaisant aux normes internationales de base, tous les pays devraient se concentrer sur des indicateurs fiables qui permettront d'effectuer une surveillance mondiale utile.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) salue l'analyse de l'évolution de la couverture des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant présentée dans le rapport. Les Philippines ont eu des difficultés à réaliser la septième cible de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement lié à la réduction de la mortalité maternelle. La campagne menée pour encourager les accouchements avec l'assistance de personnel qualifié dans un établissement de santé a eu pour effet de remplacer l'approche fondée sur les risques par une approche fondée sur les soins d'urgence considérant toutes les grossesses comme étant à haut risque. L'Assemblée de la Santé devrait soutenir le fonds mondial proposé pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

M. DANKOKO (Sénégal), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, se félicite des progrès réalisés dans la mise en place de cadres institutionnels et réglementaires, du renforcement de la sensibilisation et de l'adhésion aux programmes et de l'amélioration de la connaissance de ces programmes, et de l'adoption d'une approche fondée sur l'égalité d'accès aux soins. De nombreux pays d'Afrique se sont dotés de stratégies de réduction de la pauvreté et de programmes de santé nationaux, et ce afin de réduire les taux de fécondité et de mortalité maternelle et infantile. L'OMS a aidé à former des spécialistes des soins obstétricaux et de santé néonatale d'urgence, ainsi que d'autres personnels aux méthodes des audits des décès maternels, et à former des sages-femmes et des infirmières ainsi que des accoucheuses qualifiées. Des subventions ont été accordées pour les accouchements et les césariennes, des approches multisectorielles ont été adoptées et la participation de la population locale, de la société civile, et en particulier des femmes, a été intégrée dans le processus décisionnel et de planification.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance a été adoptée dans 44 des 46 pays de la Région africaine, après qu'une étude d'évaluation faite en République-Unie de Tanzanie ait établi qu'elle avait contribué à réduire de 15 % la mortalité des moins de cinq ans en deux ans. Une stratégie

pour la survie de l'enfant, conçue conjointement par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, et adoptée par le Comité régional de l'Afrique à sa cinquante-sixième session, prévoit la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions essentielles performantes. Vingt-quatre facilitateurs qualifiés aident les pays à intégrer la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et certains pays appliquent actuellement de nouvelles stratégies couvrant aussi les fistules obstétricales, les mutilations sexuelles féminines, la santé des adolescents et les sévices sexuels. D'autres initiatives concernent le renforcement de la capacité des établissements d'enseignement et la décentralisation de la formation des personnels paramédicaux ; l'augmentation du nombre des professionnels de la santé recrutés chaque année et l'augmentation des budgets de la santé ; la révision de la liste des médicaments et remèdes essentiels pour la stratégie pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la mobilisation sociale en faveur d'une utilisation accrue des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la coordination des campagnes de vaccination de masse.

Cependant, les objectifs du Millénaire pour le développement sont loin d'être atteints. Au nombre des obstacles figurent l'insuffisance de la couverture sanitaire, en particulier dans les régions éloignées ; le coût élevé des services ; la pénurie de personnel qualifié, et de services techniques et logistiques ; les facteurs socioculturels ; le manque de coordination des programmes et le défaut d'intégration des services ; et l'insuffisance des ressources et de la gestion. Les pays africains doivent se doter de systèmes de soins de santé nationaux performants et efficaces ; former, gérer et fidéliser des ressources humaines pour la santé ; développer la collaboration multisectorielle et donner la priorité à la santé maternelle et infantile.

M. Dankoko se dit favorable à la proposition faite par le Premier Ministre norvégien, à la troisième séance plénière, en vue de l'élaboration d'un « plan d'activité mondial » qui permettra d'accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement.¹ L'OMS devrait encourager ses partenaires pour le développement à augmenter leur aide à l'Afrique pour la réalisation d'une couverture suffisante par les soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant.

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) dit que son Ministère de la Santé s'est engagé à dispenser des soins de santé gratuits, accessibles et universels, et ce dans la perspective de la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement (cinquième et sixième cibles). Le projet de santé maternelle du Gouvernement couvre la santé sexuelle et génésique, la santé de l'enfant et de l'adolescent, l'allaitement maternel et la participation de la population locale. Les stratégies incluent des campagnes d'information sur les soins de santé prénatale et infantile, l'alimentation pendant la grossesse, l'allaitement au sein, la vaccination des enfants et la reconnaissance des signes de danger ; l'objectif est d'assurer la prévention des décès des mères et des nouveau-nés par les soins du post-partum. Des programmes de vaccination des adultes et des enfants ont été mis en œuvre et la couverture vaccinale varie entre 80 et 85 %. L'accent porte sur la prestation de services de qualité et la formation des médecins et des infirmières aux soins obstétricaux et néonataux. La gratuité des services de planification familiale et de contraception a été instaurée. Une loi adoptée en 2006 protège les femmes contre les actes de violence, violence obstétricale comprise. Une autre loi récente encourage l'allaitement maternel.

Le Dr HEIDARI (République islamique d'Iran) dit qu'il est à la fois satisfaisant et économiquement efficace d'investir dans les services de soins de santé maternelle et infantile. Dans son pays, ces soins, planification familiale comprise, ont été intégrés dans les services de soins de santé primaires. Plus de 95 % de la population ont accès aux soins de santé maternelle et infantile ce qui a contribué au recul sensible de la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants.

¹ Document WHA60/2007/REC/2.

Le Dr RAMATLAPENG (Lesotho) déclare qu'une feuille de route a été publiée en 2006 avec les objectifs suivants : améliorer l'accès aux services de planification familiale locaux ; assurer que les femmes accouchent dans un établissement de santé ; et actualiser les compétences et veiller à ce que du personnel d'encadrement soit présent pour assurer la sécurité des accouchements et l'amélioration des soins après un avortement. En l'absence de mesures pour développer les services de santé infantile, les acquis des années 80 seront annulés. Des indicateurs ont déjà révélé une aggravation de la situation : la mortalité infantile est passée de 75 pour 1000 naissances vivantes en 2001 à 91 en 2004. Les services de vaccination ont été cependant améliorés et on s'emploie à maintenir une couverture supérieure à 90 % ; des activités de surveillance active des cas de poliomyélite importés sont déployées pour maintenir le pays indemne. Des services de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance sont assurés dans les 17 hôpitaux et les 158 centres de santé, mais les niveaux élevés de malnutrition et de carence en micronutriments constituent encore un défi pour le pays.

Mme SONG Li (Chine) adhère à la déclaration du délégué de la Norvège. La santé maternelle et infantile est une priorité pour son Gouvernement qui s'emploie à améliorer la santé des femmes et des enfants en privilégiant les groupes défavorisés. Un programme mis en place en 2000 a aidé à réduire la mortalité liée à la grossesse, à augmenter les taux d'accouchement en milieu hospitalier et à réduire le nombre des cas de tétanos néonatal. Mais la Chine doit encore surmonter de nombreuses difficultés pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé de la mère et de l'enfant, surtout en dehors des zones urbaines. La Chine demande instamment à l'OMS et à la communauté internationale d'accroître le soutien financier et technique en faveur de l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et de la réalisation de la couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants, principalement dans les groupes défavorisés des pays en développement.

Mme NGAUNJE (Malawi) déplore que les indicateurs de santé maternelle et infantile de son pays figurent parmi les plus mauvais du monde. Le Gouvernement a pris des mesures pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile et il s'emploie à accroître les effectifs de personnels de santé qualifiés et le nombre des accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié. Des améliorations sont apportées à certains établissements de santé et des ressources ont été allouées pour l'achat de médicaments utilisés en obstétrique et pour les soins aux nouveau-nés. Le Malawi a également élaboré un plan d'action destiné à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à assurer la prestation de services complets de prévention du VIH/sida dans les 525 dispensaires de soins prénatals du pays. Le Malawi a commencé à mettre en œuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance à la fin des années 90. Le pays a récemment entrepris le recrutement massif d'assistants pour la surveillance sanitaire, l'objectif étant d'atteindre un ratio de un assistant pour 1000 ménages.

Le Dr ZAMPALIGRE (Burkina Faso) indique que les taux de mortalité et de morbidité des mères, des nouveau-nés et des enfants restent élevés au Burkina Faso. Le Gouvernement a adopté des stratégies pour la réduction de la mortalité, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la nutrition, la vaccination sur dix ans et des subventions à l'appui des soins à l'accouchement et des soins obstétricaux et de santé néonatale d'urgence. Leur mise en œuvre se heurte néanmoins à la pénurie de personnel qualifié, à l'insuffisance des ressources et au manque d'interventions communautaires.

Le Dr SUGIURA (Japon), notant que la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance n'est pas mentionnée dans le rapport, demande des informations sur la contribution de cette stratégie à la couverture universelle des soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. Il demande aussi des précisions sur le sens de l'expression « continuité des soins » au paragraphe 12 du rapport, appliquée spécifiquement à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Il attend avec intérêt le deuxième rapport sur la couverture universelle des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant qui sera publié en 2009.

Le Dr MAAMOURI (Tunisie) partage l'inquiétude suscitée par la lenteur des progrès enregistrés dans certains pays en développement sur la voie de la couverture universelle des soins à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. On relève néanmoins des améliorations, notamment pour ce qui est de la couverture vaccinale. Les soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant se sont développés au fil des années et les responsables politiques au plus haut niveau sont décidés à étendre la couverture. Un soutien technique est nécessaire pour surmonter les différents obstacles à l'amélioration des services et de la couverture.

Le Dr BODZONGO (Congo) dit que la première phrase du paragraphe 5 du rapport ne tient pas compte des efforts déployés pour augmenter le nombre des accouchements qui se déroulent en présence de personnel qualifié, or c'est là l'un des objectifs des feuilles de route élaborées et appliquées par la plupart des pays subsahariens. Aussi demande-t-il le retrait des mots « hormis celle de l'Afrique subsaharienne ». De plus, la question de la mortalité maternelle ne peut être soulevée sans que soit évoquée celle de l'avortement. Il approuve la déclaration du délégué de la Norvège sur ce sujet mais souligne que la question de l'avortement doit être examinée dans le contexte des services de santé pour les femmes en général et de la législation de chaque État Membre.

Le Dr MAZHANI (Botswana) insiste sur l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et dit que son pays adhère à la déclaration du délégué de la Norvège. Il est toutefois important que l'accès à tout l'éventail des services de santé sexuelle et génésique, y compris l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité, soit conforme à la loi de chaque pays.

Le Dr CHITUWO (Zambie) reprend à son compte l'inquiétude suscitée par la lenteur des progrès sur la voie de la couverture universelle des soins de santé à la mère, au nouveau-né et à l'enfant. La morbidité et la mortalité maternelles et infantiles continuent d'atteindre des niveaux inacceptables dans certaines régions du monde et de nombreux pays pourraient se révéler incapables de réaliser les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Les mesures requises sont parfaitement connues et il existe de nombreuses interventions fondées sur des données factuelles. Les soins obstétricaux et de santé néonatale d'urgence, par exemple, sont essentiels pour sauver des vies, or ces services sont inexistantes au niveau des soins de santé primaires dans de nombreux pays. La principale difficulté tient au manque de ressources. Il accueille favorablement l'augmentation des ressources pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, mais serait plus satisfait encore de l'intégration des efforts déployés pour combattre ces maladies dans les mesures destinées à améliorer la santé maternelle et infantile. Les organismes de financement doivent faire preuve d'une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds pour le bien des mères et des enfants.

La feuille de route de la Zambie pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales a été intégrée dans les plans provinciaux et districaux. La Zambie encourage les initiatives locales en faveur de la continuité des soins aux mères et aux enfants ; elle salue également le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui permettra aux États Membres d'unir leurs forces. La Zambie prévoit d'appliquer le plan d'action de l'Union africaine pour réaliser l'accès universel à des soins complets de santé sexuelle et génésique en Afrique. À cet égard, il approuve la déclaration du délégué de la Norvège.

Le Dr AMOS (Afrique du Sud) insiste sur le rôle de la pauvreté et du sous-développement dans la morbidité et la mortalité de la mère, du nouveau-né et du nourrisson, particulièrement dans la Région africaine. Le Secrétariat doit fournir des modèles pour aider les États Membres à corriger les inégalités dans la prestation des services, notamment dans les communautés les plus inaccessibles. La pénurie de ressources humaines et les migrations des personnels de santé requièrent une attention particulière.

A propos de la première phrase du paragraphe 5 du rapport, elle fait observer que dans son pays plus de 90 % des naissances se déroulent en présence de personnel professionnel et que la couverture par les services de soins prénatals est plus élevée encore. D'importantes avancées ont aussi été enregistrées concernant l'accès aux soins de santé primaires, la mise en œuvre de la stratégie de prise

en charge intégrée des maladies de l'enfance et la couverture vaccinale en général et contre les maladies de l'enfance en particulier.

Mme DE HOZ (Argentine) indique que les principaux objectifs de son pays dans le domaine de la santé de l'enfant consistent à prévenir les problèmes de développement et à assurer le dépistage précoce des maladies. Des équipes médicales suivent la croissance et le développement des enfants et des conseils sont dispensés en cas de besoin. Depuis 1990, et en particulier en 2004-2005, les taux de mortalité infantile sont en baisse.

Les causes les plus courantes de mortalité maternelle, en recul sensible en Argentine, sont liées aux conditions socio-économiques.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) déclare que la Thaïlande a adopté en 2001 une assurance-maladie financée par l'impôt, qui inclut les soins de santé maternelle et infantile, pour 47 de ses 64 millions d'habitants. Il demande néanmoins instamment au Directeur général, aux États Membres et aux autres organisations de remédier à l'insuffisance et à la rareté des infrastructures et des ressources humaines dans le domaine des services de santé maternelle et infantile.

La faiblesse des données d'état civil et des enquêtes auprès des ménages concernant l'état de santé et l'utilisation des services de santé par les personnes à risque entravent l'évaluation des progrès sur la voie de la couverture universelle. Il est important de vérifier les inégalités d'accès aux services de santé et l'état de santé des mères et des enfants des divers groupes socio-économiques et il demande instamment à l'OMS d'aider à renforcer les systèmes d'information sanitaire.

Les progrès de l'Afrique, de l'Asie et des Caraïbes doivent être accélérés, en particulier pour ce qui est de la planification familiale et des soins prénatals et postnatals. Des interventions s'imposent à tous les niveaux pour surveiller et évaluer la couverture des soins de santé maternelle et infantile.

M. NAIEEM (Afghanistan) rappelle que son pays a traversé une période de conflit et enregistre des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde. C'est pourquoi le Ministère de la Santé a élaboré un document de politique générale en 2003, qui met l'accent sur la santé maternelle et infantile. Les US \$4,5 disponibles par habitant sont insuffisants par rapport aux US \$34 recommandés par une étude de l'OMS et ne peuvent assurer que des services minimums. Le Gouvernement dispense des services dans trois provinces ; dans les 31 provinces restantes, les services ont été confiés à des organisations non gouvernementales et des bénévoles. En 2007, des centres secondaires ont été mis en place pour tenter d'améliorer l'accès aux services de santé maternelle et infantile essentiels, mais les ressources font encore défaut et l'Afghanistan aura besoin d'un soutien technique et financier du Secrétariat et d'autres États Membres.

Mme NKURUNZIZA (Burundi) souscrit à la déclaration du délégué de la Norvège. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile du Burundi ont incité le Gouvernement à dispenser des soins gratuits aux enfants de moins de cinq ans et des services obstétricaux gratuits aux mères qui accouchent dans des établissements de soins, ce qui a entraîné une hausse de 50 % de la fréquentation de ces services.

A l'issue d'un conflit, le pays doit cependant faire face à une grave pénurie de matériels, d'infrastructures et de ressources humaines, et la transmission du VIH de la mère à l'enfant est encore très répandue malgré les traitements et stratégies efficaces qui existent. Il faudrait que l'OMS et la communauté internationale augmentent les ressources à l'appui des systèmes de santé, en particulier dans les pays pauvres ou qui ont été touchés par un conflit.

Le Dr BOUAKAZ (Algérie) estime qu'une stratégie spécifique est nécessaire pour améliorer les taux de mortalité maternelle et infantile alarmants de l'Afrique par rapport aux pays industrialisés. Le plan national algérien pour la santé néonatale et périnatale 2006-2009 vise à réduire ces taux. Le plan privilégie la formation des personnels de santé ; la création de services et d'unités de santé néonatale à proximité ou à l'intérieur des services d'obstétrique et de gynécologie et des maternités ; la fourniture de matériel adéquat pour les soins néonataux, comme des unités de réanimation et des incubateurs ; et

la surveillance rigoureuse des grossesses à risque, par exemple en cas d'hypertension artérielle ou de diabète.

Le Professeur OKONOFUA (Nigéria) insiste sur la nécessité d'améliorer la santé maternelle et infantile par la prestation de services efficaces et performants, et non au moyen des services « traditionnels » préconisés par le passé.

Dans de nombreuses sociétés, la santé maternelle et infantile n'occupe pas le rang de priorité qu'elle mérite. Le Nigéria a cependant créé récemment un partenariat intégré pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui devrait contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile d'ici à 2015, et il a établi un service consultatif pour la santé maternelle et infantile. Des services médicaux gratuits seront dispensés aux femmes enceintes et aux enfants de moins de cinq ans dans les établissements de santé du secteur tertiaire.

Les indicateurs de la santé maternelle et infantile sont à l'image du niveau de développement d'un pays, aussi encourage-t-il les responsables politiques à accorder un rang de priorité plus élevé à la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile dans les pays en développement.

Le Dr BISWAS (Bangladesh) déclare que son pays applique un programme sectoriel pour la santé, l'alimentation et la population, une stratégie de réduction de la pauvreté et une stratégie de santé maternelle, et ce dans le cadre des soins de santé primaires. Toutefois, 10 % seulement des accouchements ont lieu dans des établissements de soins et 13 % seulement des naissances se déroulent en présence de personnel qualifié. Un programme d'urgence a été mis en place dans l'ensemble du pays mais il n'a pas encore donné les résultats souhaités. Un système de bons a aussi été adopté pour les femmes enceintes les plus pauvres.

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

La séance est levée à 13 heures.

DIXIÈME SÉANCE

Lundi 21 mai 2007, 10 heures

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

1. TROISIÈME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A60/58)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), Rapporteur, donne lecture du projet de troisième rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Vers une couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants : rapport biennal : Point 12.10 de l'ordre du jour (document A60/17) (suite de la neuvième séance, section 2)

Le Dr MOOSA (Maldives) est satisfaite des améliorations dont ont bénéficié certains domaines de la santé maternelle et infantile, mais demande au Secrétariat d'accroître son soutien aux soins postnatals dans les États Membres compte tenu du nombre élevé des décès de mères et de nouveau-nés. Elle s'inquiète de la réduction de la contribution de trois gros bailleurs de fonds à l'appui de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dont il est fait état au paragraphe 18 du rapport, car cela rendra plus improbable la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Il serait utile de calculer le montant des fonds qui manquent pour réaliser les objectifs fixés et de trouver des mécanismes propres à assurer l'utilisation efficace des ressources.

Le Dr MIDZI (Zimbabwe) déclare que son pays, malgré les énormes difficultés auxquelles il doit faire face, continue de travailler à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Entre 2002 et 2006, le taux de mortalité maternelle a été réduit de moitié, passant à 555 pour 100 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité des moins de cinq ans a été ramené à 82 pour 1000 naissances vivantes, soit un recul de 20 %, ces taux restant néanmoins élevés. On peut imputer les progrès accomplis au maintien à 89 % en moyenne du taux de vaccination, à l'intensification de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à la gratuité des services de soins prénatals à toutes les femmes dans les établissements de santé publique, se traduisant par une couverture de 84 % des soins prénatals. Il invite le Directeur général à assister au lancement, en juin 2007, de la feuille de route pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les acquis sont toutefois sérieusement menacés par la pénurie de personnel due à l'exode des professionnels des soins de santé, le manque de matériel et de médicaments essentiels pour les soins obstétricaux d'urgence, le vieillissement de la flotte ambulancière et le manque de véhicules de service pour les interventions de terrain du Programme élargi de vaccination, la faiblesse des systèmes de santé et les maladies nouvelles et émergentes qui

¹ Voir p. 353.

soustraient des ressources des programmes très performants. Il demande instamment à l'OMS de fournir un appui aux pays comme le sien pour qu'ils préservent leurs acquis sanitaires.

Le Dr GEORGE (Barbade), prenant la parole au nom des 14 pays Membres de la Communauté des Caraïbes, dit que la santé et le bien-être des mères et des enfants reflètent le niveau de développement d'un pays. Les 14 pays continuent de gagner du terrain dans les domaines des maladies évitables par la vaccination, de la maternité sans risque et de la santé des enfants, avec une couverture vaccinale supérieure à 90 %, et ils restent exempts de poliomyélite et de rougeole. S'employant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, les pays des Caraïbes ont inscrit la santé maternelle et infantile dans le contexte de la stratégie de la santé de la famille. Le ratio de la mortalité maternelle oscille entre zéro pour 100 000 naissances vivantes à la Barbade et 910 en Haïti ; les causes indirectes de mortalité comme le VIH/sida et la violence sont en hausse. Le recours à des mesures innovantes, tel le dépistage des mères à haut risque par les agents de santé locaux, favorise l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. Les décès maternels font systématiquement l'objet d'un examen, et un système d'audit a été mis à l'essai sur le terrain. Plus de 20 % des femmes enceintes sont des adolescentes, ce qui témoigne de la nécessité d'améliorer les programmes de santé génésique des adolescentes, de prévention de la grossesse et de renforcement des savoir-faire pratiques. Les avancées dans le domaine de la santé maternelle et infantile sont compromises par les problèmes émergents de l'enfance et l'exode accéléré des personnels de santé qualifiés. Il prie instamment le Directeur général d'accorder une attention prioritaire aux ressources humaines pour la santé, car les pays doivent empêcher que s'amenuisent leurs effectifs, moyennant par exemple une formation interdisciplinaire, un rééquilibrage hommes-femmes et un accroissement des ressources financières en faveur de la formation.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar) dit que la santé maternelle et infantile reste préoccupante à Madagascar mais que son pays a ramené le taux de mortalité infantile de 117 pour 1000 naissances vivantes en 1997 à 94 en 2006. Les activités systématiques ont été renforcées et des campagnes de vaccination de masse visant les mères et les enfants, incluant la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'administration de suppléments en vitamine A, de fer et de zinc et des traitements antiparasitaires, ont été instaurées. Le taux de couverture vaccinale a atteint 95 % et des activités de dépistage de l'infection à VIH ont été mises en place. Elle recommande que des ressources accrues soient consacrées à ce domaine.

M. MABUZA (Swaziland) observe qu'il reste beaucoup à faire dans le domaine de la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, notamment pour ce qui est de l'accès à la santé sexuelle et génésique, pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. La mise en œuvre du plan d'action de Maputo sur la santé sexuelle et génésique adopté par les ministres africains de la santé en 2006 y contribuera. Le Swaziland s'emploie à améliorer ses services de santé maternelle, qui incluent la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (dont la couverture est actuellement de 50 %) et la planification familiale. L'application des programmes pour la survie de l'enfant dans le cadre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et du Programme élargi de vaccination est assurée par des partenariats public-privé. La migration des personnels de santé spécialisés constitue toutefois un obstacle majeur. Il appuie la déclaration des pays nordiques et d'autres pays, bien que l'avortement, dans son pays, relève de la législation nationale.

Le Dr MUKELABAI (UNICEF) accueille le rapport avec satisfaction car il aidera les pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la survie de la mère et de l'enfant. La plupart des décès de mères, de nouveau-nés et d'enfants pourraient aisément être évités par l'intensification des interventions requises. Il est regrettable que 7 seulement des 60 pays où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est le plus élevé soient en voie d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement lié à la survie de l'enfant. De même, dans de nombreux pays ayant un taux de mortalité maternelle élevé, plus de 80 % des femmes accouchent sans l'assistance de

personnel qualifié, courant ainsi un risque accru de mourir en couches ou d'avoir un accouchement compliqué. En 2005, l'UNICEF, avec l'OMS et d'autres partenaires, a constitué un partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui collabore avec plusieurs pays dans le domaine de la survie de la mère et de l'enfant. Au nombre des autres initiatives figure une stratégie pour la survie de l'enfant dans la Région africaine proposée par l'OMS, l'UNICEF et la Banque mondiale, qui débouchera sur une feuille de route pour la survie de l'enfant. Les responsables politiques des États Membres doivent rester fermement engagés et allouer des ressources aux programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. L'UNICEF se félicite du renforcement de l'engagement des pays donateurs, des fondations et du secteur privé et accueille favorablement le « plan de travail mondial », destiné à accélérer la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, proposé par le Premier Ministre de la Norvège. L'UNICEF approuve le rapport biennal de l'OMS et espère voir davantage de pays atteindre les objectifs.

Mme CALDWELL (Conseil international des Infirmières), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT et au nom de la Confédération internationale des Sages-Femmes, se félicite de l'accroissement du nombre des accouchements qui bénéficient de l'assistance de personnel qualifié, mais note avec inquiétude la hausse des taux de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne et demande que l'on redouble d'efforts pour développer la prestation de services infirmiers et obstétricaux. L'augmentation des grossesses chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est aussi préoccupante. Aux termes du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*,¹ toutes les mères et tous les nouveau-nés ont besoin de soins proches de leur lieu et proches de leur culture originelle, qui ne présentent pas de risques et soient dispensés par du personnel qualifié. Elle demande instamment que soient maintenus les efforts déployés pour étendre la couverture des soins dispensés par les sages-femmes et les infirmières-sages-femmes là où ils sont le plus indispensables, et ce afin d'aider à la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement.

Le rapport décrit dans le détail les progrès réalisés en matière de couverture vaccinale, malgré les taux de couverture décevants de pratiques à faible coût comme l'allaitement au sein exclusif pendant six mois et la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Trop peu d'enfants bénéficient de soins efficaces pendant la période néonatale, signe de l'absence de continuité des soins, de la planification familiale, en passant par la grossesse et l'accouchement, aux soins du post-partum et au nouveau-né. Les organisations qu'elle représente se sont engagées à travailler à la réalisation de la couverture universelle et appuient les initiatives nationales et mondiales qui visent à étendre l'accès aux soins de santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants.

Mme STERKEN (Association internationale des Consultants en Lactation), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT et au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, de l'Action des Eglises pour la Santé et de Consumers International, note que, selon un rapport sur la survie du nouveau-né, l'allaitement au sein pendant une période suffisante aide à réduire la mortalité des moins de cinq ans, y compris dans le contexte du VIH/sida. Avec 50 % ou plus des enfants de moins de six mois nourris exclusivement au sein dans 10 pays et des taux d'allaitement maternel de 20 % ou moins dans 23 pays, le rapport biennal montre que la recommandation de l'OMS en faveur de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et son maintien jusqu'à deux ans est loin d'être appliquée. Sur 10,9 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans, on compte 4 millions d'enfants d'un mois au plus. Une étude couvrant 10 000 nouveau-nés au Ghana a établi que le risque de mortalité néonatale est quatre fois plus élevé chez les enfants nourris avec des préparations ou des aliments solides d'origine animale en complément de l'allaitement au sein, et qu'en différant le démarrage de l'allaitement au sein au-delà de la première

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

heure de la vie ou du premier jour, on augmente le risque de mortalité du nouveau-né ; d'autres études devront confirmer ces observations.

Le démarrage précoce de l'allaitement au sein est un élément clé de l'initiative UNICEF/OMS des hôpitaux « amis des bébés » et quelque 20 000 hôpitaux « amis des bébés » ont été accrédités dans le monde, dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant adoptée en 2002. Les organisations non gouvernementales au nom desquelles elle s'exprime demandent l'aide des ministres de la santé pour la célébration de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel 2007 sur le thème « Démarrez l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance ».

Mme SACKSTEIN (Alliance internationale des Femmes), invitée à prendre la parole par le PRÉSIDENT, indique que 95 % des 529 000 décès maternels annuels surviennent en Afrique, la plupart pouvant être évités moyennant quelques interventions simples. Les femmes les plus touchées sont celles qui vivent dans les pays à faible revenu et, dans les sociétés nanties, celles qui vivent dans la pauvreté. Les programmes de planification familiale sont de plus en plus rares, souvent privés des financements alloués aux activités de santé des pays en développement pour des raisons idéologiques. L'assistance de personnel qualifié à l'accouchement et la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence réduiraient la mortalité maternelle de 75 % ; la planification familiale aiderait aussi à abaisser la mortalité maternelle et infantile. La mortalité maternelle est révélatrice de profondes inégalités générales, ethniques et entre les sexes, qui posent à la fois des problèmes au plan de la santé et des droits de l'homme. Elle requiert un surcroît d'attention, malgré les nombreux efforts déjà déployés par l'OMS, comme la campagne « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant » lancée en 2005. La lutte contre la mortalité maternelle pourrait devenir un puissant facteur de renforcement des systèmes de santé qui seraient accessibles à tous et contribueraient à la réalisation de la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement.

Mme MAFUBELU (Sous-Directeur général) salue les nombreuses mesures prises par les États Membres pour assurer la couverture universelle par les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Le Secrétariat partage l'inquiétude suscitée par la lenteur des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Si les États Membres et les partenaires pour le développement réaffirmaient leur engagement, les progrès pourraient être accélérés et les objectifs réalisés à temps. À cet égard, elle accueille favorablement le plan d'action adopté lors de la Conférence des Ministres de la Santé de l'Union africaine (Maputo, septembre 2006), et le plan de travail mondial proposé par le Premier Ministre de la Norvège, qui devrait assurer l'augmentation des ressources allouées à cet important domaine d'activité.

Elle se félicite du soutien financier des partenaires pour le développement dans ce domaine, et notamment des crédits alloués par l'Union européenne à six pays africains et à deux pays d'Amérique du Sud. L'OMS continuera de collaborer avec les partenaires concernés afin d'harmoniser les efforts à l'intérieur du système des Nations Unies et d'accroître l'appui technique aux États Membres.

Les programmes de santé maternelle et infantile et de santé génésique de l'OMS, joints à l'action de l'UNICEF, du FNUAP, de la Banque mondiale, des partenaires pour le développement, des organisations non gouvernementales et des associations professionnelles, s'emploient à renforcer les activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en particulier en Afrique. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS lutte contre le paludisme chez les femmes enceintes, les soins prénatals fournissant l'occasion idéale d'agir sur les problèmes de la transmission mère-enfant du VIH et du paludisme pendant la grossesse. Bien que la stratégie pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ne soit pas spécifiquement mentionnée dans le rapport, certaines interventions le sont, et notamment le traitement de la diarrhée et de la pneumonie et les soins aux nouveau-nés. La stratégie demeure au centre des interventions essentielles destinées à réduire la mortalité des moins de cinq ans, et il en sera fait état dans le prochain rapport biennal à l'Assemblée de la Santé.

Si l'assistance de personnel professionnel à l'accouchement est insuffisante en Afrique subsaharienne, des progrès ont été faits en Afrique du Sud, au Botswana, au Cap-Vert, au Congo, au Gabon et à Maurice. Plus de 80 % des accouchements se déroulent actuellement en présence de personnel qualifié dans ces pays. Elle regrette que le rapport ne prenne pas acte de ces résultats.

La continuité des soins revêt deux dimensions dans le contexte du rapport. Au niveau des services, elle assure les maillages nécessaires entre les soins aux niveaux local et primaire et les soins aux niveaux secondaire et tertiaire, comme la prise en charge des complications de la grossesse et certains types de services de planification familiale. Elle a également trait à des interventions à des étapes importantes de l'existence.

L'OMS organisera en 2007 un comité d'experts qui se penchera sur les soins du post-partum, l'objectif étant d'améliorer la couverture des soins postnatals.

Elle a pris note de l'invitation du délégué du Zimbabwe.

L'OMS continuera d'appliquer des stratégies de santé essentielles destinées à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, et notamment la stratégie mondiale pour la santé génésique et la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Le Directeur général a déclaré que les résultats de l'Organisation seraient mesurés d'après leurs effets sur la santé des populations africaines et sur la santé des femmes. C'est dans ce contexte que sont intensifiés les efforts déployés pour améliorer la santé des femmes, des nouveau-nés et des enfants.

La Commission prend note du rapport.

Paludisme, y compris proposition d'instaurer une journée mondiale du paludisme : Point 12.5 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R16, EB120.R16 Corr.1, et A60/12) (suite de la cinquième séance, section 3)

Le PRÉSIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution ci-après, tel qu'il a été révisé par un groupe de rédaction informel :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme, y compris la proposition d'instaurer une journée du paludisme ;¹

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables ;

Notant que d'importantes ressources ont été fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Stratégie mondiale et le Programme d'accélération de la lutte contre le paludisme de la Banque mondiale, la Fondation Bill et Melinda Gates, l'Initiative du Président des États-Unis d'Amérique contre le paludisme et par d'autres donateurs ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres, et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) ;

Rappelant que la lutte contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies fait partie des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme afin d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui consiste à réduire de deux tiers d'ici 2015 la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, et de contribuer à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

¹ Document A60/12.

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à appliquer, dans leur contexte spécifique, les politiques, stratégies et instruments s'appuyant sur des données factuelles recommandés par l'OMS et des systèmes de suivi et d'évaluation fondés sur les résultats afin de renforcer la couverture par les principales interventions préventives dans les populations à risque et par des interventions curatives pour les patients atteints de paludisme, et à apprécier l'exécution des programmes ainsi que la couverture et l'effet des interventions de manière efficace et en temps utile, en particulier en utilisant la base de données de l'OMS sur les profils de pays ;
 - 2) à affecter des ressources nationales et internationales, humaines et financières, à l'assistance technique afin que les stratégies les mieux adaptées à la situation et à l'épidémiologie locales soient effectivement mises en œuvre et que les populations cibles soient atteintes ;
 - 3) à cesser progressivement, dans les secteurs public et privé, l'administration de monothérapies à l'artémisinine par voie orale, à promouvoir l'utilisation d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, et à appliquer des politiques interdisant la production, la commercialisation, la distribution et l'utilisation d'antipaludiques contrefaits ;
 - 4) à élargir l'accès à des associations médicamenteuses antipaludiques sûres, efficaces et d'un coût abordable, à un traitement préventif intermittent dans le cas des femmes enceintes – avec des précautions particulières pour les femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent une chimiothérapie au co-trimoxazole –, à des moustiquaires imprégnées d'insecticide – notamment par la distribution gratuite de moustiquaires le cas échéant – et aux pulvérisations à l'intérieur des habitations d'insecticides à effet rémanent adaptés et sûrs pour la lutte antipaludique, compte tenu des réglementations, normes et directives internationales pertinentes ;
 - 5) à prévoir le cas échéant dans leur législation la pleine utilisation des flexibilités ménagées dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pour faciliter l'accès aux produits pharmaceutiques ;¹
 - 6) à utiliser tous les moyens administratifs et législatifs nécessaires, y compris, le cas échéant, les dispositions contenues dans les accords internationaux, dont l'Accord sur les ADPIC, pour promouvoir l'accès aux techniques de prévention du paludisme ;
 - 7) à chercher à réduire ou interrompre la transmission du paludisme autant que possible par une gestion intégrée des vecteurs, à favoriser une amélioration des conditions locales et environnementales et des cadres sains, et à faciliter l'accès aux services de santé de base, aux antipaludiques, aux produits diagnostiques et aux technologies préventives pour réduire la charge de morbidité palustre ;
 - 8) à mettre en œuvre des approches intégrées de prévention et de lutte antipaludique par la collaboration multisectorielle et la participation responsable de la communauté ;
2. PRIE les organisations internationales et les organismes de financement :
 - 1) de fournir un appui pour que les pays en développement puissent se doter des moyens d'étendre : l'utilisation de produits diagnostiques fiables et d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine adaptées à la situation locale en matière de pharmacorésistance, l'application de la lutte intégrée contre les vecteurs, y compris l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable et de mesures larvicides, la pulvérisation à l'intérieur des habitations d'insecticides à effet rémanent sûrs et

¹ « Le Conseil général de l'OMC, dans sa décision du 30 août 2003 sur la mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, a décidé que « l'expression 'produit pharmaceutique' s'entend de tout produit breveté, ou produit fabriqué au moyen d'un procédé breveté, du secteur pharmaceutique nécessaire pour remédier aux problèmes de santé publique tels qu'ils sont reconnus au paragraphe 1 de la Déclaration. Il est entendu qu'elle inclurait les principes actifs nécessaires à la fabrication du produit et les kits de diagnostic nécessaires à son utilisation ».

- appropriés, comme recommandé par l'OMS et conformément aux dispositions de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants,¹ et le recours à des systèmes de surveillance et d'évaluation, y compris la base de données de pays mise au point par l'OMS ;
- 2) d'accroître les ressources pour la lutte antipaludique afin que les organismes compétents puissent continuer à fournir un appui aux pays, et d'affecter des moyens supplémentaires à l'assistance technique pour que les ressources financières puissent être absorbées et utilisées de manière efficace dans les pays ;
 - 3) de fournir un appui pour l'élimination du paludisme dans les zones où il est possible de l'éliminer durablement ;
 - 4) d'ajuster leurs politiques afin de cesser progressivement de financer la fourniture et la distribution de monothérapies orales comportant de l'artémisinine et d'adhérer à des campagnes visant à interdire la production, la commercialisation, la distribution et l'utilisation d'antipaludiques contrefaits ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de prendre les mesures voulues pour identifier les lacunes dans les connaissances en matière de lutte antipaludique et d'élimination du paludisme fournir un appui à la mise au point de nouveaux instruments de diagnostic, traitement, prévention et lutte et de stratégies estimer avec plus d'exactitude la charge de morbidité mondiale et les tendances dans ce domaine ; mettre au point de nouveaux outils et méthodes d'évaluation des effets et de la rentabilité des interventions ; renforcer les activités de recherche antipaludique en cours à l'OMS, y compris celles du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; fournir une assistance technique aux pays pour leur permettre de mener des activités de recherche opérationnelle et pratique ; et mobiliser des ressources et accroître le soutien en faveur de la recherche pour mettre au point de nouveaux outils et de nouvelles stratégies de prévention et de lutte concernant le paludisme ;
 - 2) de renforcer et de rationaliser les ressources humaines affectées à la lutte antipaludique en déployant le personnel au niveau des pays et en améliorant ainsi la capacité des bureaux de l'OMS dans les pays à fournir des orientations techniques aux programmes de santé nationaux ;
 - 3) de fournir un appui à la coordination des efforts des partenaires et des pays pour la lutte antipaludique dans les camps de réfugiés et dans les situations d'urgence complexes ;
 - 4) d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de la lutte antipaludique ;
 - 5) de soutenir la gestion rationnelle de l'utilisation du DDT pour la lutte antivectorielle conformément à la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants¹ et d'échanger des données sur cette utilisation avec les États Membres ;
 - 6) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les deux ans, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ;
4. DÉCIDE que :
- 1) la Journée mondiale du paludisme sera célébrée chaque année le 25 avril ou un autre jour ou d'autres jours selon ce que pourront décider les divers États Membres, pour faire connaître et comprendre le paludisme, qui est un fléau mondial évitable et une maladie guérissable ;
 - 2) la Journée mondiale du paludisme sera le point culminant d'années de mise en œuvre intensifiée des stratégies nationales de lutte antipaludique, notamment des activités communautaires de prévention et de traitement du paludisme dans les zones d'endémie, et

¹ La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (annexe B, deuxième partie, paragraphes 1-5) autorise l'utilisation temporaire du DDT pour la lutte contre les vecteurs du paludisme tout en maintenant l'objectif de réduire et, à terme, d'éliminer l'utilisation du DDT, et demande que soient mises au point des solutions de remplacement.

l'occasion d'informer le grand public des obstacles rencontrés et des progrès accomplis dans la lutte contre le paludisme.

Le projet de résolution est approuvé.¹

Lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme : Point 12.6 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R3, et A60/13) (suite de la huitième séance)

Le PRÉSIDENT invite la Commission à examiner le projet de résolution ci-après, tel qu'il a été révisé par un groupe de rédaction informel :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre la tuberculose : progrès et planification à long terme ;²

Notant les progrès accomplis depuis 1991 dans la réalisation des cibles internationales fixées à 2005 et, plus récemment, depuis la création du partenariat Halte à la tuberculose en application de la résolution WHA51.13 ;

Consciente qu'il faut faire fond sur ces progrès et surmonter les obstacles pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 par le partenariat Halte à la tuberculose – dans la perspective de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire « D'ici à 2015, avoir maîtrisé ... d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » –, à savoir diminuer de moitié d'ici à 2015 la prévalence de la tuberculose et la mortalité due à cette maladie par rapport aux taux de 1990 ;

Notant que la stratégie Halte à la tuberculose est conçue comme une approche globale de la prévention et de la lutte antituberculeuses qui inclut la stratégie de lutte contre la tuberculose convenue au plan international (stratégie DOTS), amplifie les activités de lutte antituberculeuse et en élargit le champ ;

Accueillant favorablement le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 du partenariat, dans lequel sont exposées les activités à entreprendre pour appliquer la stratégie Halte à la tuberculose et atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 ;

Consciente qu'il faut élargir, amplifier et accélérer les recherches indispensables pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et éliminer la tuberculose en tant que problème de santé publique d'importance mondiale d'ici à 2050 ;

Craignant que des retards dans l'application du plan mondial ne se traduisent par une augmentation du nombre de cas de tuberculose et de décès, y compris ceux dus à la tuberculose multirésistante (et ultrarésistante) et à l'impact du VIH, et ne retardent par conséquent la réalisation, d'ici à 2015, des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse et de l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Reconnaissant l'importance de la situation et les tendances de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante qui dressent des obstacles à la réalisation des objectifs du plan mondial d'ici à 2015, ainsi que la nécessité d'accroître le nombre des États Membres participant au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le quatrième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.18.

² Document A60/13.

antituberculeux et de trouver les ressources supplémentaires requises pour accomplir cette tâche ; [Thaïlande]

Rappelant que, dans la résolution WHA58.14, les États Membres sont encouragés à s'acquitter de l'engagement qu'ils ont pris d'assurer la disponibilité de ressources intérieures et extérieures suffisantes pour atteindre l'objectif de développement concernant la tuberculose qui a été convenu sur le plan international et est énoncé dans la Déclaration du Millénaire ;

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres, et prenant note à cet égard des activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID) et du Dispositif international pour le financement de la vaccination et de la volonté de lancer un projet pilote dans le cadre des initiatives des engagements d'achat à terme ; [Allemagne]

ou

Se félicitant de la contribution apportée à la mobilisation de ressources pour le développement par les initiatives de financements innovants volontaires prises par des groupes d'États Membres, [États-Unis d'Amérique]

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

1) à établir et appliquer des plans de prévention et de lutte antituberculeuses à long terme conformes au plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, dans le cadre de plans généraux de développement sanitaire, en collaboration avec d'autres programmes (y compris les programmes de lutte contre le VIH/sida, de santé de l'enfant et de renforcement des systèmes de santé) et par le biais des partenariats nationaux Halte à la tuberculose, le cas échéant, dans le but :

a) de progresser plus vite vers les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 en appliquant intégralement et rapidement la stratégie Halte à la tuberculose **et en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques ; [Pays-Bas]**

b) d'améliorer plus rapidement les systèmes d'information sanitaire, **que ce soit en général ou pour la tuberculose en particulier, [Japon]** afin d'aider à l'évaluation des résultats des programmes nationaux ;

c) **de veiller à une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS par les programmes de lutte antituberculeuse, première et principale mesure pour l'application complète de la stratégie Halte à la tuberculose ; [Japon]**

d) ~~de limiter le risque que n'apparaisse et ne se transmette~~ **d'endiguer [Micronésie (États fédérés de)] l'émergence et la transmission de la tuberculose multirésistante, et notamment de la tuberculose ultrarésistante, en assurant une mise en œuvre de haute qualité de la stratégie DOTS et [Japon]** en veillant à une application rapide des mesures de précaution pour endiguer l'infection ;

dbis) s'ils sont touchés, de s'attaquer immédiatement aux problèmes de la tuberculose ultrarésistante **et de la tuberculose liée au VIH [Éthiopie]** dans le cadre de la stratégie générale Halte à la tuberculose, en tant que principales priorités sanitaires ; **[Éthiopie]**

e) de renforcer les capacités de laboratoire afin de soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, **là où des ressources sont disponibles, [Thaïlande]** et de promouvoir l'accès à un examen microscopique des frottis de qualité assurée ;

f) d'élargir l'accès aux médicaments de deuxième intention dont la qualité est garantie et le prix abordable par le canal du Comité Feu vert du partenariat Halte à la tuberculose ;

g) d'accélérer les interventions concertées contre l'infection à VIH et la tuberculose ; [Kenya]

h) d'associer pleinement le secteur privé aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse ; [Swaziland]

- 2) à utiliser tous les mécanismes de financement possible pour s'acquitter des engagements pris dans la résolution WHA58.14, y compris celui d'assurer un financement intérieur et extérieur durable, comblant ainsi les déficits de financement dégagés dans le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 ;
 - 3) à déclarer la tuberculose urgence sanitaire, le cas échéant, et à affecter des ressources supplémentaires pour renforcer les activités destinées à interrompre la propagation de la tuberculose ultrarésistante ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de mieux soutenir les États Membres pour développer la mise en œuvre de la stratégie Halte à la tuberculose en renforçant le potentiel et en améliorant les résultats des programmes nationaux de lutte antituberculeuse, particulièrement la qualité des activités DOTS, et en appliquant des mesures de lutte contre l'infection dans le contexte général du renforcement des systèmes de santé, afin d'atteindre les cibles internationales fixées à 2015 ;
 - 1bis) de continuer à fournir un appui au réseau du projet mondial de surveillance de la résistance aux antituberculeux en y intégrant un plus grand nombre d'États Membres afin d'adapter le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 compte tenu de l'ampleur et des tendances de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose ultrarésistante ; [Thaïlande]**
 - 2) de renforcer de toute urgence l'appui de l'OMS aux pays touchés **par la tuberculose multirésistante et particulièrement [Swaziland] par la tuberculose ultrarésistante, en particulier là où elle est liée au VIH ; et aux pays gravement touchés par la tuberculose liée au VIH ; [Éthiopie]**
 - 3) de faire en sorte que l'OMS assure davantage la direction des activités au sein du partenariat Halte à la tuberculose dans la coordination des efforts déployés pour mettre en œuvre le plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, et d'obtenir un engagement à long terme qui garantisse le financement durable du plan mondial par des mécanismes améliorés visant à accroître le financement ;
 - 4) de renforcer les mécanismes permettant d'examiner et de suivre les estimations de l'impact des activités de lutte sur la charge que fait peser la tuberculose, y compris l'incidence, la prévalence et la mortalité, **en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables exposés à un risque élevé, comme les démunis, les migrants et les membres de minorités ethniques ; [Pays-Bas]**
 - 5) de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils développent les capacités de laboratoire pour soumettre rapidement à des tests de sensibilité aux médicaments les isolements obtenus pour tous les patients tuberculeux à culture positive, **d'élaborer des directives consensuelles sur les tests rapides de pharmacosensibilité et des mesures appropriées pour le renforcement des laboratoires, et de mobiliser les fonds correspondants ; [Thaïlande]**
 - 6) d'accroître le rôle de l'OMS dans la recherche sur la tuberculose pour promouvoir la recherche appliquée nécessaire pour atteindre les cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015 et la recherche fondamentale requise pour éliminer la tuberculose d'ici à 2050 ; et de mieux soutenir au niveau mondial les branches de la recherche sur la tuberculose qui sont actuellement insuffisamment financées, **notamment en encourageant la recherche-développement de nouveaux agents antituberculeux outils diagnostiques, médicaments et vaccins et en faisant ressortir l'importance de la nutrition pour la tuberculose de même que son interaction avec celle-ci ; [Koweït]**
 - 7) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif sur :

- a) la mise en œuvre du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, y compris la mobilisation de ressources intérieures et extérieures pour sa mise en œuvre ;
- b) les progrès accomplis dans la réalisation des cibles internationales en matière de lutte antituberculeuse fixées à 2015, en se fondant sur la « proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) » (indicateur 24 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer les résultats des programmes nationaux, et sur le taux d'incidence, « le taux de prévalence de la tuberculose et le taux de mortalité lié à cette maladie » (indicateur 23 des objectifs du Millénaire pour le développement) pour mesurer l'impact de l'action menée sur l'épidémie de tuberculose.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) fait observer que les délégués concernés par l'ultime paragraphe du préambule se sont déclarés en faveur de la première option présentée dans le texte du projet de résolution.

Le Dr METAI (Kiribati) appuie le projet de résolution. L'incidence de la tuberculose à Kiribati atteint un niveau inacceptable tandis qu'augmentent les niveaux concomitants de tuberculose et de VIH/sida. La présence d'un patient atteint de tuberculose pharmacorésistante constitue une menace grave. Dans l'impossibilité d'effectuer une culture et un test de sensibilité pour *Mycobacterium tuberculosis* au niveau national, le pays est incapable de dépister les cas résistants aux antituberculeux. On risque aussi de ce fait de laisser passer des cas à frottis négatifs qui auraient donné une culture positive. Une aide extérieure est nécessaire pour combler le déficit financier du plan stratégique national de lutte antituberculeuse pour fournir des médicaments et améliorer la publication des données.

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

La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation : Point 12.11 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R14, et A60/18)

Mme REITENBACH (Allemagne), s'exprimant au nom des États Membres de l'Union européenne, déclare que la Turquie, la Croatie, l'Ex-République yougoslave de Macédoine, les pays du processus de stabilisation et d'association et les candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie, ainsi que l'Ukraine et la République de Moldova s'alignent sur sa déclaration. Elle appuie le projet de résolution sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation contenu dans la résolution EB120.R14.

La santé est influencée par des déterminants à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, et notamment le revenu, l'éducation, l'emploi, le milieu professionnel et l'habitat, dont les retombées ne touchent pas également tous les groupes de population. Face aux déterminants plus larges de la santé, les activités essentielles de promotion de la santé réduisent les inégalités en matière de santé dans les pays en développement comme dans les pays développés. Le projet « Comblent le fossé : stratégies d'action pour remédier aux inégalités de santé en Europe », financé par l'Union européenne, met l'accent sur la nécessité d'agir sur les inégalités de santé dans tous les États Membres de l'Union.

Elle accueille avec satisfaction l'action préconisée dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, à laquelle doit être associé l'ensemble du gouvernement, qui doit prendre en compte la vie dans sa globalité. La stratégie « Health in All policies » de la

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le quatrième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.19.

Commission de l'Union européenne a également pour objet de faire de la santé une question intersectorielle systématiquement prise en compte par les décideurs. Un développement social et économique plus équitable suppose qu'on privilégie, entre autres déterminants de la santé, les investissements en faveur de la promotion de la santé et la participation active des acteurs concernés sur le terrain. L'Union européenne appuie les efforts de l'OMS pour renforcer les données factuelles de la promotion de la santé. Les activités ordinaires de l'OMS doivent être solidement rattachées à celles de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Le programme de promotion de la santé de l'OMS doit être coordonné avec l'action des dirigeants au plus haut niveau et le Directeur général doit insister sur la nécessité d'approches intersectorielles de la santé dans le processus de réforme des Nations Unies.

Le Gouvernement allemand a organisé une conférence de l'Union européenne sur la prévention sanitaire, l'alimentation et l'exercice physique – clé d'une meilleure qualité de vie (Badenweiler, Allemagne, 26-27 février 2007), associant des mesures de prévention fondées sur le comportement et sur le cadre de vie et des mesures de promotion de la santé. Lorsque le Portugal assumera la présidence de l'Union, il privilégiera l'amélioration de la santé des migrants.

Aux paragraphes 1.2) et 2.3) du projet de résolution, elle propose d'ajouter les mots « , y compris interministérielle, » après « multisectorielle », l'amélioration de la coordination entre les ministères étant l'une des clés du renforcement des déterminants de la santé.

Elle se félicite du soutien du Secrétariat aux Membres de l'Union européenne pour le renforcement de leur potentiel de promotion de la santé. L'OMS devrait prendre la direction des activités déployées pour faire appliquer les principes sur lesquels repose la promotion de la santé.

Le Dr ASLANYAN (Canada), appuyant le projet de résolution, indique que la promotion de la santé a modifié les comportements au moyen d'interventions sociales, politiques et environnementales. Elle a contribué à réduire les causes de morbidité et de mortalité comme les cardiopathies, les accidents de la circulation, les maladies infectieuses et le VIH/sida. Il est maintenant urgent de compléter les programmes visant à réduire les facteurs de risque par des mesures qui amélioreront la santé des groupes vulnérables. Il encourage les délégués à participer à la Conférence mondiale sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé (Vancouver, Colombie britannique, Canada, 10-15 juin 2007).

M. HERNÁNDEZ FLEITAS (Cuba) adhère à l'appel lancé dans la Charte de Bangkok en faveur d'un traité mondial pour la santé. La politique cubaine de promotion de la santé couvre toutes les communautés en encourageant localement des comportements et des modes de vie sains. Une commission a été créée en 2000 pour étudier les facteurs de risque et réduire la prévalence des maladies en tenant compte de facteurs tels que la qualité de l'eau et de l'air, et la gestion des déchets. Des efforts multisectoriels visent à réduire les décès prématurés et la charge des incapacités en incitant les jeunes à adopter des comportements sains et en tentant de prévenir les toxicomanies.

Il appuie le projet de résolution mais propose d'y inclure une référence à la formation des généralistes pour qu'ils intègrent la promotion de la santé dans leur action au niveau local. Le renforcement de la formation dans des groupes spécifiques devrait aussi être mentionné. Il conviendrait de modifier le paragraphe 1.5) pour le libeller comme suit : « à introduire dans les pratiques actuelles des interventions efficaces de promotion de la santé fondées sur des données factuelles ». Au paragraphe 2.2), il conviendrait de supprimer le membre de phrase « , et notamment celles qui sont dues aux maladies non transmissibles » et, au paragraphe 2.4), il conviendrait de faire précéder « aux niveaux national » par le mot « multisectorielles ».

Le Professeur TLOU (Botswana) accueille avec satisfaction la promesse de systèmes de santé renforcés et l'accent mis sur les soins de santé primaires, qui ont cédé du terrain face au VIH/sida, au syndrome respiratoire aigu sévère et à la grippe aviaire. Les activités de l'OMS visant à faciliter l'application de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation sont encourageantes, y compris le cadre pour la stratégie de promotion de la santé.

Reconnaissant l'évolution des schémas de morbidité et des déterminants de la santé, le Botswana a révisé son programme d'études préparatoires aux professions de santé et élabore un nouveau programme de formation en cours d'emploi pour les agents de santé communautaires.

Accueillant avec satisfaction la résolution EB120.R14, elle demande à l'OMS de fournir une assistance technique pour l'appréciation des incidences sanitaires dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire.

M. EL BEY (Algérie), s'exprimant au nom des États Membres de la Région africaine, reconnaît qu'il n'est plus possible de contenir les menaces pour la santé publique à l'intérieur des frontières nationales ou régionales, et que la communauté internationale doit relever les défis de la mondialisation. L'émergence de nouvelles maladies et la résurgence d'autres maladies inquiètent tout particulièrement les pays d'Afrique. Un système d'alerte précoce et d'action immédiate doit être mis en place et il salue l'obligation faite aux États Membres, dans le Règlement sanitaire international (2005), de déclarer certains événements. Aucun pays ne peut faire face à lui seul aux situations d'urgence résultant d'épidémies et de catastrophes naturelles ou environnementales. En 2006, 134 millions de personnes dans le monde ont été touchées par de telles catastrophes, qui ont fait plus de 21 000 morts.

Se félicitant de l'engagement pris par le Directeur général de promouvoir la santé en Afrique, il demande que soit augmentée l'aide financière à la Région pour accroître la flexibilité des systèmes de santé et l'accessibilité financière des médicaments. La Région africaine doit renforcer son potentiel de promotion de la santé en concevant des stratégies et en endiguant la migration des personnels médicaux qualifiés – défi majeur. Plusieurs pays africains ont besoin d'un soutien pour préparer la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui se tiendra en 2009 au Kenya. Les États, les organisations internationales, le secteur privé, la société civile et les organisations non gouvernementales doivent travailler de concert pour promouvoir la santé et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr MAAMOURI (Tunisie), félicitant l'OMS de son action contre les inégalités en matière de santé, déclare que le rôle du secteur de la santé devrait être intégré dans une approche multisectorielle des déterminants de la santé. L'OMS doit concevoir des stratégies qui reconnaissent les disparités entre les pays, ce qui nécessite une coordination accrue entre l'OMS et les autres organisations internationales, et la classification des pays en fonction de leurs caractéristiques propres.

Certains pays font face à des problèmes de santé communs et ont besoin d'un soutien pour relever les nombreux défis existants et émergents. Des systèmes de surveillance élaborés permettraient de recenser les déterminants de ces problèmes et de concevoir des plans pour y remédier. Il appuie le projet de résolution et invite les pays à examiner les moyens d'accroître le financement par le secteur privé des activités du secteur de la santé, notamment là où le secteur privé exerce une influence négative sur la santé. Dans le cadre de ses programmes de collaboration, l'OMS devrait allouer une partie de son budget à la promotion de la santé.

Le Dr HUWAIL (Iraq) déclare que la promotion de la santé est essentielle pour le développement durable. La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation met à juste titre l'accent sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, car plus de 60 % de la charge de morbidité dans la Région de la Méditerranée orientale sont imputables à des modes de vie malsains et à des activités à haut risque. L'application efficace des mesures contenues dans la résolution nécessite l'intégration des stratégies de promotion de la santé dans les systèmes de santé existants, et un soutien doit être fourni par l'OMS et les bailleurs de fonds en faveur du renforcement des capacités de planification et de mise en œuvre des politiques et des programmes. Des mécanismes devront être définis pour combler l'écart en matière de prestation des soins de santé entre les pays en développement et les pays développés, en veillant tout particulièrement aux pays dans des situations spéciales, comme l'Iraq.

Le Dr PHILLIPS (Trinité-et-Tobago) dit que les stratégies des diverses initiatives de promotion de la santé de l'OMS sous-tendent l'approche de la promotion de la santé de son pays, qui consiste à améliorer la capacité des personnes et des communautés à contrôler, entretenir et améliorer leur bien-être physique, mental, social et spirituel. Cette approche repose sur les éléments suivants : formuler une politique de santé publique ; réorienter les services de santé ; donner à la population locale les moyens d'assurer son bien-être ; créer un environnement favorable ; acquérir et développer des capacités personnelles en santé ; et nouer des alliances, en mettant plus spécialement l'accent sur les médias. L'approche de même que les actions stratégiques énoncées dans la Charte des Caraïbes pour la promotion de la santé sont intégrées dans le plan de promotion de la santé de son pays. Les meilleures pratiques aident à établir les priorités, à élaborer de nouvelles interventions et à renforcer les initiatives locales et régionales.

La Trinité-et-Tobago a créé un conseil multisectoriel de promotion de la santé qui veille à la salubrité des politiques des secteurs public et privé. Ce Conseil suit la mise en œuvre d'un nouveau plan national de promotion de la santé « communautés et municipalités-santé », qui a encouragé une participation communautaire accrue. La promotion de la santé a été incluse dans le programme de formation des médecins et des infirmières, et une politique d'éducation sanitaire et familiale est appliquée dans les écoles primaires. Depuis dix ans, des campagnes d'éducation du public sensibilisent l'opinion au problème du tabagisme, aux modes de vie sains, à la sexualité sans risque, à l'exercice physique et à l'alimentation, à l'estime de soi et à l'autonomisation, à la santé mentale, à la salubrité des aliments et au VIH/sida. Le Dr Phillips appuie le projet de résolution.

Le Dr HEIDARI (République islamique d'Iran) se félicite du regain d'attention dont bénéficie la promotion de la santé. Tant que les écarts aux plans de la justice sociale, de la responsabilité, de la mise en œuvre et du savoir ne seront pas comblés, les inégalités actuelles en matière de santé entre et dans les pays subsisteront. Seules les stratégies centrées sur les déterminants de la santé peuvent améliorer la santé des personnes les plus vulnérables. De nombreux secteurs de la société doivent être associés à l'élaboration et à l'application des politiques nationales visant ces déterminants sociaux.

L'Iran a constaté une amélioration des indicateurs de la santé mais des facteurs sociaux créent encore des différences face à la santé entre les pauvres et les nantis et entre les communautés urbaines et les communautés rurales. La première priorité d'une politique de santé nationale est d'agir sur les déterminants sociaux responsables d'inégalités en matière de santé, et la réforme en cours du secteur de la santé devrait porter sur l'équité, la qualité, l'efficacité, la satisfaction des clients et le financement équitable du système de santé. Il est nécessaire de maintenir l'élan et de donner aux décideurs iraniens et aux associations de la société civile la possibilité de s'inspirer de l'expérience et des connaissances internationales.

Le Dr UGRID MILINTANGKUL (Thaïlande) salue la fermeté avec laquelle l'OMS s'est engagée à améliorer la promotion de la santé. La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation constitue un pas important sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

La commercialisation de produits insalubres, notamment destinés aux femmes et aux enfants, doit être réglementée, et la consommation de produits sains doit être encouragée. Pour sensibiliser davantage les acteurs concernés aux effets de facteurs non biomédicaux sur la santé, il conviendrait d'organiser des discussions dans le monde entier sur les déterminants sociaux de la santé.

Il propose de modifier le projet de résolution et d'ajouter, à la fin du paragraphe 1.3), les mots « et en encourageant un engagement constructif dans l'intérêt de tous » ; à la fin du paragraphe 1.4), les mots « à établir des rapports sur les solutions apportées aux problèmes liés à la promotion de la santé et à communiquer et utiliser ces solutions aux fins de la planification » ; et à la fin du paragraphe 2.5), les mots « et de rendre les rapports accessibles au public ».

Mme GIBB (États-Unis d'Amérique) souligne l'importance de la promotion de la santé pour le développement sanitaire et économique. L'initiative du Président pour l'amélioration de la santé aux

États-Unis somme les acteurs concernés à tous les niveaux de prendre des mesures spéciales pour éliminer les disparités, augmenter l'espérance de vie et améliorer la qualité de la vie. De solides partenariats public-privé ont aidé à accroître au maximum les ressources consacrées à la promotion de la santé ; ces ressources ont été complétées par les initiatives de l'OMS comme la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et le Programme mondial pour l'efficacité de la promotion de la santé. Une promotion de la santé qui contribue à l'autonomisation des personnes et des communautés est performante et durable. Des données claires et des indicateurs permettant d'évaluer le rapport coût/efficacité de différentes stratégies de promotion de la santé facilitent l'allocation des ressources par les responsables politiques. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr FAKEYE (Nigéria) dit que la promotion de la santé peut améliorer les systèmes de santé en intensifiant la prévention, en réduisant la charge de morbidité, en atténuant la pression sur les structures sanitaires et en réduisant les coûts, tout en renforçant leur efficacité et leur réactivité. En 2006, le Nigéria s'est doté d'une politique nationale et d'un plan stratégique de promotion de la santé. L'appui de l'OMS et des partenaires pour le développement est nécessaire pour la mise en œuvre du plan.

Le rapport du Secrétariat aurait dû inclure une référence aux boissons alcoolisées.

Il conviendrait de resserrer les liens de collaboration entre les initiatives pour la promotion de la santé et les programmes de lutte contre les maladies, par exemple contre le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles, tant au sein des gouvernements que dans les organismes de développement, et ce également afin d'augmenter les chances de réactiver les soins de santé primaires.

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) dit que le succès de la promotion de la santé suppose une approche intersectorielle, incluant la participation du public et la réorientation des services de santé. Son Gouvernement est déterminé à éliminer les inégalités sociales. Il encourage les programmes de soins de santé de masse destinés aux groupes insuffisamment desservis, notamment la prévention et la promotion de la santé, pour les habitants des zones défavorisées et isolées. Les programmes de promotion de la santé améliorent l'accès des groupes marginalisés aux services de santé, s'occupent des déficiences visuelles et dispensent de meilleurs soins de santé bucco-dentaire. Ces programmes ont amélioré la qualité de la vie, permis aux gens d'assumer des responsabilités accrues et élargi l'accès aux services de santé. Le Venezuela souhaite communiquer cette expérience et collaborer avec d'autres pays. Une autre initiative, menée avec l'assistance de l'OPS et de l'OMS, assurera la promotion de la santé et l'éducation sanitaire en milieu scolaire ; le nombre des lieux sans tabac a également augmenté.

A propos du rapport, elle indique que la réduction des inégalités en matière de santé, évoquée au paragraphe 2, n'est pas suffisante ; ces inégalités doivent disparaître. Quant au projet de résolution, elle propose, au paragraphe 1.3), d'inclure le membre de phrase « notamment des organisations professionnelles et des syndicats, des entreprises et des associations, et d'autres organismes, en particulier ceux qui sont actifs dans les domaines de la santé publique ».

Mme SONG Li (Chine) dit que la promotion de la santé est une responsabilité qui incombe à l'ensemble de la société et qui devrait être renforcée pour permettre d'atteindre les buts fixés dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Il conviendrait de créer un forum mondial pour concevoir un cadre pour la promotion de la santé et aider les États Membres à renforcer leurs capacités. Même à l'heure de la mondialisation, des écarts sensibles séparent les pays en termes de développement social et économique. La Chine intensifiera ses échanges techniques dans le domaine de la promotion de la santé, et elle souhaite bénéficier d'un soutien technique et de conseils de l'OMS. Mme Song Li appuie le projet de résolution.

M. ASPLUND (Suède) propose de modifier le sixième paragraphe du préambule du projet de résolution et d'y inclure le membre de phrase « dues notamment aux maladies non transmissibles » après « Reconnaissant que les modifications profondes de la charge mondiale de morbidité ».

Mme CAMARGO (Mexique), appuyant le projet de résolution, propose d'inclure un nouveau paragraphe rédigé en ces termes : [INVITE INSTAMMENT tous les États Membres] « qui ont appliqué avec succès une politique nationale de santé publique dans laquelle la promotion de la santé est la clé du changement des déterminants de la santé, à transférer efficacement leur expertise aux pays qui se trouvent encore à la phase de mise en œuvre ».

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) déclare que la réduction des problèmes de santé dans le monde passe par la promotion de la santé, et des ressources accrues devront être allouées à cet effet si l'on veut atteindre l'objectif de la santé pour tous. Elle propose d'ajouter, après le sixième paragraphe du préambule de la résolution, un nouveau paragraphe rédigé comme suit : « Reconnaissant que la promotion de la santé contribue à l'instauration de la santé pour tous ».

Le Dr TAKAHASHI (Japon) dit que son Gouvernement a mis en place en 2000 une campagne de promotion de la santé associant les secteurs public et privé dont les cibles sont fixées à 2015, et notamment réduire les facteurs de risque de maladies liées au mode de vie. Une évaluation à mi-parcours récente a montré qu'il fallait mieux focaliser les activités, préciser le partage des rôles et renforcer la coopération avec le secteur industriel. L'OMS doit continuer à faciliter l'échange de données d'expérience. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr NYIKAL (Kenya) s'inquiète de l'absence d'évaluation des effets des mesures politiques et de développement instaurées aux niveaux mondial, régional et national. Les campagnes de sensibilisation de l'OMS peuvent aider à assurer que ces politiques n'aient pas des effets négatifs sur la santé. Il propose d'ajouter un nouvel alinéa après le paragraphe 2.6), rédigé comme suit : « de plaider en faveur de grandes orientations favorables à la santé ».

Son pays est honoré d'avoir été choisi pour accueillir la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.

Le Dr AL-DOUSARI (Koweït) dit que, dans son pays, la promotion de la santé relève des dispensaires, au même titre que le traitement des maladies. La promotion de la santé doit reposer sur des données et des faits avérés. Au paragraphe 1.3), il propose d'ajouter le membre de phrase « en particulier des individus ou des groupes dont la contribution est précieuse, » après « de la société civile » et, au paragraphe 1.4), d'ajouter les mots « et améliorer » après « évaluer ».

M. HAZIM (Maroc), déclarant qu'il est satisfait du rapport, note que la mondialisation a provoqué des transformations épidémiologiques, politiques et technologiques dans les pays en développement. Les inégalités croissantes entre le Nord et le Sud au plan de l'allocation des ressources exacerbent les tensions et l'instabilité. Sur les 5 milliards d'habitants des pays en développement, la moitié vit avec moins de US \$2 par jour. Ces populations ont besoin de se loger et de se nourrir, et d'avoir un niveau de vie décent. Les taux de mortalité chez les femmes et les nourrissons sont élevés ; comment l'OMS peut-elle promouvoir la santé dans de telles conditions ? Les progrès accomplis à ce jour sont insuffisants. Malgré la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, les dispositions de l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce, trop rigides, ne permettent pas aux pays d'accéder davantage aux médicaments protégés par un brevet. Il est inacceptable que les grands laboratoires pharmaceutiques qui travaillent sur des maladies comme la tuberculose monopolisent la production de médicaments exclusivement destinés à lutter contre certaines maladies. Le Nord et le Sud doivent impérativement coopérer pour renforcer les ressources humaines, promouvoir le transfert de technologie et la recherche, et encourager des réformes dans les pays en développement.

Le Dr DAHL-REGIS (Bahamas), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, déclare qu'elle appuie le projet de résolution et les modifications apportées concernant l'allocation des ressources nécessaires pour agir sur les problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, l'inclusion d'autres secteurs et partenaires et le rôle des gouvernements dans la promotion de la santé. Les pays de la Communauté des Caraïbes ont adhéré aux principes des Chartes d'Ottawa et de Bangkok, à l'origine de la Charte des Caraïbes pour la promotion de la santé. Dans sa Région, cependant, les crédits alloués à la promotion de la santé sont faibles – moins de 0,2 % aux Bahamas – et une augmentation s'impose aux niveaux mondial, régional et national. En 2006, son pays a créé un secrétariat pour des modes de vie sains, qui est chargé d'agir sur les divers déterminants de la santé.

L'OMS doit renforcer son soutien à la promotion de la santé dans la Région des Amériques, et notamment aux travaux sur les déterminants sociaux de la santé, la collaboration intersectorielle, l'élaboration des politiques et la planification stratégique.

Le Dr ADDAI (Ghana) se félicite des efforts récents faits pour intensifier les interventions de promotion de la santé d'une efficacité avérée, mais s'inquiète du manque d'investissements en faveur de la promotion de la santé ; dans son pays, le financement de ces programmes laisse généralement à désirer. Des modes de vie sains peuvent inverser ou différer la dégénérescence et prévenir les maladies transmissibles et non transmissibles. Le Ghana a entrepris la mise en œuvre d'un programme de santé et de nutrition pour promouvoir des modes de vie et un environnement sains, et il est prêt à partager son expérience. L'OMS devrait fournir un soutien dans ce domaine et élaborer des modèles et des approches de la promotion de la santé, et en faciliter l'adoption par les États Membres.

Il appuie le projet de résolution mais regrette qu'il n'insiste pas clairement sur l'adoption de modes de vie sains. Il propose d'ajouter un nouvel alinéa au paragraphe 1, après l'alinéa 3), rédigé comme suit : « à réorienter les systèmes nationaux de santé publique vers la promotion et l'adoption de modes de vie plus sains par les individus, les familles et les communautés ».

Le Dr SALANIPONI (Malawi), saluant le rapport, dit que la réalisation des objectifs de développement liés à la santé en Afrique, et notamment des objectifs contenus dans la Déclaration du Millénaire, passe par la promotion de la santé. Les populations ont le droit d'être informées et instruites sur les questions touchant à leur santé, en particulier en Afrique où le niveau d'instruction est faible. Son pays est doté d'une politique de promotion de la santé aux niveaux districte et local des soins de santé primaires.

M. EINARSSON (Islande) estime que la promotion de la santé est le fondement des soins de santé primaires et un élément essentiel de la lutte contre les maladies. En 2008, pour le trentième anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata, la promotion de la santé sera mise en avant ; les soins de santé primaires seront en outre le thème de la Journée mondiale de la santé 2008. Les activités en faveur de la promotion de la santé et le travail sur les déterminants de la santé devront être renforcés dans tous les domaines d'activité de l'OMS. C'est pourquoi il appuie le projet de résolution tel qu'il a été modifié par les délégués de l'Allemagne et du Kenya.

Le Dr CHAKIROU (Congo) observe que, malgré les efforts déployés dans le monde pour promouvoir la santé, les pays se heurtent encore à de nombreuses difficultés. Des maladies comme la variole ont été éradiquées, mais l'Afrique, dont son pays, voit émerger des maladies comme l'orthopoxvirose simienne et la fièvre hémorragique virale Ebola. Le Directeur général a déclaré que l'OMS serait jugée d'après ses actions en faveur de la santé des Africains et des femmes, et il invite instamment l'Organisation à octroyer davantage de ressources à l'Afrique. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar), se félicitant de l'exhaustivité du rapport, appuie le projet de résolution. La promotion de la santé est une condition essentielle du succès des programmes de santé et de développement d'un pays.

Le Dr LEVANTHAL (Israël), se référant à la Charte de Bangkok, rappelle que la promotion de la santé recouvre des questions importantes tels la sécurité sanitaire et les déterminants sociaux de la santé, qui contribuent dans une large mesure à prévenir les maladies non transmissibles. Le concept de promotion de la santé a peut-être cependant été étendu au point de faire double emploi avec les activités de l'OMS dans tous les domaines de la santé et des soins primaires.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) évoque le rôle important que jouent les médias de masse dans son pays dans le domaine de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire. Ce rôle devrait être explicitement reconnu dans le projet de résolution.

M. CAROLAN (Fédération internationale des Sociétés de la Croix-rouge et du Croissant-Rouge) déclare que la Fédération qu'il représente s'emploie à intensifier les activités de promotion de la santé en utilisant ses programmes existants. Les premiers secours et le recrutement de donneurs de sang volontaires sont deux des programmes traditionnels de la Fédération. La prévention des accidents et la sécurité des personnes et des communautés font partie intégrante de la formation aux premiers secours. La confiance dont jouissent les Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge auprès des gouvernements et des communautés vulnérables pourrait faciliter l'adoption de modes de vie et de comportements plus sains. La Journée mondiale des premiers secours de la Fédération internationale, célébrée le 8 septembre, est l'occasion d'élargir les activités de promotion de la santé.

Il existe un lien naturel entre les dons de sang volontaires et la promotion de la santé : en faisant appel aux donneurs volontaires d'un pays, les autorités peuvent inclure la prévention des maladies et la promotion de la santé dans les infrastructures existantes des services de transfusion sanguine de tous les pays. Par ces programmes, les organisations communautaires peuvent aider à la mise en œuvre de la Charte de Bangkok. La Fédération qu'il représente, la société civile, les organisations non gouvernementales et les communautés doivent être associées à la création d'un forum mondial qui assurera le suivi de la Charte de Bangkok et préparera la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) prend acte des nombreuses observations relatives à la nécessité de maintenir une conception multisectorielle de la promotion de la santé et de l'inclure dans tous les programmes techniques de lutte contre les maladies, et aux liens entre la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles, activités qui ne sont pas incompatibles. La promotion de la santé ne se limite pas en soi à prévenir les facteurs de risque de maladies non transmissibles. Des mesures visant à réduire les facteurs de risque doivent compléter les politiques destinées à améliorer la santé des groupes particulièrement vulnérables ; les résultats des travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé permettront à l'OMS d'avancer dans ce domaine.

Concernant l'observation du délégué d'Israël, l'adoption du plan stratégique à long terme de l'Organisation évitera tout risque de chevauchement des activités. Elle relève que plusieurs délégués ont demandé que le Secrétariat se penche sur des besoins particuliers, notamment l'évaluation des effets de la promotion de la santé sur la santé, et ont souhaité le renforcement des capacités nationales.

La prochaine conférence mondiale sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé permettra aux acteurs de la promotion de la santé de se rencontrer. Elle remercie le Gouvernement du Kenya pour son soutien à l'organisation de la Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.

Le PRÉSIDENT, compte tenu des nombreux amendements proposés, propose de reporter à une séance ultérieure l'examen du texte du projet de résolution lorsqu'il aura été révisé par le Secrétariat.

Il en est ainsi convenu.

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

Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS : Point 12.12 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R6, et A60/19)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (représentant du Conseil exécutif) déclare que le Conseil, à sa session en janvier 2007, a examiné le projet de stratégie, fruit d'une vaste consultation dans l'ensemble de l'OMS et avec des ministères de la santé et des experts extérieurs. Le Conseil a adopté la résolution EB120.R6 qui recommande l'adoption d'une résolution à l'Assemblée de la Santé.

Mme REITENBACH (Allemagne), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, précise que les pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, les pays du processus de stabilisation et d'association et les candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie, ainsi que la Suisse, l'Ukraine et la République de Moldova s'alignent sur sa déclaration. Elle appuie le projet de résolution, qui est l'aboutissement d'années de travail associant des spécialistes des questions liées à la sexospécificité et d'autres spécialistes du Secrétariat et des États Membres.

L'égalité entre les hommes et les femmes est une condition de la croissance économique et du développement social équitable. Les inégalités face à la santé dues à l'appartenance sexuelle ne sont pas la conséquence naturelle de différences biologiques ; elles sont influencées par la société, et il est donc possible d'y remédier. Il est possible d'agir sur l'inégalité des relations entre hommes et femmes de tous âges et ses effets sur la santé et l'accès aux services de santé. L'Union européenne a progressé sur la voie de l'égalité hommes-femmes, par la législation sur l'égalité de traitement, l'intégration de l'égalité des chances, des mesures spécifiques en faveur de la promotion de la femme, des programmes d'action, un dialogue social et politique et un dialogue avec la société civile. Par le Pacte européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes et la Feuille de route pour l'égalité entre les hommes et les femmes, 2006-2010, l'Union européenne s'est engagée à améliorer l'égalité hommes-femmes dans plusieurs domaines, y compris la santé. Les inégalités entre les hommes et les femmes continuent de porter préjudice à la santé de millions de fillettes et de femmes à travers le monde. Les mesures qui feront reculer les inégalités entre les hommes et les femmes devront être prises à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé.

Les systèmes de santé ne sont pas suffisamment attentifs aux besoins différents des hommes et des femmes dans la planification, la budgétisation et la prestation des services de santé. Alors que plus de la moitié des personnels de santé enregistrés sont des femmes, celles-ci n'ont guère de pouvoir de décision et leur contribution est souvent ignorée et insuffisamment rétribuée. Les femmes et les jeunes filles assument une part disproportionnée des soins au sein des ménages et de la collectivité, leur propre santé et leur bien-être en subissant souvent les conséquences. Il faut que cessent ces inégalités. De nouvelles recherches doivent en outre être consacrées à l'influence des différences biologiques et sociales entre hommes et femmes sur les manifestations, le diagnostic, le traitement, l'issue et les conséquences de la maladie et de la mauvaise santé, et ce afin d'améliorer l'efficacité des soins de santé. Les résultats de recherches fondées sur des études portant sur des sujets de sexe masculin sont souvent considérés comme également applicables aux femmes, or ce n'est pas toujours le cas.

L'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes face à la santé supposent la participation coordonnée et active d'un large éventail d'acteurs concernés à tous les niveaux. Mme Reitenbach est très favorable aux orientations stratégiques décrites dans le rapport, en particulier aux plans visant à utiliser des données ventilées par sexe et à procéder lorsque cela est possible à l'analyse des spécificités de chaque sexe. Cependant, les statistiques, analyses et indicateurs contenus dans la plupart des documents présentés à l'Assemblée de la Santé, y compris le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, ne s'inscrivent pas dans une perspective d'égalité entre les hommes et les femmes. Que prévoit le Secrétariat pour que les documents du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé tiennent compte des besoins des deux sexes ? L'OMS devrait faire rapport régulièrement sur les progrès de la mise en œuvre de sa stratégie.

L'OMS devrait coopérer avec l'Institut européen pour l'Égalité entre les Hommes et les Femmes, qui encourage l'égalité hommes-femmes dans toutes les politiques communautaires et nationales en sensibilisant les citoyens à cette question et en intégrant une prise en compte des besoins distincts des hommes et des femmes dans tous les domaines de la politique publique. L'OMS devrait soutenir activement les efforts déployés par l'Institut.

Le Professeur TLOU (Botswana), s'exprimant au nom des États Membres de la Région africaine, salue le projet de stratégie. Des instruments et des conférences des Nations Unies appellent l'attention depuis des années sur les injustices et les inégalités entre les hommes et les femmes dans toutes les sphères du développement. La Région s'est notamment attelée aux injustices et aux inégalités entre les hommes et les femmes dans le contexte de la santé et de la survie des femmes et des enfants. De nombreux pays africains ont revu leur législation et associé les femmes au processus décisionnel et à la gouvernance. Certains pays ont aussi inclus des hommes dans les programmes de santé des enfants et de santé sexuelle et génésique.

Pour réduire les effets du VIH/sida, l'Afrique doit surmonter l'influence des disparités entre hommes et femmes sur la propension des gens à se faire soigner, notamment l'observance des conseils de santé et des schémas thérapeutiques. On fait de plus en plus appel à des hommes pour accroître l'utilisation dans la Région des programmes couvrant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les traitements antirétroviraux. Des hommes participent également à la prestation des soins de santé au niveau local, notamment pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Ces faits positifs sont un progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire liés à la santé.

Elle accueille favorablement les instruments élaborés par l'OMS pour élaborer des textes de loi et guider la mise au point de programmes et d'interventions tenant compte des besoins des deux sexes. La lenteur des progrès tient souvent aux priorités conflictuelles et à la pénurie de ressources financières et humaines, notamment pour ce qui est des compétences dans le domaine de la sexospécificité. L'intégration de l'égalité et de l'équité entre les hommes et les femmes dans les plans stratégiques et opérationnels de l'OMS permettra des avancées dans les États Membres.

La problématique hommes-femmes a souvent été mal comprise et mal interprétée et les États Membres africains ont besoin de soutien pour développer leurs capacités. Le Professeur Tlou prend note des orientations stratégiques énoncées aux paragraphes 11 à 19 du projet de stratégie et attend avec impatience que cette stratégie soit appliquée dès qu'elle aura été adoptée. Elle est aussi très satisfaite du projet de résolution mais propose d'y inclure un calendrier pour trouver ou recruter du personnel spécialisé au Siège, et dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie. Les capacités d'analyse et de planification de l'OMS dans ce domaine joueront un rôle déterminant.

En Afrique, les schémas comportementaux, et notamment la propension des gens à se faire soigner et les pratiques d'inclusion ou d'exclusion de l'un ou l'autre sexe, dépendent des conditions culturelles et socio-économiques. Des données qualitatives aideront les États africains à se doter de programmes adaptés aux différents groupes culturels. Ils s'engagent à recueillir des données de qualité et à suivre l'évolution des comportements pour aider l'OMS à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans ses travaux.

M. ROSALES (Argentine) appuie le projet de résolution à la lumière des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est favorable aux propositions de l'OMS d'intégrer pleinement l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes dans ses plans stratégiques et opérationnels.

Le Dr MAAMOURI (Tunisie) note que le rapport et le projet de résolution appellent l'attention sur la nécessité de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes en améliorant la santé, en permettant aux femmes d'accéder à tous les services de santé et en tenant compte des besoins spéciaux des femmes et des hommes à tous les stades de leur existence. Son Gouvernement privilégiera également la santé des femmes, notamment la santé génésique et les soins gynécologiques. Certaines maladies, en particulier celles dont la déclaration est obligatoire, touchent autant les hommes que les

femmes. Il est donc indispensable d'analyser les besoins respectifs des hommes et des femmes dans d'autres domaines.

Depuis 2001, la Tunisie organise des cours sur la santé dans toutes les provinces, et il remercie l'OMS de son appui à cet égard, en particulier pour ce qui est de la conception des stratégies, de la fourniture de matériels de référence et de l'évaluation.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que la promotion de l'équité entre hommes et femmes face à la santé et au développement doit guider les programmes de l'OMS et de chaque État Membre. Les disparités entre hommes et femmes en matière de santé sont injustes et largement évitables et il est possible d'y remédier. Les États Membres africains accueillent favorablement le projet de résolution ; il estime toutefois que l'analyse des spécificités de chaque sexe devrait être institutionnalisée à l'intérieur du Secrétariat et dans les États Membres moyennant le renforcement des capacités humaines. Aussi proposent-ils, au paragraphe 3.4), d'ajouter le membre de phrase « afin qu'ils développent leur capacité d'analyse et d'action concernant les spécificités de chaque sexe » après « aux États Membres ».

Le Dr FAKEYE (Nigéria) salue le rapport et le projet de résolution. Les communautés nationales et internationales doivent assurer l'égalité d'accès des femmes et des hommes de tous âges aux moyens leur permettant de réaliser tout leur potentiel de santé. Depuis huit ans, le Nigéria s'efforce d'intégrer l'égalité des chances dans le secteur de la santé mais aussi dans la sphère politique, et ce afin d'atteindre une représentation de 30 % des femmes au sein du Cabinet. Des femmes ont été nommées Ministres des Finances, du Logement, de l'Éducation et de la Défense. Le Nigéria est un État fédéral et l'intégration de l'égalité des chances passe nécessairement par des consultations à tous les niveaux. Le paragraphe 8 du rapport devrait commencer par indiquer que l'appui de l'OMS permettrait aux États Membres de concevoir des politiques et des plans, ainsi que des mesures de développement sanitaire et, au paragraphe 16, il conviendrait d'ajouter les mots « à la fois à l'OMS et dans chaque État Membre » avant « les différences observées ».

Le Dr HUWAIL (Iraq) déclare qu'il est indispensable de s'atteler au problème de l'équité entre hommes et femmes. Vu sa place prépondérante dans les objectifs du Millénaire pour le développement, l'attention devrait porter parallèlement sur l'autonomisation des femmes et sur l'autonomisation de la communauté en général. La mobilisation sociale en faveur des soins de santé primaires focaliserait davantage l'attention sur les besoins spécifiques des hommes et des femmes en intégrant le développement sanitaire dans le développement social et économique durable. Le renforcement des capacités pour les initiatives locales devrait également tenir compte des besoins spécifiques de chaque sexe.

M. DEL PICÓ (Chili) déclare que la justice sociale dépend de l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes. Cette intégration permet de recenser les inégalités et les injustices face à la santé qui étaient jusque-là invisibles ; d'éclaircir des phénomènes sinon inexplicables ; de résoudre des problèmes de santé dus aux spécificités de chaque sexe ; et de susciter des changements culturels favorables parmi les personnels du secteur de la santé et chez les usagers. La problématique hommes-femmes établit toutefois une relation de pouvoir socioculturelle inégale entre les sexes dans tous les domaines de la vie, antagonisant les hommes et les femmes. Il faudrait trouver les moyens d'éliminer ce type de concept pour donner des chances égales aux femmes et aux hommes en tant qu'identités biologiques différentes. Parler d'égalité entre les hommes et les femmes peut prêter à confusion, et il faudrait trouver un autre terme.

Il propose d'inclure plusieurs dispositions dans le projet de résolution : les États Membres devraient formuler des politiques intersectorielles traitant des besoins spécifiques des hommes et des femmes comme un déterminant social de la santé et de la qualité de la vie ; les États Membres devraient allouer les ressources nécessaires pour réaliser l'équité entre les hommes et les femmes face

à la santé, ce qui suppose l'application de l'analyse des spécificités de chaque sexe tout au long de l'élaboration du budget par les ministres des finances ; les États Membres devraient réaliser des enquêtes sur l'emploi du temps, et notamment sur les soins de santé dispensés gratuitement au sein du foyer, de façon à fournir des renseignements aux responsables politiques sur les prestations reposant sur les soins à domicile et le partage à égalité des tâches domestiques ; les États Membres devraient instaurer des mécanismes de suivi et d'évaluation des politiques en faveur de l'équité entre hommes et femmes dans le domaine de la santé, et notamment de l'allocation des ressources ; les États Membres devraient encourager le public en général à surveiller les politiques relatives aux besoins spécifiques des hommes et des femmes dans le domaine de la santé afin de donner les moyens nécessaires aux groupes exclus ; et, enfin, un alinéa supplémentaire 3.8) devrait être inclus à la fin de la résolution, dans lequel le Directeur général serait prié « d'identifier et de faire connaître les bonnes pratiques suivies pour mesurer l'impact de l'intégration de la dimension sexospécifique dans les politiques de santé, notamment la mise au point d'indicateurs et de systèmes d'information sanitaire présentant les données ventilées par sexe ».

Le Dr ASLANYAN (Canada) appuie le projet de stratégie et le projet de résolution et dit que l'Organisation doit continuer de jouer son rôle essentiel, à savoir fournir un appui aux États Membres pour qu'ils s'acquittent des engagements pris à Beijing. Il se félicite des efforts déployés par l'OMS pour appliquer la résolution sur l'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes du Conseil économique et social de l'ONU. L'égalité entre les hommes et les femmes, et les filles et les garçons, relève des droits de l'homme et elle est un facteur essentiel du développement durable, de la justice sociale, de la paix et de la sécurité. L'OMS doit élaborer un plan multisectoriel pour appliquer la stratégie dans ses programmes et ses activités, en axant son attention sur les résultats. Il salue la déclaration du Directeur général faisant de la santé des femmes une question prioritaire : cela facilitera grandement l'application de la stratégie d'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS.

La séance est levée à 13 heures.

ONZIÈME SÉANCE

Lundi 21 mai 2007, 14 h 40

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS : Point 12.12 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R6, et A60/19) (suite)

Mme SONG Li (Chine) appuie les objectifs et les orientations stratégiques énoncés dans le rapport. La prise en compte de la dimension sexospécifique dans la gestion de l'OMS et le renforcement de son potentiel d'analyse et de planification de la problématique hommes-femmes favoriseront l'égalité et l'équité entre les hommes et les femmes. Des progrès ont certes été accomplis mais les femmes constituent encore un groupe vulnérable de la société et, dans un grand nombre de lieux, leur droit à la santé n'est pas respecté. La Chine, qui est l'un des premiers pays signataires de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, s'est engagée en faveur de la promotion de la femme et de l'amélioration du statut des femmes dans les sphères politique, économique et sociale. Son Gouvernement a fait de la santé des femmes l'une de ses priorités et il a adopté des lois et des règlements qui protègent le droit des femmes à la survie, au développement, à l'éducation, à l'emploi et aux services de santé génésique. La problématique hommes-femmes concerne divers secteurs, et son importance a échappé à la société. Il est nécessaire de sensibiliser l'opinion à cette question et d'agir sur les facteurs qui affectent et entravent l'égalité entre les hommes et les femmes. La Chine se félicite de l'intégration de l'analyse des spécificités des deux sexes et de la planification de l'action à mener dans tous les aspects de l'activité de l'OMS, et elle appuie le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R6.

Le Dr PHUSIT PRAKONGSAI (Thaïlande) est satisfait de la détermination de l'OMS à agir sur les inégalités en santé entre les hommes et les femmes, et il accueille favorablement les buts et les objectifs, les principes directeurs et les orientations stratégiques présentés dans le rapport. La ventilation des données par sexe ne permettra pas à elle seule d'appréhender pleinement les différences entre les hommes et les femmes : des recherches qualitatives sur la culture, les normes et les pratiques sont également nécessaires pour déterminer les facteurs qui expliquent ces disparités. Aussi propose-t-il d'inclure, au paragraphe 2.5) du projet de résolution, le membre de phrase « à conduire des recherches sur les facteurs à l'origine des disparités entre les sexes » entre « des données ventilées par sexe » et « et à utiliser ».

Mme VIELMA (République bolivarienne du Venezuela) souligne l'importance de la décision de l'OMS d'intégrer une démarche d'équité entre les sexes. L'intégration d'une telle démarche touche l'ensemble du processus de planification à tous les niveaux et pour toutes les activités. Au-delà des « préoccupations et des expériences des femmes », comme le suggère la définition du Conseil économique et social citée dans le rapport, l'intégration doit également s'appliquer aux différences biologiques, socio-économiques et ethniques entre les hommes et les femmes. Les soins de santé doivent tenir compte des risques différents auxquels font face les hommes et les femmes, ainsi que de leurs besoins et de leur situation socio-économique. Elle appuie le projet de résolution.

Mme HALÉN (Suède) estime que l'adoption du projet de résolution contribuera dans une mesure importante à la réalisation de l'égalité en santé entre les hommes et les femmes. Elle voudrait être sûre que des ressources suffisantes seront allouées pour permettre l'application de la stratégie dans toute l'Organisation. L'égalité des hommes et des femmes est souvent source de malentendus. Pour plus de clarté, elle propose, au paragraphe 2.4) du projet de résolution, de remplacer « qu'il existe des soins adaptés aux femmes » par « que l'équité entre les sexes soit respectée » ; au paragraphe 2.6), de remplacer « la contribution ... aux soins de santé » par « la contribution aux prestations de santé » ; et, au paragraphe 3.5), d'ajouter « , y compris les documents pertinents soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé, » après « les publications de l'OMS ». Ce dernier amendement assurera que le Secrétariat rend compte de ses activités aux États Membres.

M. MARTIN (Suisse) appuie le projet de stratégie mais regrette qu'il ne porte pas davantage sur le soutien apporté par les femmes, souvent des femmes âgées, à leur communauté dans les situations de crise, comme dans le cas de la pandémie de sida. Le poids de ces tâches, souvent non rémunérées, affecte la santé des femmes et devrait être étudié du point de vue de l'équité entre les hommes et les femmes. Il appuie aussi le projet de résolution mais, conscient que le financement est un indicateur du rang de priorité accordé à une question, propose d'inclure, au paragraphe 2.1) , le mot « budgétaire » après « planification ». Il propose également, au paragraphe 3.4), d'ajouter « et les budgets pertinents » entre « plans d'action » et « pour intégrer » et, au paragraphe 2.4), de remplacer « des soins de » par « des services de ». Cet amendement peut toutefois être intégré dans le libellé déjà proposé par le délégué de la Suède.

Mme JOHRI (Inde) déclare qu'en Inde, la planification et la mise en œuvre des politiques incluent la budgétisation de la dimension sexospécifique, qui constitue l'un des premiers pas vers l'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes dans les politiques et les programmes de santé. Les moyens mis en œuvre pour réduire les inégalités touchent un large éventail de domaines. Les choix en fonction du sexe et les autres pratiques qui nuisaient à l'égalité entre les hommes et les femmes, notamment ceux qui conduisaient au fœticide des filles, ont été déclarés illégaux. L'Inde n'est pas le seul pays à avoir besoin d'une assistance technique pour planifier et budgétiser l'intégration de la problématique hommes-femmes dans ses activités et pour en évaluer les effets. Elle propose que le paragraphe 3.4) du projet de résolution soit amendé en conséquence.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) déclare que l'autonomisation des femmes contribue à faire reculer la pauvreté. Une démarche cohérente en matière d'équité entre les sexes et de santé doit inclure des stratégies en faveur de la santé des hommes et des femmes. Les deux sexes doivent être traités avec dignité et les interventions doivent correspondre à leurs besoins respectifs. Les problèmes d'équité entre les sexes et de la santé des femmes sont liés à la santé sexuelle et génésique et ils dépendent de facteurs sociaux et culturels, y compris la violence basée sur l'appartenance sexuelle.

Le Dr TAKAHASHI (Japon) fait observer que la prise en compte des spécificités des deux sexes aura des effets bénéfiques pour les femmes mais aussi pour les enfants. Il appuie le projet de résolution. L'examen du contexte culturel et des valeurs de chaque pays ou région s'impose toujours pour veiller à l'applicabilité des politiques de santé et des indicateurs.

Mme MALULEKE (Afrique du Sud) appuie le projet de résolution et souhaite l'établissement de partenariats durables, propres à renforcer les capacités, et l'apport d'un soutien technique et financier du Secrétariat aux États Membres en faveur de l'intégration de l'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les programmes et les politiques de santé et les recherches en santé. Elle appuie l'amendement au projet de résolution proposé par le délégué de la Suède et ses remarques concernant l'allocation de ressources suffisantes pour assurer la mise en œuvre de la stratégie. Des ressources adéquates devraient être disponibles pour la ventilation des données par sexe et, à cet égard, le Réseau

de métrologie sanitaire devrait collaborer étroitement avec les points focaux pour la dimension sexospécifique dans les États Membres.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) déclare que son Gouvernement s'est fermement engagé à agir en faveur des besoins de santé des femmes, et les données ventilées par sexe sont un élément essentiel de ses programmes. L'autonomisation des femmes et l'éducation des jeunes filles dans le domaine de la santé jouent un rôle clé dans la réalisation de l'objectif lié à la santé des populations. Les États Membres doivent agir de concert pour répondre aux besoins de santé des femmes partout dans le monde, notamment des femmes défavorisées. Elle insiste sur la nécessité de disposer de données et d'effectuer des recherches qui permettent leur application pratique dans les pays. Elle appuie la version initiale du projet de résolution mais souhaiterait voir le nouveau texte avec les amendements.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar) dit que des pratiques discriminatoires subsistent dans son pays, comme en témoignent, par exemple, les faibles niveaux d'instruction des femmes chefs de famille par rapport à leurs homologues de sexe masculin, facteur d'exclusion et d'appauvrissement des femmes. Son Gouvernement encourage l'égalité entre les hommes et les femmes et l'indépendance économique des femmes comme moyen de combattre la pauvreté, la faim et les maladies. Entre autres signes de progrès, il convient de citer l'élection de femmes maires de communes rurales, domaine traditionnellement réservé aux hommes. Elle appuie le projet de résolution mais propose de l'assortir d'un calendrier pour la nomination ou le recrutement de points focaux pour l'équité entre les hommes et les femmes aux trois niveaux de l'Organisation.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (Jamaïque), s'exprimant au nom des pays Membres de la Communauté des Caraïbes, indique que les services de santé de la Région ont toujours privilégié la santé et le bien-être des mères et des enfants, et que les hommes ont été quelque peu marginalisés. De nombreux acquis dans le domaine des soins de santé dans le monde résultent de programmes consacrés aux femmes et aux enfants, et ce n'est que récemment, avec l'émergence du VIH/sida, que le rôle des hommes dans la santé génésique a été reconnu. Le fait que la santé des femmes soit reconnue comme prioritaire est un motif de satisfaction mais davantage d'efforts et de recherches devraient porter sur les problèmes de santé des hommes, leur propension à se faire soigner et le soutien accru qu'ils pourraient apporter aux femmes et à leur famille. Les résultats devront être publiés et utilisés pour concevoir des politiques à cette fin. Elle appuie le projet de résolution, mais propose, au paragraphe 2.4), d'intégrer l'idée de services de santé tenant compte des besoins spécifiques des deux sexes qui accueillent les adolescents et les jeunes et, au paragraphe 2.6), d'ajouter « et la formation du personnel sanitaire » après « les politiques et la planification sanitaires ».

Le Dr SALANIPONI (Malawi) dit que son pays utilise des données ventilées par sexe pour certains de ses indicateurs de santé. Parmi les bénéficiaires du programme de traitement antirétroviral, 60 % sont des femmes – chiffre particulièrement encourageant compte tenu du fait que l'infection à VIH touche plus les jeunes femmes que les hommes et que ce sont les femmes âgées et les jeunes filles qui s'occupent des malades du sida. Il prie instamment le Directeur général d'appliquer le projet de stratégie et de veiller à ce que l'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes soit universellement appliquée. Il appuie le projet de résolution, appelant l'attention sur le paragraphe 3.4), et demande au Directeur général d'augmenter le financement des activités liées aux femmes. Il est satisfait de la place centrale accordée par le Directeur général à la santé des femmes dans ses activités.

M. MASUKU (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) accueille favorablement le projet de stratégie, et ajoute qu'il devrait mettre en lumière les maladies liées aux inégalités entre les hommes et les femmes, comme le VIH/sida, et que les stratégies nationales devraient également tenir compte du VIH/sida et de la perte de moyens de subsistance qui s'ensuit. La FAO a étudié le lien entre l'alimentation, la santé et la sécurité alimentaire ainsi que les moyens de

conserver un travail productif lorsque les membres actifs d'une famille meurent ou sont handicapés. Dans sa stratégie d'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes, l'OMS devrait s'interroger sur la manière dont les hommes et les femmes font face aux incidences de la maladie et réussissent à soutenir une famille lorsqu'ils sont privés de terres et de ressources. La FAO collaborera avec l'OMS pour la collecte et l'utilisation de données ventilées par sexe.

Mme MAFUBELU (Sous-Directeur général) prend acte des observations des délégués et du solide appui dont bénéficient le projet de stratégie et le projet de résolution. Elle se félicite des progrès réalisés sur la voie de l'égalité entre les hommes et les femmes, reconnaissant son importance, et celle de l'autonomisation des femmes, pour l'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le mandat de l'OMS intègre explicitement l'analyse des spécificités des deux sexes et une démarche soucieuse d'équité dans ses activités. Un plan d'action pour la mise en œuvre du projet de stratégie a été publié. L'OMS étudiera la possibilité de collaborer avec l'Institut européen pour l'Égalité entre les Hommes et les Femmes, mentionné par le délégué de l'Allemagne. L'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes dans les politiques et les programmes de l'OMS est une priorité absolue pour le Directeur général qui a demandé que cet aspect soit pris en compte dans toutes les activités et à tous les niveaux de l'Organisation. Le personnel approprié sera trouvé et recruté. Le Secrétariat veillera également à ce que des données ventilées par sexe et une analyse des besoins spécifiques des deux sexes soient incluses dans les documents de l'OMS. Elle a noté que, dans le paragraphe 3.7) du projet de résolution, le Directeur général est prié de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) donne lecture des amendements proposés au projet de résolution. Au paragraphe 2.1), les mots « stratégique et opérationnelle » seront remplacés par « stratégique et opérationnelle et au besoin dans la planification budgétaire conjointe ». Les amendements au paragraphe 2.4) proposés par la Suède et la Suisse seront fondus comme suit : « à faire en sorte que l'équité entre les sexes soit respectée à tous les niveaux des prestations et des services de santé ». Au paragraphe 2.5), la Thaïlande a proposé d'inclure « à conduire des recherches sur les facteurs à l'origine des disparités entre les sexes » entre « des données ventilées par sexe, » et « et à utiliser ». Au paragraphe 2.6), la Suède a proposé de remplacer « aux soins de santé » par « aux prestations de santé » après « et des garçons », et d'ajouter « et la formation des agents de santé » à la fin de l'alinéa. Au paragraphe 3.3), le Botswana a proposé d'ajouter « dans les meilleurs délais » après « en recrutant ». Les amendements proposés par l'Inde, le Kenya, le Niger et la Suisse au paragraphe 3.4) peuvent être rassemblés comme suit : « de fournir un appui aux États Membres afin qu'ils développent leur capacité d'analyse et d'action concernant les spécificités de chaque sexe de manière à élaborer et appliquer des stratégies, des plans d'action et les budgets pertinents pour intégrer l'égalité des sexes dans toutes les politiques et tous les programmes et travaux de recherche se rapportant à la santé ». Au paragraphe 3.5), il convient d'ajouter « y compris les documents pertinents soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé » après « les publications de l'OMS ». Le Chili a proposé d'ajouter un alinéa supplémentaire, entre les paragraphes 3.6) et 3.7), libellé comme suit : « d'identifier et de faire connaître les bonnes pratiques suivies pour mesurer l'impact de l'intégration de la dimension sexospécifique dans les politiques de santé, notamment la mise au point d'indicateurs et de systèmes d'information sanitaire présentant les données ventilées par sexe ».

Le PRÉSIDENT, répondant à la demande de Mme YUAN (États-Unis d'Amérique), précise qu'une version révisée du projet de résolution, intégrant les amendements précités, sera soumise à l'examen de la Commission à une séance ultérieure.

Il en est ainsi convenu.

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

Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs : Point 12.13 de l'ordre du jour (documents A60/20 et A60/20 Add.1)

Mme REITENBACH (Allemagne), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses 27 États Membres, indique que les pays candidats, Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie, les pays du processus de stabilisation et d'association, et les candidats potentiels, Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie, ainsi que la République de Moldova et l'Ukraine s'alignent sur sa déclaration. Elle se félicite des consultations qui ont été organisées et de l'amélioration du projet de résolution. Toutefois, le projet de plan d'action mondial devrait insister davantage sur la nécessité d'une collaboration étroite entre l'OMS et l'OIT ; le premier point de l'énumération, au paragraphe 30, devrait donc être modifié et libellé comme suit : « favoriser les partenariats et l'action commune et œuvrer en partenariat et conjointement avec l'OIT et d'autres organisations du système des Nations Unies, les organisations d'employeurs, les syndicats et d'autres acteurs de la société civile et du secteur privé dans le but de renforcer l'action menée au niveau international pour la santé des travailleurs ». Au début du point suivant, il conviendrait d'ajouter « en harmonie avec les initiatives prises par l'OIT, ».

Le Dr HUWAIL (Iraq) déclare que l'intégration des soins de santé primaires dans les services de médecine du travail suppose : l'existence d'un système d'information efficace ; la prestation de services de santé des travailleurs dans leur zone de recrutement ; le renforcement des capacités dans le domaine de la santé des travailleurs ; des services de santé des travailleurs publics et privés de qualité comparable, et une collaboration intersectorielle ; ainsi qu'une législation du travail applicable aux services de santé des travailleurs.

Le Dr TAKAHASHI (Japon) déclare que son Gouvernement reconnaît depuis longtemps l'importance de la santé des travailleurs, et que les employeurs sont tenus de recruter un médecin du travail pour la prestation de soins. Depuis 2001, la santé, le travail et le bien-être relèvent du même ministère, ce qui permet la mise en œuvre de mesures de protection et de promotion de la santé des travailleurs complètes. À propos du paragraphe 3.2) du projet de résolution contenu dans le document A60/20, il souligne l'importance de la collaboration entre l'OMS et l'OIT. Le Japon est disposé à apporter une assistance technique à l'OMS.

M. DJEDOSSOUM (Tchad), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, dit que la santé des travailleurs revêt une importance toute particulière pour la productivité et la santé générale d'une économie. Le projet de plan d'action mondial doit tenir compte des conditions de vie et de l'environnement professionnel qui, dans les pays en développement, sont gravement menacées par la migration des travailleurs qualifiés. La santé des travailleurs dépend de l'hygiène et de l'assainissement, du niveau de protection de l'environnement et de la santé, des investissements en faveur de la santé et des ressources humaines. Le projet de plan d'action mondial doit couvrir les travailleurs des secteurs formel et informel et les travailleurs indépendants. Sa mise en œuvre nécessitera un solide engagement des pouvoirs publics à élaborer des programmes spécifiques et à assurer les financements nécessaires ainsi que l'égalité de traitement des ressources humaines dans les secteurs privé et public. Il demande au Secrétariat, à l'OIT et à tous les partenaires d'accompagner les États Membres dans sa mise en œuvre et insiste sur la nécessité d'une collaboration interministérielle et sur les partenariats locaux et internationaux.

La Région africaine est prête à adopter le plan d'action mondial, à condition que soient pris en compte les aspects suivants : la possibilité, en cas de besoin, d'adapter la législation au projet de plan d'action mondial ; le financement des mesures de protection de la santé des travailleurs ; les mécanismes législatifs et administratifs propres à accroître l'efficacité et la productivité, et à réduire ainsi les migrations internationales et l'exode des cerveaux ; et la fourniture fiable de données sur la santé et la sécurité au travail et les facteurs affectant la productivité, et un système de surveillance et

d'évaluation de la santé permettant l'échange de données d'expérience et de bonnes pratiques. Il souhaite que des directives soient formulées pour faciliter la mise en œuvre du plan mondial.

Le Dr GONZÁLEZ (Cuba) dit que le rapport couvre les principales mesures destinées à améliorer la protection de la santé des travailleurs, dont un grand nombre ont déjà été appliquées à Cuba ; on s'emploie actuellement à améliorer la couverture des services de médecine du travail, de promotion de la santé et de prévention des accidents au niveau des soins de santé primaires. Un appui à la mise en œuvre de la stratégie au niveau international améliorera la vie des travailleurs et le développement humain et le développement social. Il se félicite que le projet de résolution invite instamment les États Membres à étendre la couverture des services à tous les travailleurs. Le plan d'action devra être mis en œuvre et les résultats devront être évalués.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) indique que les consultations électroniques ont contribué à renforcer le projet de plan d'action mondial. À propos du paragraphe 1 du projet de résolution, il préfère le mot « approuve ». Des millions de travailleurs migrants occupent des emplois à haut risque, sont souvent exploités, vivent dans des conditions insalubres et ont difficilement accès aux services de santé. Il salue la référence aux travailleurs migrants, au paragraphe 2.2). Il convient de prêter attention aux cancers professionnels, à l'exposition aux produits chimiques, à l'amiante et aux métaux lourds, et aux problèmes dus au VIH/sida et à la tuberculose. Le Portugal appuiera la mise en œuvre du plan d'action mondial.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) déclare que la population active de son pays, estimée à 34 millions en 2003, représente 42 % environ de la population. Près de 9 % des employés de l'industrie des services sont des personnels de santé, dont 8 millions sont des travailleurs migrants. La médiocrité des conditions de travail et d'emploi est aggravée par l'incidence croissante du VIH/sida parmi les travailleurs migrants, entraînant leur rapatriement, leur stigmatisation et leur appauvrissement. L'administration chargée des travailleurs émigrés des Philippines leur apporte un soutien médical et psychologique ; il existe également un réseau de centres d'aide pour la protection et la promotion du bien-être des travailleurs. Elle appuie le projet de plan d'action mondial et propose d'ajouter au projet de résolution un nouveau paragraphe 2.6) formulé en ces termes : « à concevoir des approches stratégiques nationales et interpayes pour offrir des soins et des services médicaux aux travailleurs migrants malades ou blessés » ; et un nouveau paragraphe 2.7) libellé ainsi : « à inciter à concevoir des stratégies sanitaires et non sanitaires d'ensemble pour la réinsertion des travailleurs malades ou blessés dans la société, en coordination avec les différentes organisations gouvernementales et non gouvernementales concernées ». Au paragraphe 3.2), elle propose en outre d'inclure le membre de phrase « l'Organisation internationale pour les Migrations et d'autres organisations internationales concernées » après « l'OIT », et l'inclusion d'un nouveau paragraphe 3.4), comme suit : « de contribuer au renforcement des moyens de coordination dans les pays et entre les pays et des moyens de gestion de l'information relative à la santé des travailleurs migrants ».

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande) approuve le projet de plan d'action mondial et le projet de résolution. Elle propose, au paragraphe 14 du plan d'action, d'ajouter les mots « y compris la santé génésique et la santé de la famille » après « la promotion de la santé ». Les données sur lesquelles fonder l'action, dont traite l'objectif 4 du plan d'action, n'étant pas évoquées dans le projet de résolution, il conviendrait d'ajouter un nouveau paragraphe 2.5), rédigé comme suit : « à rassembler des données sur la santé des travailleurs et à fonder les politiques et l'action sur ces données ». En l'absence d'indicateurs et de calendrier de mise en œuvre dans le plan d'action, il conviendrait d'ajouter les mots « selon un calendrier précis et à l'aide d'indicateurs pour l'instauration de services de médecine du travail dans l'ensemble du monde » à la fin du paragraphe 3.1). L'OMS devrait accroître sa collaboration avec l'OIT.

Le Dr SULEIMAN (Oman), s'exprimant au nom des membres du Conseil de Coopération du Golfe – Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman et Qatar – et de la Jordanie, du Liban, de la République arabe syrienne et du Yémen, fait observer que la santé des travailleurs est essentielle pour le développement socio-économique national. Les opportunités d'emploi sont nombreuses dans la Région et de nombreux travailleurs étrangers sont employés par des entrepreneurs et des sous-traitants. Aussi propose-t-il que les mots « et travailleurs contractuels » soient ajoutés au paragraphe 2.2) après « les travailleurs migrants ».

Mme BELLA ASSUMPTA (Cameroun) souligne l'importance de la protection des personnels soignants, notamment dans les pays en développement, car ils sont fréquemment exposés aux maladies transmissibles, à des produits biologiques infectieux et aux rayonnements ionisants, et ils sont souvent surchargés de travail. Elle propose donc d'ajouter les mots « et notamment des personnels de santé » à la fin du paragraphe 2.3) du projet de résolution.

Le Dr AHMED (Pakistan), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, accueille avec satisfaction le projet de plan d'action mondial révisé. Dans sa Région, les travailleurs représentent de 45 à 50 % de la population et leurs besoins sanitaires devraient bénéficier d'un rang de priorité élevé. Le lieu de travail devrait être sûr et salubre, propre à accueillir des interventions sanitaires coordonnées. Le projet de plan d'action mondial devrait renforcer la protection et la santé des travailleurs, de leur famille et de leur communauté.

Depuis l'approbation de la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé au travail pour tous en 1996, les États Membres de la Région ont renforcé leurs programmes de santé des travailleurs aux niveaux régional et national, malgré le peu de ressources dont ils disposent. La coordination intersectorielle, les ressources et la couverture par les services de médecine du travail restent cependant insuffisantes. Les pays de la Région devraient transformer les obstacles en opportunités en intégrant la promotion de la santé dans les interventions en faveur de la santé des travailleurs, en établissant des contacts avec les familles et les communautés par l'intermédiaire des personnes actives, et proposer des modèles professionnels pratiques pour les services de santé. La coordination intersectorielle doit être renforcée à tous les niveaux, en utilisant efficacement le peu de ressources humaines et financières disponibles et en évitant le chevauchement des interventions. Il appuie le projet de plan d'action mondial et le projet de résolution.

M. DEL PICÓ (Chili) approuve le projet de plan d'action mondial. Le Chili prépare un plan d'action destiné à réduire les maladies et les accidents professionnels et à améliorer la qualité de vie des travailleurs. Le plan donne la priorité aux groupes vulnérables et facilite l'accès aux services de médecine du travail indépendamment des prestations de sécurité sociale, publiques ou privées. Les travailleurs migrants sont également couverts. Le Chili a aussi inclus dans ses programmes les recommandations de l'OMS et de l'OIT relatives à la médecine du travail, comme celles du Programme international OIT/OMS pour l'élimination mondiale de la silicose en tant que problème de santé des travailleurs étant fixée à 2030.

Le Professeur KEVAU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) accueille favorablement le projet de plan d'action mondial et appuie le projet de résolution. Aucun des deux textes ne fait cependant état de la santé et de la sécurité des populations locales exposées aux activités industrielles et commerciales, notamment aux exploitations minières et aux plantations, aspect de la santé souvent ignoré par les planificateurs de ces projets. Aussi propose-t-il que cette question soit prise en compte dans le plan d'action et que le projet de résolution soit modifié avec l'inclusion des mots « et des communautés locales » après « des travailleurs » dans l'avant-dernier alinéa du préambule, après « des travailleurs » au paragraphe 2.1) et après « des travailleurs » au paragraphe 2.5). Il propose également l'adjonction d'un nouveau paragraphe 3.4) rédigé comme suit : « d'élaborer et de mettre à disposition des lignes directrices concrètes pour l'instauration de services de santé appropriés et de moyens de surveillance

des maladies et des risques pour l'homme et pour l'environnement introduits dans les communautés locales où des activités commerciales ont été entreprises pour répondre à leurs besoins ».

M. POMOELL (Finlande) approuve le projet de plan d'action mondial, qui constitue un bon point de départ pour le développement des services de médecine du travail. Appelant l'attention sur le paragraphe 10 du plan, il déclare que l'interdiction totale de toute utilisation de l'amiante assurerait l'élimination des pathologies associées à ce minéral. Le fait que le plan insiste sur la nécessité de promouvoir la capacité de travail des personnes âgées arrive à point nommé, compte tenu de l'évolution démographique que connaissent les pays industrialisés. Il appelle l'attention sur la Convention 161 de l'OIT, adoptée en 1985, et sur le nouveau concept de services essentiels de santé des travailleurs, conçu par le Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail en 2003 et qui fournit des conseils sur la prestation des services de médecine du travail, notamment aux groupes insuffisamment desservis et aux pays en développement. Le réseau des centres collaborateurs de l'OMS apporte un soutien aux activités de médecine du travail aux niveaux national, régional et mondial. Les institutions finlandaises participeront au réseau et à la mise en œuvre du plan d'action mondial.

Le Dr SHEVYREVA (Fédération de Russie) reconnaît l'importance des campagnes mondiales pour l'élimination des maladies dues à l'amiante, mais les États Membres doivent éliminer les formes dangereuses de l'amiante par des méthodes scientifiques. Au paragraphe 10 du plan d'action, il conviendrait donc d'ajouter une phrase ainsi rédigée : « La campagne d'élimination des maladies liées à l'amiante devra permettre de suivre une approche différenciée pour réglementer l'utilisation des différentes formes d'amiante, comme le prévoit la Convention de Rotterdam. ».

Mme PINTO FERNÁNDEZ (République bolivarienne du Venezuela) indique que son Gouvernement s'emploie à prévenir les risques au travail et promulgue des lois sur la santé et la sécurité. L'Institut national pour la Santé et la Sécurité des Travailleurs a publié un guide technique et élabore des normes minimales de santé et de sécurité. Des enquêtes sur les conditions de travail sont en cours et des plans pour la protection des travailleurs du bâtiment et pour la santé et la sécurité des femmes exerçant une activité à domicile sont aussi en préparation. Les personnes ayant eu un accident professionnel bénéficient d'une attention médicale spéciale, et des activités d'information, d'éducation et de communication visent à sensibiliser les gens à la médecine du travail. Elle proposera par écrit des observations relatives au projet de plan d'action mondial.

Mme SCHAER BOURBEAU (Suisse) appuie le projet de résolution et les grandes lignes du projet de plan d'action mondial, ainsi que l'amendement au paragraphe 30 proposé par le délégué de l'Allemagne. La Suisse accorde un rang de priorité élevé à la santé de sa population, et en particulier de ses travailleurs. La prospérité économique et le développement durable reposent sur la bonne santé de la population. L'accès aux services de médecine du travail doit être amélioré, mais les facteurs sociaux et individuels, la formation aux soins de santé primaires et un logement salubre sont également importants. Les organisations internationales responsables de la santé et de la protection des travailleurs, l'OMS et l'OIT respectivement, doivent unir leurs forces pour mettre en œuvre le plan d'action mondial. Les organisations de travailleurs et d'employeurs doivent également être associées à la mise en œuvre du plan aux niveaux mondial et national.

Mme PANTAZOPOULOU (Grèce) déclare que le projet de plan d'action doit favoriser le développement des services de médecine du travail et le renforcement des systèmes de santé. Le diagnostic précoce des maladies professionnelles et la collecte de données comparables sont importants. Il faut également tenir compte de la vie familiale et sociale des travailleurs. Elle demande, à propos du paragraphe 2.2) du projet de résolution, des précisions concernant l'expression « secteur informel ».

Le Dr CARBALLO QUESADA (Costa Rica) accueille avec satisfaction le projet de plan d'action mondial. Le Conseil de la Médecine du Travail du Costa Rica a entrepris de réviser son plan stratégique pour la période jusqu'à 2010 pour une meilleure coordination entre les institutions publiques, les syndicats et les organisations d'employeurs concernés par la médecine du travail. L'accent porte sur le suivi et la surveillance des programmes et des projets. Des guides à l'usage des écoles ont été élaborés. Le Ministère du Travail expérimente la pratique de l'exercice physique et de modes de vie sains au travail.

Elle propose d'inclure une référence à une formation de base des professionnels de la santé dans le paragraphe 18 du projet de plan d'action mondial, l'expression « études universitaires supérieures » n'étant pas suffisamment large.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) fait observer que la santé et la sécurité des travailleurs sont des questions complexes et multisectorielles, qui nécessitent l'engagement des ministères du travail et du commerce, et des employeurs publics et privés. Le Secrétariat, en collaboration avec les organisations internationales compétentes, peut aider les États Membres à appliquer un plan d'action incluant des systèmes de surveillance de la santé des travailleurs, des données sur les maladies professionnelles à l'usage des décideurs et des moyens de nature à faciliter la mise en œuvre de stratégies de prévention et d'intervention de santé publique. Les États Membres devraient envisager le projet de plan d'action mondial dans une perspective nationale. Le plan devrait apporter la souplesse et les conseils nécessaires dans la durée.

Dans le premier paragraphe du projet de résolution, elle préfère l'expression « accueille avec satisfaction » à « approuve », car les États Membres doivent encore effectuer leur propre examen du plan d'action au niveau national. Elle ne peut appuyer les amendements proposés par le délégué de la Thaïlande au paragraphe 14 du projet de plan d'action, dont le libellé a été soigneusement négocié dans le cadre de la consultation électronique entre les États Membres, ni la proposition d'inclure la santé génésique et la santé de la famille au paragraphe 2 du projet de résolution, mention qui affaiblirait la résolution en la détournant de son objet, la santé des travailleurs.

Mme USIKU (Namibie) dit que son pays a encore besoin d'améliorer et de renforcer la planification, la coordination et le suivi de la mise en œuvre des services de médecine du travail et des programmes d'assistance aux employés pour apporter un réel soutien aux travailleurs des secteurs public et privé. Le projet de plan d'action mondial fournit un cadre et des conseils utiles à cet égard. Elle approuve le rapport et le projet de résolution. La Namibie est désireuse d'obtenir le soutien technique de l'OMS pour l'élaboration de son plan d'action stratégique.

Le Dr NYIKAL (Kenya) remarque que de nombreux aspects de la santé des travailleurs, tels les accidents professionnels et l'exposition aux composés toxiques ou cancérigènes, ont des retombées juridiques, amenant souvent les employeurs à limiter les traitements ou à tenter d'occulter les traumatismes ou les pathologies. Des cadres juridiques doivent être mis en place pour s'atteler à ce problème. Il propose donc d'ajouter les mots « et des cadres juridiques » après « mécanismes » au paragraphe 2.1) du projet de résolution. Ce point devrait également être repris dans le plan d'action mondial.

Le Dr NDELU (Afrique du Sud) indique que son pays a déjà appliqué certaines des recommandations du projet de plan d'action mondial, d'autres mesures attendant encore la formulation de plans. Les textes de loi qu'élaboreront les États Membres devront être conformes aux conventions de l'OIT. L'Afrique du Sud a promulgué une loi sur la santé et la sécurité des travailleurs en 1993 et une loi sur la santé et la sécurité des mineurs en 1996. Elle a également bien avancé dans le domaine de la prévention des maladies dues à l'amiantose et de la silicose, l'exploitation des mines d'amiantose ayant pris fin en Afrique du Sud en 2003 ; la loi antitabac est déjà en vigueur. Elle appelle l'attention sur la nécessité d'accroître l'efficacité des centres collaborateurs pour la santé et la sécurité des travailleurs dans les pays en développement, et elle approuve le projet de plan d'action mondial.

M. KHALEEL (Maldives) approuve le projet de plan d'action mondial. Les femmes enceintes et les mères qui allaitent devraient être incluses dans les groupes vulnérables au paragraphe 9. Il estime que les centres collaborateurs doivent être dotés d'une grande force d'action et il approuve le projet de résolution.

M. ABUSAA (Jamahiriya arabe libyenne) appuie la proposition du délégué de l'Oman d'inclure une référence aux travailleurs contractuels dans le projet de résolution.

Mme KAZRAGIENE (Lituanie) dit que le projet de plan d'action mondial couvre tous les aspects de la santé des travailleurs. Elle appuie les objectifs du plan, et notamment l'objectif 3, ainsi que le diagnostic des maladies professionnelles qui, parallèlement aux statistiques normalisées, fournit des données factuelles importantes pour décider des mesures à prendre.

Les statistiques officielles sur les maladies professionnelles souvent ne permettent pas de formuler des politiques nationales de prévention, ne serait-ce qu'en raison du fort déficit de déclaration des traumatismes professionnels. Aussi le Secrétariat et les États Membres devraient-ils intensifier les travaux visant à harmoniser les statistiques relatives aux maladies professionnelles. Mme Kazragiene préconise vivement le maillage régional des acteurs concernés, qui pourraient être chargés de générer des données factuelles pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des politiques. L'élaboration des normes applicables aux personnels de santé, y compris les définitions convenues au plan international, les systèmes de classification et les indicateurs, devra aussi faire l'objet d'une collaboration.

Elle se range à l'avis des orateurs précédents sur la nécessité de s'atteler aux problèmes de santé liés à l'amiante. La Lituanie, qui préside le Partenariat de santé publique et de bien-être social de la dimension septentrionale, reviendra sur le sujet de la sécurité et de la santé des travailleurs lors de la conférence de haut niveau qui se tiendra à Vilnius en novembre 2007.

Le Dr KARAGULOVA (Kazakhstan) appuie l'amendement proposé par la Fédération de Russie au paragraphe 10 du projet de plan d'action mondial. L'élimination de l'amiante dans les pays en développement et dans les économies en transition doit retenir l'attention. Une approche différenciée de la réglementation des différents types d'amiante et de matériaux contenant de l'amiante devra être adoptée avant le lancement d'une campagne mondiale d'élimination des pathologies liées à l'amiante. L'OMS devra effectuer une étude technique supplémentaire dans ce domaine, en tenant compte des données scientifiques les plus récentes. Le Kazakhstan collaborera avec le Secrétariat sur cette question.

Mme WISEMAN (Canada) appuie le projet de plan d'action mondial mais s'inquiète toutefois de la mention faite dans le plan de l'utilisation d'amiante chrysotile. Bien que soutenant l'OMS dans sa volonté de prévenir et d'éliminer les maladies liées à l'amiante, elle encourage l'OMS à examiner toutes les données scientifiques, et notamment les méthodes fondées sur la gestion des risques, comme l'utilisation réglementée, pour réduire au maximum les risques pour la santé des travailleurs. Le Canada s'est engagé à collaborer avec le Secrétariat et d'autres spécialistes de la santé pour veiller à ce que les stratégies relatives à la chrysotile soient étayées par les informations scientifiques les plus récentes. Le Canada partagera sa très grande expérience des approches fondées sur une utilisation mesurée.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) appuie le projet de plan d'action et le projet de résolution.

Le Dr AL-TUWAIJRI (Organisation internationale du Travail) indique que l'OIT et l'OMS ont la même définition de la médecine du travail et qu'elles coordonnent efficacement leurs activités, en particulier dans le contexte du Comité mixte OIT/OMS de la Médecine du Travail. La coopération entre l'OIT et l'OMS débouchera sur une approche multidisciplinaire et intersectorielle de la médecine du travail et de la prévention à l'heure de la mondialisation. L'OIT concentre ses activités sur

l'élaboration de conventions internationales du travail, qui fournissent le cadre juridique nécessaire à la conception de politiques et de programmes pour l'exercice de la médecine du travail sur une base tripartite. Le cadre promotionnel pour la Convention sur la sécurité et la santé des travailleurs 2006 (N° 187) préconise le renforcement des infrastructures nationales pour la sécurité et la santé des travailleurs. L'OIT a également contribué à l'élaboration du projet de plan d'action mondial sur la santé des travailleurs.

Ensemble, l'OIT et l'OMS peuvent atteindre tous les acteurs principaux au niveau national : leurs démarches convergent, se complètent et s'étaient mutuellement. L'une et l'autre se sont fixé des objectifs communs, à savoir améliorer l'environnement professionnel et assurer la santé au travail pour tous. Le plan d'action proposé fera progresser la prévention à tous les niveaux dans les États Membres des deux Organisations.

L'OIT appuie sans réserve l'adoption du projet de résolution et elle est fermement décidée à coopérer avec l'OMS au succès de la mise en œuvre du plan d'action mondial.

Mme CALDWELL (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRÉSIDENT, précise que sa déclaration exprime le point de vue de plus de 25 millions de professionnels de la santé dans le monde. L'insuffisance des investissements dans le secteur de la santé et la médiocrité des conditions et des politiques d'emploi sont responsables d'une dégradation des conditions de travail dans de nombreux pays ; elles ont eu des effets négatifs sur le recrutement et la fidélisation des personnels de santé, la qualité du travail des établissements de santé et, en définitive, les résultats pour les patients.

Elle appuie les mesures destinées à promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des personnels de santé, en particulier les groupes vulnérables tels les personnels de santé migrants. Le lieu de travail doit être protégé contre les risques professionnels. Les pratiques administratives doivent soutenir le bien-être des travailleurs de même que la sécurité des patients, en veillant à ce que la charge de travail soit raisonnable et les niveaux de stress réduits. Ces problèmes sont du ressort de tous les acteurs concernés du secteur de la santé. En 2007, les professions de santé, avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et la Fédération internationale des Hôpitaux, organiseront une campagne en faveur de la sécurité et de la salubrité des lieux de travail des personnels de santé. Elle invite l'OMS à s'associer à cette entreprise.

Le Dr HATCHER (Fédération mondiale des Associations de la Santé publique), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT, déclare qu'une part importante de la charge de morbidité mondiale est imputable aux mauvaises conditions de travail. Elle appuie le projet de plan d'action mondial parce qu'il décrit un programme réaliste à long terme couvrant les cancers professionnels, les produits chimiques, l'amiante et la contamination par les métaux lourds, ainsi que le VIH/sida. Le plan reconnaît l'importance de l'emploi, du développement durable et de la réduction de la pauvreté et de la protection de l'environnement. Des cours de formation et des consultations sur le renforcement des capacités des travailleurs seront organisés. Le plan associe les représentants des travailleurs et des employeurs à l'action destinée à réduire les inégalités face à la santé des travailleurs, définit les responsabilités des professionnels de la santé et encourage l'accès aux services de tous les travailleurs du monde.

Son organisation participera à la mise en œuvre du plan d'action mondial par l'intermédiaire du réseau des centres collaborateurs pour la médecine du travail.

Le Professeur GUILLEMIN (Commission internationale de la Santé au Travail), invité par le PRÉSIDENT à prendre la parole, appuie le projet de plan d'action mondial. On dénombre chaque jour en moyenne un million de traumatismes professionnels et un demi-million de cas de maladies professionnelles, dont la quasi-totalité est évitable, comme l'ont montré les programmes « risque zéro » adoptés par certaines industries. C'est précisément dans les industries où la couverture des services de médecine du travail est la plus faible qu'ils sont le plus nécessaires. Les besoins des travailleurs de l'agriculture, des petites entreprises et du secteur informel, ainsi que des travailleurs

indépendants et des travailleurs migrants sont particulièrement importants. Ces travailleurs sont 2 milliards dans le monde ; ils sont exposés à des risques élevés et n'ont pratiquement pas accès aux services de médecine du travail. Des conseils internationaux, une collaboration et un soutien technique sont nécessaires pour leur venir en aide.

Les pays industrialisés ont besoin du plan d'action mondial pour savoir comment faire face aux nouvelles maladies professionnelles, dont le stress, les troubles musculo-squelettiques et les allergies professionnelles, ainsi qu'aux épidémies mondiales potentielles en rapport avec des professions telles que l'élevage et la production de denrées alimentaires. Les personnels de santé sont un groupe à haut risque à part entière. Une vie professionnelle en évolution constante renferme toujours de nouveaux risques, et ceux-ci nécessitent des recherches et des évaluations. L'OMS et ses bureaux régionaux doivent encourager la recherche, rassembler un savoir scientifique, évaluer les données recueillies et les diffuser au niveau national sous une forme aisément intégrable dans la pratique quotidienne. Son organisation apportera son soutien à l'OMS pour la mise en œuvre du plan mondial.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) remercie les États Membres de leur soutien au projet de plan d'action mondial. Vingt-neuf États Membres à tous les niveaux de développement et de toutes les Régions ont répondu aux consultations électroniques organisées pendant l'élaboration du plan.

Elle a noté les observations des délégués sur la nécessité d'accorder un rang élevé de priorité à la prévention primaire des risques professionnels, avec des mesures intégrées pour protéger les groupes les plus vulnérables, et notamment les migrants, les enfants et les femmes enceintes ; la nécessité de tenir compte du vieillissement des sociétés et des liens entre la médecine du travail et les autres programmes de santé publique, comme la nutrition, la santé mentale, les toxicomanies et les maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, le paludisme et le syndrome respiratoire aigu sévère ; les maladies transmissibles auxquelles sont exposés les personnels de santé ; la nécessité d'établir de solides maillages intersectoriels ; et les préoccupations relatives à l'élimination des maladies liées à l'amiante, en particulier à la lumière de la résolution WHA58.22 sur la prévention du cancer et la lutte contre cette maladie.

Pour ce qui est des rôles respectifs de l'OMS et de l'OIT, le plan d'action mondial fournira un cadre pour le renforcement de la coopération entre les deux organisations et d'autres organismes internationaux. Le Secrétariat tiendra compte de toutes les conventions pertinentes et coordonnera ses activités avec les autres institutions spécialisées des Nations Unies.

L'OMS et ses partenaires peuvent mener à bien la prévention primaire dans le cadre de la médecine du travail. Chaque année, les accidents du travail et l'exposition à des substances dangereuses font environ deux millions de morts, mais seulement une infime partie d'entre ces personnes ont accès à des services de médecine du travail. Les travailleurs sont plus mobiles et beaucoup d'autres travaillent sans contrat de travail officiel ni couverture sociale. Le plan d'action mondial doit encourager les politiques de protection de la santé et la prévention primaire des risques professionnels.

Le PRÉSIDENT suggère que le Secrétariat établisse une version révisée du projet de résolution intégrant les amendements proposés pour la résolution et le projet de plan d'action, qui sera examinée à une séance ultérieure.

Il en est ainsi convenu.

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

Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence : Point 12.14 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R4, et A60/21)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (représentant du Conseil exécutif), présentant ce point, indique que le Conseil a adopté la résolution EB120.R4 qui recommande un projet de résolution à l'Assemblée de la Santé. L'expression « systèmes de soins d'urgence » a été préférée à « services de soins d'urgence » pour appeler l'attention sur l'échelle des prestations requises et la pérennité nécessaire.

Le Dr HUWAIL (Iraq), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que les accidents et les traumatismes sont particulièrement graves pour les pays à revenu moyen ou inférieur, qui sont fréquemment privés de systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie. Nombreux sont ceux qui recourent aux services d'urgence dans des cas non urgents en raison du manque de services de soins de santé primaires – situation que les pays de sa Région souhaitent approfondir. Il est évident que ces services devraient également être renforcés.

Le renforcement des services de traumatologie et de soins d'urgence éviterait un grand nombre de décès et d'incapacités à long terme. Au nombre des difficultés que doit surmonter la Région figure le peu d'attention accordée aux soins d'urgence dans la réforme des systèmes de santé et des investissements.

Il appuie le projet de résolution. Un comité interinstitutions devrait être chargé de coordonner le soutien aux pays touchés par des catastrophes naturelles ou d'origine humaine et de promouvoir les investissements en faveur des systèmes d'urgence et des soins de traumatologie. L'OMS devrait privilégier des techniques simples et des méthodes salvatrices moins onéreuses. Tous les secteurs concernés devraient être associés aux soins de traumatologie, en particulier au stade préhospitalier. L'OMS devrait investir dans le renforcement des capacités et recueillir des informations sur l'expérience acquise.

Le renforcement du système de soins de traumatologie d'un pays contribuera à renforcer son système de santé en général et favorisera le développement régulier et durable du système de soins de santé primaires à tous les niveaux.

M. PINKAS (Pologne) dit qu'un système de soins d'urgence doit s'appuyer sur l'éducation du grand public, les moyens logistiques facilitant l'accès aux soins d'urgence et la coopération entre les services d'urgence médicaux et non médicaux. Ces principes ont été adoptés dans son pays au début de l'année. Un système efficace de soins d'urgence, suffisamment souple pour être en mesure de répondre aux besoins futurs, doit être soutenu par des dispositions juridiques. Son pays partagera volontiers son expérience avec d'autres. Il appuie le projet de résolution.

Le Professeur TLOU (Botswana) déclare que les traumatismes, du fait de l'urbanisation de son pays, sont devenus la deuxième cause de morbidité et de mortalité après le VIH/sida, avec les conséquences désastreuses qui s'ensuivent. Chaque année, on compte 18 décès pour 10 000 véhicules en circulation, parmi lesquels de nombreux membres productifs de la communauté. Le Ministère de la Santé élabore une politique nationale sur les soins préhospitaliers. Le Secrétariat devrait apporter son soutien aux États Membres pour la mise en place de centres de formation de personnel paramédical ; au Botswana, cela permettrait d'améliorer le niveau des soins préhospitaliers et libérerait un plus grand nombre d'infirmières pour la prestation de soins aux malades.

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

La séance est levée à 17 h 30.

DOUZIÈME SÉANCE

Mardi 22 mai 2007, 9 h 55

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

1. QUATRIÈME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A60/59)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), Rapporteur, donne lecture du projet de quatrième rapport de la Commission A.

Le Dr ASSOGBA (Bénin) fait observer que le texte ne rend pas compte de l'amendement qu'il a proposé d'apporter au paragraphe 5 du projet de résolution sur la lutte contre la tuberculose. Il soumettra un libellé par écrit au Secrétariat.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence : Point 12.14 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R4, et A60/21) (suite de la onzième séance)

Le Dr OPART KARNKAWINPONG (Thaïlande) explique que les systèmes de santé doivent garantir un accès équitable à des services peu coûteux qui répondent aux besoins de la population, être rentables en faisant un usage optimal des soins primaires, et s'appuyer sur des mécanismes d'orientation-recours et sur des systèmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Il est favorable au projet de résolution figurant dans la résolution EB120.R4. Malheureusement, sans un financement adéquat de l'infrastructure nécessaire, de la formation aux soins d'urgence et du fonctionnement au quotidien, on ne parviendra à mettre en place des services de soins d'urgence et de traumatologie.

Le Dr VÁSCONEZ (Équateur) insiste sur la collaboration entre les institutions et les secteurs dans le domaine de la planification des systèmes de soins d'urgence, en utilisant au mieux toutes les ressources disponibles. L'Équateur étend actuellement la couverture des soins de santé primaires, préhospitaliers et communautaires afin de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles. Il augmente le nombre de personnels médicaux et modernise sa flotte d'ambulances. Tous les hôpitaux de base dispensent des services d'urgence et possèdent une unité de traumatologie.

Elle propose d'insérer dans le projet de résolution, après le paragraphe 2.4), un libellé stipulant que l'autorité sanitaire nationale doit fixer les normes en matière d'octroi de licence ou d'habilitation pour les services de traumatologie et de soins d'urgence dans le cadre du réseau interinstitutionnel et intersectoriel. Au paragraphe 2.4), il faudrait insérer le membre de phrase « fournir des informations

¹ Voir p. 354.

pertinentes de meilleure qualité » après les mots « assurer le fonctionnement d'un mécanisme de suivi susceptible de ». Au paragraphe 2.10), le mot « méthodes » devrait être remplacé par « aspects ».

Mme VIELMA (République bolivarienne du Venezuela) dit que son pays a notamment lancé des campagnes d'information ainsi que d'autres mesures pour réduire le grand nombre d'accidents de la circulation et de morts sur les routes, en particulier en période de vacances. Le service de santé assure gratuitement une formation en soins d'urgence au personnel hospitalier et dans le cadre de services de réadaptation post-traumatique. En outre, le Gouvernement a conclu plusieurs accords internationaux afin d'équiper des centres de santé de technologies de pointe. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr AYDINLI (Turquie) souligne que l'analyse et la planification, la coopération intersectorielle, le développement et la durabilité des systèmes de soins d'urgence sont des priorités si l'on veut améliorer de tels systèmes. En Turquie, le numéro d'appel des urgences est gratuit et les victimes sont transportées dans des ambulances entièrement équipées vers l'un des 1178 centres de soins d'urgence que compte le pays. Il soutient le projet de résolution et demande un appui pour que les États Membres puissent améliorer leurs systèmes de prise en charge des victimes et réviser la législation pertinente.

Le Professeur FAIZ (Bangladesh), tout en se félicitant du projet de résolution, estime que d'autres types d'urgences, outre les accidents de la circulation, devraient être mentionnés dans le titre et le contenu du document.

Au Bangladesh, les soins d'urgence sont dispensés en milieu hospitalier ou dans l'un des cinq centres de traumatologie destinés aux accidentés de la route. Des services ont été mis en place pour d'autres types d'urgences ; il convient de citer notamment la création d'une unité des grands brûlés, et la formation au niveau communautaire et pour les professionnels des soins de santé à la prise en charge des morsures de serpent, de l'empoisonnement aux pesticides et des noyades. Le Bangladesh a également ouvert des centres d'aide et d'écoute pour les femmes victimes de violences. Malgré toutes ces mesures, les systèmes de soins d'urgence dans son pays demeurent inadaptés.

De l'avis du Dr FAKEYE (Nigéria), il faut renforcer les systèmes nationaux de santé qui ne fonctionnent pas bien si l'on veut dispenser des soins d'urgence adaptés. En outre, on doit supprimer tous les obstacles, qu'ils soient financiers, liés aux disparités entre les hommes et les femmes, religieux ou culturels, afin de garantir un accès aux soins d'urgence à tous ceux qui en ont besoin.

Il appuie le projet de résolution, mais propose de supprimer les mots « dans les endroits où ils présenteront un bon rapport coût/efficacité » au paragraphe 2.3), les pouvoirs publics risquant d'être dissuadés d'établir les systèmes pertinents dans ces régions, malgré le grand nombre d'accidents qui surviennent. Au paragraphe 3.2), il propose d'insérer les mots « orientations politiques et » après « techniques d'examen des », et d'ajouter à la fin du paragraphe le membre de phrase suivant : « et de mettre à profit ces capacités institutionnelles pour aider les États Membres qui en font la demande à examiner et actualiser leurs orientations politiques et leur législation ». Au paragraphe 3, il faudrait aussi ajouter un nouvel alinéa qui se lirait comme suit : « de travailler avec les États Membres à l'élaboration de stratégies visant à assurer régulièrement à tous ceux qui en ont besoin des prestations optimales de soins ne présentant pas un caractère d'urgence et de soins d'urgence ; et de fournir un appui aux États Membres en vue de la mobilisation de ressources adéquates auprès des donateurs et des partenaires du développement pour atteindre cet objectif ».

M. KAYITAYIRE (Rwanda), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine, précise qu'outre la pauvreté, c'est essentiellement le mauvais fonctionnement de nombreux systèmes de santé qui freine les progrès en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en Afrique. De surcroît, l'efficacité des interventions visant à résoudre les problèmes prioritaires de santé dépend de ces systèmes, et en particulier des soins d'urgence. Encourager la

gratuité des traitements pour améliorer l'accès aux soins de santé du plus grand nombre de personnes n'est pas nécessairement une solution durable. En Afrique, les systèmes de santé dépendent de l'État et se heurtent à des obstacles tels que l'héritage d'anciens systèmes, l'absence de mécanismes de sécurité sociale et d'assurance-maladie, et le manque de ressources.

En Afrique, les taux élevés de mortalité et d'incapacité sont imputables en grande partie aux accidents de la circulation, aux actes de violences, aux empoisonnements, aux traumatismes, aux noyades et aux brûlures. Le manque d'accès aux soins d'urgence augmente les décès prématurés, peu de pays étant en mesure de dispenser des soins d'urgence et préhospitaliers.

M. Kayitayire appelle les partenaires pour le développement à appuyer le programme d'action sur la santé élaboré par le Comité régional de l'Afrique, à sa cinquante-troisième session. En ce qui concerne l'action de l'OMS dans la Région africaine pour la période 2005-2009, l'une des orientations stratégiques consiste à renforcer les politiques et les systèmes en vue d'améliorer les soins de santé au niveau local. À cette fin, l'OMS devrait concentrer son action en Afrique sur le renforcement des capacités et le partage d'expériences ; la revitalisation des soins d'urgence est essentielle. La prévention primaire reste l'un des moyens les plus importants pour réduire la charge des traumatismes. L'OMS a déjà pris des mesures qui ont porté leurs fruits, mais elle devrait fournir un appui financier et technique supplémentaire pour mettre en œuvre des plans nationaux de santé, fidéliser le personnel de santé compétent, et renforcer les systèmes de soins préhospitaliers et d'urgence.

M. Kayitayire appelle les principaux partenaires pour le développement en Afrique, en particulier l'OMS et le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, à coopérer au renforcement des systèmes de santé et de la réforme des hôpitaux, à l'intégration de la médecine d'urgence dans la formation médicale, à l'achat d'ambulances, à l'amélioration des systèmes de communication d'urgence, ainsi qu'à la prise en charge et à la réadaptation des victimes d'actes de violence.

M. EKEKE MONONO (Cameroun) fait savoir que le Cameroun prépare un plan de prévention des actes de violence et des traumatismes fondé sur les instruments proposés par le Secrétariat. Il a déjà mis sur pied un système de soins d'urgence en milieu préhospitalier desservant les deux principales agglomérations et l'axe principal qui les relie, où surviennent un grand nombre d'accidents mortels, et prévoit d'étendre ce système au reste du pays. Le Secrétariat devrait apporter son soutien aux États Membres qui ont amélioré leurs systèmes de soins d'urgence et qui ont mis en place des programmes de prévention des actes de violence et des traumatismes. Il se rallie au projet de résolution.

Pour le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce), les soins d'urgence doivent faire partie intégrante des systèmes de santé nationaux, l'accent devant être mis sur les interventions pratiques. La prévention primaire reste l'un des moyens les plus importants pour réduire les taux de mortalité, les traumatismes et l'incapacité à long terme. Les programmes d'enseignement médical devraient inclure une formation aux soins d'urgence et prévoir une formation continue. La charge des traumatismes ne peut être réduite que si un système de soins d'urgence est en place. Elle fait sien le projet de résolution.

Le Dr MIYOSHI (Japon) dit qu'une approche intégrée et intersectorielle des soins d'urgence correspondrait bien à la stratégie adoptée en vue de renforcer les systèmes de santé dans leur ensemble. Il faudrait mettre en place des systèmes rentables et peu coûteux. Pour les pays en développement, l'importance croissante que revêtent les systèmes de soins d'urgence devrait aller de pair avec le renforcement de ces systèmes grâce à la coopération internationale, compte tenu du niveau médical, de l'infrastructure et des conditions socio-économiques propres à la région ou au pays concerné. Au Japon, la mise en place d'un service d'urgence intégré, transports compris, remonte à 1977, et son pays serait heureux de partager le fruit de son expérience, comme il l'a fait avec la Bolivie et le Viet Nam. Le Dr Miyoshi souscrit au projet de résolution.

Mme CAMARGO (Mexique) constate que, chaque année, au Mexique, environ 53 000 personnes décèdent et plus de 2,5 millions sont prises en charge par le système national de santé à la suite d'un accident, notamment de la circulation, et d'actes de violence. Conformément à la résolution WHA57.10, le Mexique a mis en place des soins d'urgence préhospitaliers pour garantir un accès au traitement. Un centre de secours d'urgence a été créé. Des travaux sont en cours afin d'établir un programme d'enseignement, un diplôme en médecine d'urgence, des cours de recyclage destinés au personnel médical, paramédical et administratif, ainsi que des procédures normalisées. Le Mexique est en train de renforcer les soins d'urgence et de traumatologie aux niveaux fédéral et national. Elle appuie le projet de résolution.

M. ZHOU Jun (Chine) fait savoir que les services d'urgence en Chine ont été intégrés dans le système de sécurité sociale. Afin de contribuer dans une large mesure à la prestation de soins d'urgence en zone rurale, les hôpitaux de district ont été renforcés. Les services d'urgence ne peuvent être assurés uniquement par des centres de traumatologie. Au contraire, il faut mettre en place des réseaux de services d'urgence pour des zones géographiques plus petites, avec des temps de réaction plus courts, et associer les secteurs de la santé, de la sécurité publique, des transports et des assurances. Le grand public devrait apprendre les premiers secours de sorte qu'une assistance puisse être fournie encore plus rapidement en situation d'urgence. Le Secrétariat devrait proposer des mesures de suivi, et les pays en développement devrait bénéficier de l'appui des pays développés.

Le Professeur IANCU (Roumanie) indique que les décès dus aux traumatismes sont en augmentation et que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en particulier, les traumatismes constituent la principale cause d'incapacité. Son Gouvernement renforce actuellement le système des soins de traumatologie, ce système étant le mieux à même de sauver des vies. Depuis 2006, une législation spécifique sur les soins de traumatologie et d'urgence est en vigueur, couvrant tant le secteur public que privé. La formation et la spécialisation du personnel médical sont une préoccupation majeure. Elle soutient le projet de résolution tel qu'il est rédigé.

M. BELGHITI ALAOUI (Maroc) note que le projet de résolution est une occasion de réorganiser et de renforcer les systèmes de santé nationaux. Les soins d'urgence constituent une composante importante des soins essentiels et doivent permettre de réagir rapidement en cas d'incident, quels que soient le lieu et le moment où il survient. Ils doivent être appréhendés dans le cadre d'un système intégré englobant la prévention primaire et une offre complète de services d'urgence. M. Belghiti Alaoui insiste sur la notion d'intégration, à la base d'un système de soins d'urgence pérenne et performant.

Il suggère de remplacer le mot « préhospitaliers » par « et intégrés » au paragraphe 2.3). Apparemment, la notion de soins d'urgence figurant au paragraphe 4 du rapport diffère de celle contenue dans le projet de résolution, la première impliquant que les soins de traumatologie font partie intégrante des soins d'urgence tandis que, dans le projet de résolution, il est systématiquement fait référence aux « soins d'urgence et de traumatologie », ce qui donne l'impression que les deux sont distincts. D'un point de vue terminologique, les soins d'urgence devraient inclure les soins de traumatologie. Il souligne la nécessité de disposer de systèmes de collecte de données pour assurer le suivi et l'évaluation des services de soins d'urgence.

M. YOHANNES (Érythrée) dit que l'Érythrée a renforcé son système de soins d'urgence. Avec l'appui des donateurs et en collaboration avec le bureau de pays de l'OMS, une structure de gestion a été mise en place au niveau du district. À l'échelle nationale, des systèmes intégrés de suivi, de contrôle et d'évaluation ont été mis sur pied. Le système d'orientation-recours, puis les systèmes de soins d'urgence seront renforcés en 2007.

La force des systèmes de santé se mesure à l'aune de leurs faiblesses. Les soins d'urgence sont le principal défi à relever en matière de prestation de services de santé. Pour établir des systèmes de

soins d'urgence efficaces, il faut commencer par analyser la situation du secteur, puis développer les ressources humaines, améliorer l'infrastructure et fournir les équipements et le matériel nécessaires.

Il appuie le projet de résolution.

Le Dr METAI (Kiribati) fait savoir que son pays a amélioré son système de soins d'urgence, mais qu'il se heurte à des obstacles financiers. Ce système recourt à la médecine occidentale, à la médecine traditionnelle et à la participation communautaire, qui dépendent toutefois de la participation volontaire.

Si la législation en vigueur sur les limitations de vitesse et les taux d'alcoolémie a permis de réduire de plus de moitié le nombre d'accidents de la circulation, la surveillance policière de proximité privée a entraîné une diminution du nombre de traumatismes causés par des actes de violence domestique ou communautaire. Les personnes handicapées à la suite d'un accident de la circulation peuvent bénéficier de l'aide, physique et psychologique, de praticiens de la médecine occidentale et de guérisseurs traditionnels. Des améliorations restent toutefois à apporter dans différents domaines – planification, formation, structures d'urgence, centres de réadaptation et élaboration de la législation – qui nécessitent tous l'appui de l'OMS et des partenaires pour le développement.

Il souscrit au projet de résolution avec les amendements proposés à ce stade.

Pour Mme DIOUF (Sénégal), les urgences posent un véritable problème de santé publique. Dans beaucoup de pays d'Afrique, les traumatismes dus aux accidents de la circulation sont nombreux, de même que les urgences obstétricales et d'autres types d'urgence, qui entraînent, quelle que soit leur origine, un taux de mortalité très élevé.

Au Sénégal, la prise en charge des urgences a toujours été une préoccupation des pouvoirs publics, en particulier du Ministère de la Santé. Le transport d'urgence est souvent assuré par des sociétés privées, avec des risques d'aggravation des lésions, ou par les pompiers, qui utilisent des ambulances non médicalisées. Il existe des structures d'urgence dans les hôpitaux, mais elles pâtissent du manque de ressources humaines qualifiées, d'une maintenance insuffisante et de ruptures d'approvisionnement. Pour améliorer la situation, le Sénégal a créé un service d'assistance médicale d'urgence dans le cadre du système de santé publique. Ce service participe également aux activités d'éducation pour la santé, de recherche et de formation, ainsi qu'à la mise en œuvre de plans d'urgence.

En se fondant sur la notion de soins d'urgence exposée dans le rapport, le Secrétariat devrait aider les pays à analyser la situation, à mobiliser des ressources et à renforcer leurs services de soins d'urgence. Mme Diouf appuie le projet de résolution.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) considère que la prévention primaire joue un rôle important dans la réduction de la charge des traumatismes et de la violence, mais qu'il est indispensable de renforcer les soins de traumatologie et d'urgence. La mise au point de systèmes de soins d'urgence s'avère toutefois complexe et les États Membres doivent évaluer leurs propres besoins, fixer des priorités et élaborer des systèmes adaptés à leur contexte national. Le Secrétariat peut jouer un rôle non négligeable dans ce processus. Dans la mesure du possible, il faudrait développer en parallèle les composantes des systèmes de soins d'urgence et celles des systèmes de soins de traumatologie. On pourrait renforcer les soins préhospitaliers, y compris les services d'ambulance, en formant des personnels paramédicaux et des secouristes au niveau communautaire.

Le Dr FEDOROV (Fédération de Russie), mettant l'accent sur la forte charge socio-économique que représentent les traumatismes, dit que la prévention et un traitement adapté sont tous deux essentiels. L'amélioration des soins d'urgence, qui exige une approche englobant un traitement léger, des soins hospitaliers et différents types de réadaptation, diminuera les effets des traumatismes. Les principes visant à améliorer les systèmes de soins d'urgence ont été intégrés dans des initiatives de l'OMS menées au cours des trois ou quatre années écoulées et se sont déjà avérés efficaces dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire.

Dans la Fédération de Russie, où les traumatismes, en particulier ceux résultant d'accidents de la circulation, sont l'une des principales causes de décès, les services de transport médical d'urgence et les centres de santé spécialisés in situ sont en train d'être renforcés. Malgré la complexité des mesures visant à améliorer les soins d'urgence, le Dr Fedorov appuie le projet de résolution, qui aidera les États Membres à renforcer leurs systèmes de soins d'urgence grâce à des technologies peu onéreuses et à une planification et une organisation efficaces.

Le Dr SOLOFONIRINA (Madagascar) fait siennes les observations formulées par les orateurs précédents concernant l'importance du renforcement des systèmes de soins d'urgence. Des mesures s'imposent d'urgence, y compris pour améliorer la prévention primaire. Madagascar a transformé ses infrastructures sanitaires situées à proximité des grands axes routiers en centres chirurgicaux pour faciliter la prise en charge des accidentés de la route. Elle appuie le projet de résolution.

Mme NGAUNJE (Malawi), se félicitant des efforts déployés par l'OMS pour renforcer les systèmes de soins d'urgence et de traumatologie, appuie le projet de résolution. Les traumatismes et les accidents sont l'une des principales causes de décès en Afrique. Les hôpitaux et les établissements assurant des soins d'urgence pâtiennent d'équipements, de moyens de transports et de communication, d'un savoir-faire technique et de compétences en médecine d'urgence inadaptés. La situation est exacerbée par de mauvaises conditions socio-économiques. Bien qu'étant exposée aux catastrophes naturelles, l'Afrique est insuffisamment préparée pour faire face aux incidents faisant un grand nombre de victimes. La plupart des économies d'Afrique sont essentiellement agricoles ; l'empoisonnement par pesticides y est courant et se multiplie. Les problèmes liés au VIH/sida découragent nombre de donneurs de sang, les quantités disponibles pour transfuser les blessés, notamment les victimes d'accidents de la route, sont de ce fait limitées.

La politique de son pays concernant les systèmes de soins d'urgence se limite à certaines interventions, par exemple en cas d'accident de la route, d'urgence obstétricale de base et de choléra. Des communications par liaisons hertziennes sont assurées dans les centres de santé des communautés isolées, et des conseils sont donnés aux familles sur les modalités d'accès aux transports en cas d'urgence sanitaire. Mme Ngaunje invite instamment le Secrétariat à aider les États Membres en les dotant des compétences et des ressources qui leur permettront d'établir des systèmes préhospitaliers de soins d'urgence et de traumatologie, et de dispenser une formation dans ce domaine.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) appuie le projet de résolution. Les infrastructures sanitaires dans les Iles Salomon assurent aussi bien des soins cliniques que des soins d'urgence. Les services sanitaires d'urgence pâtiennent de l'insuffisance des ressources, du manque de personnels qualifiés et des grandes distances qui isolent la plupart des habitants des Iles. Faute de moyens de transport et de communication fiables, le pays est incapable de faire face aux différentes situations d'urgence, qu'elles soient causées par l'homme ou d'origine naturelle. L'évolution des modes de vie engendre des problèmes de santé comme le VIH/sida et des traumatismes à la suite d'accidents de la route, ce qui surcharge un système de santé fragile et mal équipé. Au cours des dernières années, une émeute civile et un tsunami ont fait de nombreux morts et blessés ; grâce à l'aide de pays voisins et à d'autres partenaires pour le développement, son pays a pu faire face efficacement à de telles situations.

Afin de renforcer les systèmes de soins de santé primaires, son Gouvernement met actuellement sur pied un réseau de centres de santé communautaires, qui sera notamment chargé de planifier la préparation aux situations d'urgence et d'atténuer leurs effets, et d'améliorer les infrastructures hospitalières aux niveaux distric et régional. Le Dr Leafasia demande à l'OMS de fournir les fonds nécessaires à la mise en œuvre de cette stratégie et du projet de résolution.

Le Professeur BOUPHA (République démocratique populaire lao) explique que son pays est en train de renforcer la gestion de ses systèmes de soins de santé, dans les secteurs formel et informel, afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé d'ici à 2015. Elle appuie le projet de résolution.

M. KAZIHISE (Burundi) fait observer que, dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant, dont les soins sont partiellement gratuits, le Burundi a mis en place des systèmes de transport par ambulance et d'orientation-recours dans certaines régions, ce qui a permis de sauver de nombreuses vies. Le service d'ambulance sera étendu à tous ceux qui ont besoin de soins d'urgence à la suite d'un accident de la circulation. La prestation de soins d'urgence pour tous nécessitera des ressources importantes pour la mise en place des structures et la formation de personnel.

M. Kazihise appuie le projet de résolution.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général), répondant au délégué du Bangladesh, fait observer que, si le préambule du projet de résolution fait référence à deux résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé traitant respectivement de la violence et des accidents de la circulation, le rapport et le projet de résolution à l'examen couvrent l'ensemble des traumatismes. S'agissant de la préoccupation exprimée par le délégué du Maroc, elle suggère d'utiliser « systèmes de soins traumatologiques d'urgence » pour préciser le lien entre les soins d'urgence et la traumatologie.

Elle remercie les experts qui ont aidé le Secrétariat à mener ses travaux sur les systèmes de soins d'urgence.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Au paragraphe 2.4), le délégué de l'Équateur a proposé d'insérer « de fournir des informations pertinentes de meilleure qualité » après « le fonctionnement d'un mécanisme de suivi susceptible » et de remplacer « méthodes » par « aspects » au paragraphe 2.10). Au paragraphe 2.3), le délégué du Nigéria a proposé de supprimer « dans les endroits où ils présenteront un bon rapport coût/efficacité » ; d'insérer « des orientations politiques » entre « d'examen » et « de la législation » au paragraphe 3.2) et le membre de phrase « et de mettre à profit ces capacités institutionnelles pour aider les États Membres qui en feront la demande à examiner et actualiser leurs orientations politiques et leur législation » à la fin du paragraphe ; et d'ajouter un nouvel alinéa 3.3 bis) ainsi libellé : « de travailler avec les États Membres à l'élaboration de stratégies visant à assurer régulièrement à tous ceux qui en ont besoin des prestations optimales de soins ne présentant pas un caractère d'urgence et de soins d'urgence ; et de fournir un appui aux États Membres en vue de la mobilisation de ressources adéquates auprès des donateurs et des partenaires du développement pour atteindre cet objectif ».

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) suggère d'insérer « selon les besoins » après « mobilisation de ressources adéquates » dans le nouvel alinéa proposé par le délégué du Nigéria.

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

Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale : Point 12.8 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R17, et A60/15) (suite de la neuvième séance, section 2)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention des membres sur un texte révisé du projet de résolution, qui reprend des amendements proposés par les délégations de la Fédération de Russie, de la Grèce, du Japon, du Mexique, de la Norvège, des Philippines, de la Pologne et de la Thaïlande, et qui est libellé comme suit :

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.22.

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,
Ayant examiné le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale ;¹

Rappelant les résolutions WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, **WHA54.18 sur la transparence de la lutte antitabac, [Thaïlande]** WHA56.1 sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses et WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, ainsi que les nombreuses résolutions connexes des comités régionaux, notamment celles relatives à la santé mentale ;

Profondément préoccupée par le fait qu'en 2005 les maladies non transmissibles ont entraîné, selon les estimations, 35 millions de décès (60 % de la mortalité mondiale), que 80 % de ces décès sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et que près de 16 millions de décès ont frappé des personnes de moins de 70 ans ;

Notant que la mortalité due aux maladies non transmissibles devrait augmenter de 17 % d'ici 2015, avec de graves répercussions socio-économiques pour les États Membres, les communautés et les familles ;

Notant par ailleurs les liens entre maladies non transmissibles, développement, environnement et sécurité humaine, et leur contribution aux inégalités en matière de santé ;

Constatant que l'action multisectorielle continue d'être limitée faute de sensibilisation à la pandémie des maladies non transmissibles et de mesures appropriées pour la contrer ;

Notant que l'importance de la lutte contre les maladies non transmissibles a été soulignée dans le onzième programme général de travail 2006-2015, qui comprend notamment une cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

Prenant acte du volume croissant de données probantes concernant la rentabilité de plusieurs interventions simples pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Notant l'importance de motiver et d'éduquer les individus et les familles et de les aider à faire des choix sains dans leur vie quotidienne, et le rôle majeur joué par les gouvernements pour établir des politiques publiques et des environnements sains ;

Confirmant qu'il est important de lutter contre les principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles de façon intégrée, complète, multisectorielle et progressive ;

Consciente de la lourde charge sociale et économique que représentent les troubles musculo-squelettiques, surtout parmi les travailleurs et les personnes âgées ; [Grèce]

Ayant à l'esprit que l'action face à la triple charge des maladies infectieuses, des maladies non transmissibles et des traumatismes à laquelle sont confrontés de nombreux pays et aux pénuries graves de ressources dont ils souffrent exige un solide système de soins de santé primaires dans le cadre d'un système de santé intégré ;

Reconnaissant que la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est une mesure essentielle pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

Reconnaissant que de plus grands efforts s'imposent au niveau mondial pour promouvoir l'exercice physique et des modes de vie sains et améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires et des boissons, la manière dont ils sont commercialisés et la qualité et la disponibilité des informations destinées aux consommateurs et à leurs familles, en particulier les enfants, les jeunes et d'autres groupes de population en situation de vulnérabilité ;

Reconnaissant en outre qu'il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les conséquences socio-économiques et développementales des maladies non transmissibles et sur l'issue des interventions disponibles ;

¹ Document A60/15.

Sachant que les États Membres ne consacrent qu'une petite partie de leur budget de la santé à la prévention des maladies non transmissibles et à la santé publique, et qu'une augmentation, même minime, de ce pourcentage aurait des retombées bénéfiques considérables sur les plans sanitaire et socio-économique ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à renforcer aux niveaux national et local la volonté politique de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles dans le cadre d'un engagement en faveur de la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années, qui figure dans le onzième programme général de travail 2006-2015 ;¹

2) à établir ~~ou~~ **[Philippines]** renforcer selon le contexte national un mécanisme national de coordination **et des coalitions locales [Philippines]** pour ~~la prévention des~~ **prévenir et combattre les [Philippines]** maladies non transmissibles doté d'un large mandat multisectoriel comprenant la mobilisation d'une volonté politique et de ressources financières et faisant appel à toutes les parties prenantes ;

3) à élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national multisectoriel reposant sur des données factuelles pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, qui définisse les priorités, un calendrier et des indicateurs de performance, qui serve de base à la coordination de l'action de toutes les parties prenantes et qui fasse participer activement la société civile, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;

4) à accroître, en tant que de besoin, les ressources destinées aux programmes de lutte contre les maladies non transmissibles ;

5) à mettre en œuvre et accroître le soutien accordé aux initiatives mondiales et à la Convention-cadre pour la lutte antitabac qui contribueront à atteindre la cible visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies non transmissibles de 2 % par an au cours des dix prochaines années ;

6) **à renforcer la capacité de prévention des systèmes de santé [Grèce] et à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles une partie intégrante des programmes en vue de renforcer les systèmes de soins de santé primaires, et à consolider les établissements de soins de santé primaires afin qu'ils puissent faire face aux problèmes posés par les maladies non transmissibles ;**

OU (en supprimant également le paragraphe 8)

6) à faire de la lutte contre les maladies non transmissibles une partie intégrante des programmes de soins de santé primaires et à faire en sorte que les établissements de santé soient organisés de manière à faire face aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose implicitement de privilégier les soins de santé primaires ; [Japon]

7) à renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation, y compris les mécanismes de surveillance épidémiologique dans les pays, afin de recueillir des données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques ;

8) à veiller à ce que les établissements de santé soient organisés de manière à pouvoir faire face aux graves problèmes posés par les maladies non transmissibles, ce qui suppose de mettre tout particulièrement l'accent sur les soins de santé primaires ;

9) à mettre l'accent sur le rôle central des fonctions gouvernementales, et notamment des fonctions réglementaires, dans la lutte contre les maladies non transmissibles ;

10) à accroître l'accès ~~aux~~ **à des soins de santé adaptés, y compris [Japon] à des médicaments de qualité peu coûteux [Philippines]** pour les populations à haut risque des pays à revenu faible ou intermédiaire ;

¹ Document A59/25, appendice 6.

11) à faire figurer dans leurs programmes de santé nationaux des stratégies prévoyant des interventions de santé publique visant à réduire l'incidence de l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte, ainsi que des mesures de lutte contre le diabète sucré ; [Mexique]

2. PRIE le Directeur général :

1) sur la base des grandes lignes esquissées dans le rapport sur la lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale,¹ d'élaborer pour soumission à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un plan d'action définissant les priorités, les mesures à prendre, un calendrier et des indicateurs de performance pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles entre 2008 et 2013 aux niveaux mondial et régional, et de fournir là où cela est nécessaire un appui à l'élaboration, à la mise en œuvre intensifiée et au suivi des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment en poursuivant la mise au point d'une intervention destinée à prendre en charge les personnes à haut risque de maladies non transmissibles ;

2) de sensibiliser davantage les États Membres à l'importance de l'élaboration, de la promotion et du financement de mécanismes nationaux multisectoriels de coordination et de surveillance **de programmes de promotion de la santé, [Pologne]** ainsi que de plans de lutte contre les maladies non transmissibles ;

3) de fournir un soutien aux États Membres qui en font la demande et de promouvoir les partenariats, la collaboration, la coopération et la diffusion des meilleures pratiques entre États Membres pour qu'ils incorporent des interventions complètes de lutte contre les maladies non transmissibles dans les politiques et les programmes nationaux, y compris les politiques et programmes relatifs aux systèmes de santé, et pour qu'ils élargissent les interventions, notamment les stratégies visant à éduquer et aider les individus et les familles ;

4) de diffuser aux États Membres en temps opportun et de manière cohérente des informations sur les interventions essentielles d'un bon rapport coût/efficacité visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles ;

5) d'encourager le dialogue avec les organisations non gouvernementales internationales, régionales et nationales, ainsi qu'avec les donateurs et les partenaires des institutions techniques et le secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels, afin d'accroître le soutien, les ressources et les partenariats consacrés à la lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les programmes de promotion de la santé et du bien-être sur les lieux de travail, s'il y a lieu ;

6) de promouvoir des initiatives visant à mettre en œuvre la stratégie mondiale afin ~~d'accroître l'offre d'aliments sains~~ **d'accroître l'offre d'aliments sains et de favoriser une alimentation saine et de bonnes habitudes alimentaires [Japon]**, et de promouvoir également une commercialisation responsable, **notamment par l'élaboration d'un ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, [Norvège]** pour réduire l'impact des aliments riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres libres ou en sel, en concertation avec tous les acteurs concernés, notamment les parties du secteur privé, tout en veillant à éviter les conflits d'intérêts potentiels ;

7) de développer et de maintenir les contacts avec les médias afin qu'ils continuent de faire une large place aux questions relatives à la lutte contre les maladies non transmissibles ;

¹ Document A60/15.

- 8) de mieux faire comprendre les conséquences socio-économiques des maladies non transmissibles au niveau national et au niveau des ménages, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- 9) de veiller à ce que les activités de lutte contre les maladies non transmissibles reçoivent la haute priorité qu'elles méritent et un appui, le cas échéant ;
- 10) de mettre sur pied des mécanismes qui permettent aux États Membres de coordonner les activités de lutte contre les maladies non transmissibles, de reconnaître en particulier les programmes de maillage mondiaux et régionaux pour la lutte contre ces maladies comme un moyen efficace de coopération et de mise en œuvre de la stratégie mondiale, et de fournir des fonds et un soutien pour l'organisation et la coordination de ces programmes aux niveaux mondial et régional ; [Fédération de Russie]**
- 11) de promouvoir résolument le dialogue entre États Membres en vue de la mise en œuvre de mesures concrètes pour prévenir l'obésité et le diabète sucré dans le cadre de la résolution WHA53.17 sur la lutte contre les maladies non transmissibles et de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; [Mexique]**
- 12) de faire rapport à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, et par la suite tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris dans l'application du plan d'action.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) suggère de fusionner les amendements que les délégués de la Grèce et du Japon proposent d'apporter au paragraphe 1.6), qui débiterait par le texte proposé par la Grèce et qui serait suivi de la proposition du Japon ; cela entraînerait la suppression du paragraphe 1.8).

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) est favorable à cette suggestion. Elle propose de supprimer les mots « peu coûteux » au paragraphe 1.10), ce qui prime étant la fourniture de médicaments de qualité et non leur coût.

Pour le Dr OLIVEROS (Philippines), il importe de conserver le qualificatif « peu coûteux » dans la mesure où, pour les pays à revenu faible, il est essentiel de disposer de médicaments de qualité à faible coût.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) suggère d'utiliser à la place les termes « d'un coût abordable », tout en étant disposée à discuter du libellé adéquat avec le délégué des Philippines si cette proposition ne lui convient pas.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) dit que, si la proposition formulée par le délégué des États-Unis d'Amérique est acceptée, le début du paragraphe 1.10) sera libellé comme suit : « à accroître l'accès à des soins de santé adaptés, y compris à des médicaments de qualité et d'un coût abordable ».

Le Dr OLIVEROS (Philippines) est d'accord avec cette proposition.

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

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.23.

La promotion de la santé à l'heure de la mondialisation : Point 12.11 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R14, et A60/18) (suite de la dixième séance, section 2)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention des délégués sur un texte révisé du projet de résolution figurant dans la résolution EB120.R14, qui reprend des amendements proposés par les délégués de l'Allemagne, de Cuba, du Ghana, de la Grèce, du Kenya, du Koweït, du Mexique, de la Suède, de la Thaïlande et de la République bolivarienne du Venezuela, et qui est ainsi libellé :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA42.44 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, WHA51.12 sur la promotion de la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, ainsi que les résultats des six conférences internationales sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986 ; Adélaïde (Australie), 1988 ; Sundsvall (Suède), 1991 ; Jakarta, 1997 ; Mexico, 2000 et Bangkok, 2005) ;

Ayant examiné le rapport¹ sur le suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Bangkok, 2005) qui confirme l'importance qu'il convient d'accorder à la promotion de la santé dans l'action sur les déterminants de la santé ;

S'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata, de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui énonce les orientations stratégiques pour une amélioration équitable de la santé au cours des premières décennies du XXI^e siècle ;

Considérant les actions et les recommandations énoncées dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation visant à inscrire la promotion de la santé au cœur du programme mondial de développement, à en faire une responsabilité essentielle de tous les gouvernements et l'une des principales priorités des communautés, de la société civile, et du secteur privé ;

Notant que la promotion de la santé est indispensable pour atteindre les cibles des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, qu'elle est intimement liée à l'action de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, et apporte une contribution importante à la réalisation des objectifs du onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les modifications profondes de la charge mondiale de morbidité **dues notamment aux maladies non transmissibles [Suède]** doivent davantage retenir l'attention et que des ajustements s'imposent dans la société dans son ensemble et en matière d'allocation des ressources afin d'influer sur les déterminants immédiats et sous-jacents de la santé ;

Reconnaissant que la promotion de la santé contribue à l'instauration de la santé pour tous ; [Grèce]

Confirmant qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé et d'appliquer les recommandations et de prendre des mesures en faveur de la santé pour tous ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :
 - 1) à accroître, selon que de besoin, les investissements dans la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable, et à formuler des politiques judicieuses dans ce domaine ;
 - 2) à établir, selon que de besoin, des mécanismes efficaces pour une approche multisectorielle, y compris **interministérielle, [Allemagne]** permettant de traiter efficacement les déterminants sociaux, économiques, politiques et environnementaux de la santé tout au long de la vie ;

¹ Document A60/18.

- 3) à soutenir et encourager la participation active à la promotion de la santé des communautés, de la société civile, **en particulier des individus ou des groupes dont la contribution est précieuse, [Koweït] des secteurs du public et privé et des organisations non gouvernementales, y compris les associations de la santé publique, notamment [Venezuela] des organisations professionnelles et des syndicats, des entreprises et des associations, en particulier celles qui sont actives dans les domaines de la santé publique et de la promotion de la santé, [Venezuela] tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts et en encourageant un engagement constructif dans l'intérêt de tous [Thaïlande] ;**
- 4) à surveiller, ~~et évaluer et améliorer~~ **[Koweït] régulièrement de façon systématique les politiques, les programmes, les infrastructures et les investissements liés à la promotion de la santé, y compris en étudiant la possibilité de recourir à des évaluations d'impact sur la santé, à établir des rapports sur les solutions apportées aux problèmes liés à la promotion de la santé et à communiquer et utiliser ces solutions aux fins de la planification [Thaïlande] ;**
- 4 bis) à réorienter les systèmes nationaux de santé publique vers la promotion et l'adoption de modes de vie plus sains par les individus, les familles et les communautés ; [Ghana]**
- 5) ~~à combler l'écart entre~~ **introduire dans les pratiques actuelles et les fonctions fondées sur les preuves que l'on a d'une des interventions efficaces de promotion de la santé efficace, en exploitant pleinement les fondées sur des données factuelles dans ce domaine [Cuba] ;**
- 6) qui ont appliqué avec succès une politique nationale de santé publique dans laquelle la promotion de la santé est la clé du changement des déterminants de la santé, à transférer efficacement leur expertise aux pays qui se trouvent encore à la phase de mise en œuvre ; [Mexique]**
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les capacités de promotion de la santé dans toute l'Organisation pour mieux soutenir les États Membres en enrichissant les connaissances des organisations du système des Nations Unies et autres organisations internationales concernées et en les incitant à s'engager activement ;
- 2) de fournir un appui aux États Membres pour leur permettre de continuer à renforcer les systèmes de santé nationaux et plus particulièrement le secteur des soins primaires, afin de pouvoir mieux faire face aux graves menaces pour la santé, ~~y compris celles liées aux maladies non transmissibles~~ **[Cuba] ;**
- 3) d'assurer l'utilisation optimale des structures existantes des États Membres pour les acteurs multisectoriels **et notamment interministériels**, les organisations intéressées et d'autres organismes, tout en évitant les éventuels conflits d'intérêts, afin de soutenir le développement et la mise en œuvre de la promotion de la santé **[Allemagne] ;**
- 4) d'encourager la tenue régulière de conférences **multisectorielles** aux niveaux national, sous-régional, régional et mondial sur la promotion de la santé **[Cuba] ;**
- 5) de suivre et évaluer les progrès, de recenser les principales faiblesses dans le domaine de la promotion de la santé à travers le monde et de faire rapport ~~à intervalles réguliers~~ **régulièrement et de rendre les rapports accessibles au public [Thaïlande] ;**
- 6) de faciliter l'échange d'informations avec des instances internationales autres que sanitaires sur les principaux aspects de la promotion de la santé ;
- 6 bis) de plaider en faveur de grandes orientations politiques et socio-économiques favorables à la santé ; [Kenya]**
- 7) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) pense qu'il faudrait prier le Directeur général de plaider en faveur de toutes les grandes orientations favorables à la santé. Elle suggère donc de supprimer les mots « politiques et socio-économiques » dans le nouveau paragraphe 2.6 bis) proposé par le délégué du Kenya.

Le Dr OKEYO (Kenya) souscrit à cette proposition.

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

Projet de stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS : Point 12.12 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R6, et A60/19) (suite de la onzième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention des participants sur un texte révisé du projet de résolution figurant dans la résolution EB120.R6, qui reprend les amendements proposés par les délégations du Botswana, du Chili, de l'Inde, de la Jamaïque, du Kenya, du Nigéria, de la Suède, de la Suisse et de la Thaïlande, et qui est libellé comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de stratégie ~~et~~ **pour l'intégration** de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les ~~politiques et programmes~~ **activités** de l'OMS ;²

Rappelant le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), la Déclaration et le Programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les recommandations faites à la Conférence Beijing Plus 10 (2005) et les rapports sur leur application, les conclusions concertées 1997/2 du Conseil économique et social, la Déclaration du Millénaire (2000), le Document final du Sommet mondial de 2005³ et la résolution WHA58.30 intitulée « Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire » ;

1. **PREND NOTE AVEC SATISFACTION** de la stratégie ~~et~~ **pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS** ;

2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :

1) à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et la planification en fonction de celle-ci dans la planification stratégique ~~et~~, opérationnelle ~~et~~ **budgétaire [Suisse]** conjointe, y compris dans les stratégies de coopération avec les pays ;

2) à mettre au point des stratégies nationales pour aborder la problématique hommes-femmes dans les politiques, programmes et travaux de recherche ayant trait à la santé, y compris à la santé sexuelle et génésique ;

3) à mettre l'accent sur la formation et la sensibilisation à la question de la sexospécificité, des femmes et de la santé et sur la promotion de cette problématique ;

4) à faire en sorte **que l'équité entre les sexes soit respectée [Suède]** ~~qu'il existe des soins adaptés aux femmes~~ à tous les niveaux ~~du système de soins~~ **des prestations et des**

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.24.

² Document A60/19.

³ Résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies.

- services de santé [Suède et Suisse], y compris des services destinés aux adolescents et aux jeunes [Jamaïque] ;**
- 5) à recueillir et analyser des données ventilées par sexe, **à conduire des recherches sur les facteurs à l'origine des inégalités entre les sexes [Thaïlande]** et à utiliser les résultats de ~~cette analyse~~ **ces recherches [Thaïlande]** pour étayer les politiques et programmes ;
- 6) à progresser sur la voie qui mène à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé afin qu'il soit tenu compte de la contribution des femmes, des hommes, des filles et des garçons aux ~~soins~~ **prestations [Suède]** de santé dans les politiques et la planification sanitaires **et la formation de la main-d'œuvre sanitaire [Jamaïque] ;**
3. PRIE le Directeur général :
- 1) d'évaluer les différences et les inégalités entre les sexes et de s'en préoccuper lors de la planification, de l'exécution, du contrôle et de l'évaluation des activités de l'OMS, et de faire figurer cette exigence dans les descriptions de poste et parmi les critères d'évaluation des services du personnel ;
- 2) de définir des indicateurs, de surveiller la mise en œuvre de la stratégie par le Secrétariat au Siège et dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, et de veiller à ce qu'il en soit rendu compte ;
- 3) de contribuer à intégrer durablement les considérations d'équité entre les sexes dans les politiques et programmes de l'OMS, y compris en recrutant **dans les meilleurs délais [Botswana]** du personnel ayant des responsabilités et une expérience dans les domaines de la sexospécificité et de la santé de la femme ;
- 4) de fournir un appui aux États Membres ~~pour qu'ils puissent élaborer et appliquer~~ **afin qu'ils développent leur capacité d'analyse et d'action concernant les spécificités de chaque sexe de manière à élaborer et appliquer [Kenya et Inde]** des stratégies et des plans d'action **(et les budgets pertinents) [Suisse]** pour intégrer l'égalité des sexes dans toutes les politiques, tous les programmes et travaux de recherche se rapportant à la santé ;
- 5) de considérer l'utilisation de données ventilées par sexe et l'analyse des spécificités de chaque sexe comme prioritaires dans les publications de l'OMS, **y compris les documents pertinents soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée de la Santé [Suède]**, et dans les mesures destinées à renforcer les systèmes d'information sanitaire afin que l'égalité des sexes y apparaisse comme un déterminant de la santé ;
- 6) de faire en sorte que les évaluations programmatiques et thématiques indiquent dans quelle mesure il est tenu compte de la problématique hommes-femmes dans les activités de l'Organisation ;
- 7) **d'identifier et de faire connaître les bonnes pratiques suivies pour mesurer l'impact de l'intégration de la dimension sexospécifique dans les politiques de santé, notamment la mise au point d'indicateurs et de systèmes d'information sanitaire présentant les données ventilées par sexe ; [Chili]**
- 7)8) de veiller à ce que la stratégie soit pleinement mise en œuvre et de faire rapport tous les deux ans à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) propose d'insérer « au besoin » au paragraphe 2.1), entre « stratégique et opérationnelle et » et « planification budgétaire ». Au paragraphe 2.5), afin d'encourager les travaux de recherche sur tous les facteurs qui influent sur les disparités entre les sexes, elle propose de remplacer « sur les facteurs à l'origine des inégalités entre les sexes » par « sur les facteurs à l'origine des disparités entre les sexes ».

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) pense qu'il serait préférable d'insérer « au besoin » après « planification budgétaire ».

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande) est favorable à l'amendement qu'il est proposé d'apporter au paragraphe 2.5).

M. MARTIN (Suisse) croit comprendre qu'au paragraphe 2.1), les mots « au besoin » se rattachent uniquement à la planification budgétaire. Il faudrait clairement indiquer qu'ils ne portent pas également sur la planification stratégique et opérationnelle.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) propose le libellé ci-après pour résoudre le problème : « planification stratégique et opérationnelle et au besoin dans la planification budgétaire ».

M. KAZIHISE (Burundi) estime qu'au paragraphe 2.6) de la version française, les mots « health workforce » seraient mieux rendus en français par « main-d'œuvre sanitaire » que par « personnel sanitaire ».

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

Projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs : Point 12.13 de l'ordre du jour (documents A60/20 et A60/20 Add.1) (suite de la onzième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention des participants sur un texte révisé du projet de résolution relatif au projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, qui reprend des amendements proposés par les délégations de l'Allemagne, du Cameroun, du Costa Rica, des États-Unis d'Amérique, de la Fédération de Russie, de la Grèce, du Kenya, d'Oman, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines, de la Suisse, de la Thaïlande et de la République bolivarienne du Venezuela, et qui est ainsi libellé :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le projet de plan d'action mondial pour la santé des travailleurs ;²

Rappelant la résolution WHA49.12, par laquelle elle a approuvé la stratégie mondiale pour la santé au travail pour tous ;

Rappelant et ayant présentes à l'esprit les recommandations faites au Sommet mondial pour le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, 2002), selon lesquelles l'OMS devrait renforcer son action dans le domaine de la santé au travail et la relier à la santé publique ;³

Rappelant la Convention sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, et les autres instruments internationaux sur cette question adoptés par la Conférence générale de l'OIT ;⁴

Considérant que la santé des travailleurs est déterminée non seulement par les risques professionnels, mais aussi par des facteurs sociaux et individuels et par l'accès aux services de santé ;

Sachant qu'il existe des interventions de prévention primaire des risques professionnels et des interventions qui contribuent à rendre les lieux de travail sains ;

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.25.

² Tel qu'il figure à l'annexe du document A60/20.

³ Plan de mise en œuvre du Sommet mondial pour le développement durable. Document A/Conf.199/20, annexe.

⁴ Conférence internationale du Travail, quatre-vingt-quinzième session, Genève, 2006. Compte rendu provisoire 20A.

Constatant avec préoccupation les écarts importants à l'intérieur des pays et entre pays en ce qui concerne l'exposition des travailleurs **et des communautés locales [Papouasie-Nouvelle-Guinée]** aux risques professionnels et leur accès aux services de médecine du travail ;

Soulignant que la santé des travailleurs est une condition indispensable à la productivité et au développement économique ;

1. **APPROUVE [OU] ACCUEILLE AVEC SATISFACTION** le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017 ;

2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :

1) à concevoir des politiques et plans nationaux en collaboration avec les travailleurs, les employeurs et les organisations qui les représentent dans le but d'appliquer le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs **et des communautés locales [Papouasie-Nouvelle-Guinée]** en fonction des besoins, et à instaurer des mécanismes **et des cadres juridiques [Kenya]** appropriés de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation de ces politiques et plans ;

2) à faire en sorte que tous les travailleurs, y compris ceux du secteur informel, des petites et moyennes entreprises, du secteur agricole, et les travailleurs migrants **et travailleurs contractuels [Oman]** soient couverts par les interventions essentielles et les services de médecine du travail de base aux fins de prévention primaire des maladies et traumatismes d'origine professionnelle ;

3) à prendre des mesures pour acquérir ou développer le potentiel institutionnel de base et les moyens humains indispensables pour répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population active ;

3 bis) à rassembler des données sur la santé des travailleurs et à fonder les politiques et l'action sur ces données ; [Thaïlande]

4) à élaborer et mettre à disposition des lignes directrices concrètes pour l'instauration de services de santé appropriés ainsi que des moyens de surveillance des maladies et des risques pour l'homme et pour l'environnement introduits dans les communautés locales où des activités commerciales ont été entreprises pour répondre à leurs besoins ; [Papouasie-Nouvelle-Guinée]

4) à faire en sorte que tous les programmes nationaux qui concernent la santé des travailleurs, par exemple les programmes de prévention des maladies et traumatismes professionnels, de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques, de promotion de la santé, de santé mentale, d'hygiène du milieu et de développement des systèmes de santé, collaborent entre eux et mènent une action concertée ;

5) à inciter à prendre en compte la santé des travailleurs **et des communautés locales [Papouasie-Nouvelle-Guinée]** dans les politiques nationales et sectorielles de développement durable, de lutte contre la pauvreté, d'emploi, de commerce, de protection de l'environnement et d'éducation ;

6) à concevoir des approches stratégiques nationales et interpays pour offrir des soins et des services médicaux aux travailleurs migrants malades ou blessés ; [Philippines]

6) à inciter à créer des mécanismes efficaces de collaboration et de coopération entre pays développés et pays en développement aux niveaux régional, sous-régional et au niveau des pays pour mettre en œuvre le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs ;

7) à inciter à concevoir des stratégies sanitaires et non sanitaires d'ensemble pour la réinsertion des travailleurs migrants malades ou blessés dans la société, en coordination avec les différentes organisations gouvernementales et non gouvernementales concernées ; [Philippines]

3. **PRIE** le Directeur général :

1) de promouvoir la mise en œuvre du plan mondial d'action pour la santé des travailleurs 2008-2017 aux niveaux national et international **selon un calendrier précis**

et à l'aide d'indicateurs pour l'instauration de services de médecine du travail dans l'ensemble du monde [Thaïlande] ;

2) de collaborer plus étroitement avec l'OIT, l'Organisation internationale pour les Migrations et d'autres organisations internationales apparentées [Philippines] et d'encourager une action commune au niveau régional et au niveau des pays dans le domaine de la santé des travailleurs ;

3) de préserver et de renforcer le réseau de centres collaborateurs de l'OMS pour la médecine du travail, qui est un important mécanisme de mise en œuvre du plan d'action mondial ;

4) de contribuer au renforcement des moyens de coordination dans les pays et entre les pays et des moyens de gestion de l'information relative à la santé des travailleurs migrants ; [Philippines]

4) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à ses cent trente-deuxième (2013) et cent quarante-deuxième sessions (2018) sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action mondial.

Les paragraphes révisés du projet de plan d'action mondial figurent comme suit :

10. L'OMS collaborera avec les États Membres en vue d'aider les ministères de la santé à jouer un rôle directeur dans le domaine de la santé des travailleurs, à concevoir et appliquer des politiques et des plans d'action et à faciliter la collaboration intersectorielle. Elle s'emploiera aussi à organiser une campagne mondiale pour l'élimination des maladies liées à l'amiante, **conformément aux instruments juridiques internationaux et en se fondant sur les tout derniers éléments attestant l'efficacité des interventions, une campagne mondiale** pour la vaccination de tous les agents de santé contre l'hépatite B et d'autres actions répondant aux principales préoccupations concernant la santé des travailleurs. **La campagne d'élimination des maladies liées à l'amiante devra permettre de suivre une approche différenciée pour réglementer l'utilisation des différentes formes d'amiante, comme le prévoit la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international (1998).**

...

14. Il faudrait davantage stimuler la promotion de la santé et la prévention des maladies non transmissibles en milieu professionnel, et notamment promouvoir la santé mentale, **la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant** sur le lieu de travail et inciter les travailleurs à avoir une alimentation saine et à faire de l'exercice physique. Il est indispensable par ailleurs de lutter sur le lieu de travail contre les menaces sanitaires d'importance mondiale comme la tuberculose, le VIH/sida, le paludisme et la grippe aviaire.

...

18. Il convient de développer les ressources humaines dans le domaine de la santé des travailleurs en mettant l'accent sur les études universitaires supérieures dans les disciplines concernées ; en formant le personnel nécessaire pour assurer les services essentiels de médecine du travail ; en intégrant la santé des travailleurs dans les programmes d'études du personnel qui dispense les soins de santé primaires et des autres agents de santé indispensables pour assurer les services de médecine du travail ; en prenant des mesures pour inciter à faire carrière dans le domaine de la santé des travailleurs et pour fidéliser le personnel ; et en favorisant la création de réseaux de services et d'associations professionnelles. **On se préoccupera non seulement des études universitaires supérieures mais aussi de la formation élémentaire des professionnels de la santé dans différents domaines comme**

la promotion de la santé des travailleurs ou la prévention et la prise en charge des problèmes de santé des travailleurs. On en fera une priorité de la formation aux soins de santé primaires.

...

30. Avec le concours de son réseau de centres collaborateurs pour la médecine du travail et en partenariat avec d'autres organisations intergouvernementales et internationales, l'OMS collaborera avec les États Membres à la mise en œuvre du plan d'action en s'attachant à :

- ~~• prendre les rênes de l'action menée au niveau international pour la santé des travailleurs et, au besoin, œuvrer en partenariat et conjointement avec l'OIT et d'autres organisations du système des Nations Unies, les organisations d'employeurs, les syndicats et d'autres acteurs de la société civile et du secteur privé ;~~
- **favoriser les partenariats et l'action commune et œuvrer en partenariat et conjointement avec l'OIT et d'autres organisations du système des Nations Unies, les organisations d'employeurs, les syndicats et d'autres acteurs de la société civile et du secteur privé dans le but de renforcer l'action menée au niveau international pour la santé des travailleurs ;**
- **en harmonie avec les initiatives prises par l'OIT**, fixer des normes de protection de la santé des travailleurs, donner des lignes directrices, en promouvoir et en contrôler l'utilisation, et contribuer à l'adoption et à l'application de conventions internationales du travail ;
- proposer des options pour établir un programme national en matière de santé des travailleurs qui soit fondé sur les meilleures pratiques et sur des données probantes ;
- fournir l'appui technique nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population active et se doter des moyens institutionnels indispensables pour agir dans le domaine de la santé des travailleurs ;
- observer les tendances concernant la santé des travailleurs et les infléchir ;
- instaurer des dispositifs scientifiques et consultatifs pour faciliter l'action en faveur de la santé des travailleurs aux niveaux mondial et régional.

De l'avis du Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), étant donné que le Conseil exécutif examinera la question de la santé et de la migration à sa cent vingt-deuxième session, et après consultation des délégués de Papouasie-Nouvelle-Guinée et des Philippines, l'examen des nouveaux paragraphes 2.6) et 3.4) pourrait être reporté à cette session. Il propose de supprimer « communautés locales » au paragraphe 2.1) ; de remplacer « travailleurs contractuels » par « sous-traitance » au paragraphe 2.2), et de fusionner les paragraphes 2.3 bis) et 2.3). Il propose en outre, dans le nouveau paragraphe 2.4), de remplacer le libellé jusqu'à « activités » par « à instaurer des services de santé appropriés ainsi que des instruments pour prévenir les maladies et les risques pour l'homme et pour l'environnement introduits dans les communautés locales où des activités industrielles et agricoles » ; de supprimer « et des communautés locales » au paragraphe 2.5) ; de supprimer le nouveau paragraphe 2.6) et d'insérer « en tenant compte des besoins sanitaires des travailleurs migrants » à la fin de l'ancien paragraphe 2.6) et, au paragraphe 3.2), de supprimer « l'Organisation internationale pour les Migrations ». Dans l'annexe contenant le projet de plan d'action mondial, il faudrait supprimer la troisième phrase du paragraphe 10, dans laquelle il est question de la Convention de Rotterdam, puisque le sujet est traité dans la deuxième phrase et qu'il existe de surcroît d'autres accords internationaux ayant trait à l'amiante, tels que la Convention de Bâle et la Convention de l'OIT.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) propose de remplacer « moyens de surveillance » par « mécanismes de surveillance » au paragraphe 2.4).

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande) note, à propos du paragraphe 14 de l'annexe, que sa délégation a proposé de mentionner la santé génésique, et pas uniquement la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. La santé génésique est la principale cause de congés de maladie et d'absentéisme chez les agents de santé et est étroitement liée au congé de maternité et à la prévention des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida. Elle souhaiterait voir ses préoccupations reflétées dans une version révisée du projet de plan d'action mondial.

Le Dr Ali Jaffer SULEIMAN (Oman) rappelle que sa délégation a demandé que l'on tienne compte des « travailleurs contractuels » au paragraphe 2.2). Dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe, le recrutement de contractuels et la sous-traitance diffèrent considérablement, une distinction entre les deux devant être faite dans la résolution. Les travailleurs contractuels sont titulaires d'un contrat individuel d'au moins un an, ce qui n'est pas le cas de la sous-traitance. Il demande également que les autres pays membres du Conseil – Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Qatar et Yémen – soient cités en tant que coauteurs.

Le Dr BIN SHAKAR (Émirats arabes unis) confirme que les travailleurs contractuels sont employés au titre de contrats individuels tandis que la sous-traitance est établie avec une entreprise. Les travailleurs contractuels sont des travailleurs migrants et non des immigrants.

Le Dr AL-SALEH (Koweït) précise que, puisque la sous-traitance diffère du recrutement de contractuels, si l'on modifie le libellé du paragraphe 2.2), ces derniers risquent par conséquent de perdre leurs droits.

Mme KAZRAGIENE (Lituanie) dit que la Lituanie souhaite se porter coauteur de la résolution.

Le Dr LEVENTHAL (Israël) note que, dans le texte original du paragraphe 2.2), il est question de « travailleurs migrants et de travailleurs contractuels ». Étant donné que la différence entre les travailleurs contractuels et les sous-traitants réside dans le fait que les premiers possèdent des papiers et que les seconds n'en possèdent probablement pas, par souci de clarté, on pourrait peut-être ajouter « titulaires de papiers » après « travailleurs contractuels ».

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) demande aux coauteurs qui ont fait mention de la migration s'ils sont d'accord avec la proposition visant à supprimer les nouveaux paragraphes 2.6) et 3.4), le thème de ces paragraphes devant être examiné par le Conseil exécutif, à sa cent vingt-deuxième session.

Le Dr OLIVEROS (Philippines) accepte de reporter l'examen de la question traitée dans ces paragraphes, puisque les débats sur la santé et les migrations qui se tiendront à la session suivante du Conseil exécutif devraient répondre à ses préoccupations.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) résume les amendements proposés au projet de résolution révisé. Au paragraphe 2.1), on supprimera « et des communautés locales » ; au paragraphe 2.2), on conserverait « travailleurs contractuels » ; et l'on fusionnerait les paragraphes 2.3 et 2.3 bis). Pour ce qui est de l'amendement proposé au nouveau paragraphe 2.4), il serait préférable de conserver l'essentiel du libellé initial tout en gardant l'idée-force de l'amendement, qui consiste à remplacer « activités commerciales » par « activités d'exploitation minière et autres activités industrielles et agricoles ». Il a également été proposé de remplacer les mots « moyens de surveillance » par « mécanismes de surveillance ». Dans l'annexe contenant le projet de plan d'action mondial, il faudrait supprimer la troisième phrase du paragraphe 10, car le nouveau libellé de la deuxième phrase suffit à couvrir le sujet. Au paragraphe 14, les mots « et la santé génésique » devraient être insérés après « la santé du nouveau-né et de l'enfant ».

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (Thaïlande) dit que, dans un esprit de compromis, elle accepte « santé de la famille » au lieu de « santé génésique ».

Le Dr SHEVYREVA (Fédération de Russie) insiste pour que l'on conserve la troisième phrase du paragraphe 10 de l'annexe. Son Gouvernement œuvrant activement à la ratification de la Convention de Rotterdam, il ne serait pas judicieux d'adopter des dispositions contraires à cette Convention. Son amendement, qui vise simplement à faire appliquer une approche différenciée pour réglementer l'utilisation de l'amiante, n'est pas incompatible avec les intérêts d'autres pays.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit qu'il a consulté des experts avant de proposer d'amender le paragraphe 10. L'amendement proposé par le délégué de la Fédération de Russie peut-il être intégré dans la phrase précédente ?

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) estime que la mention des « instruments juridiques internationaux », à la deuxième phrase, est plus large ; la troisième phrase serait redondante et rendrait le paragraphe plus confus. Elle demande si le délégué de la Fédération de Russie peut proposer une formulation révisée pour la deuxième phrase.

Pour le Dr SHEVYREVA (Fédération de Russie), il importe de rendre compte de la nécessité d'appliquer une approche différenciée pour réglementer l'utilisation des différentes formes d'amiante.

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) suggère d'insérer les mots « en sachant qu'il convient d'appliquer une approche différenciée pour réglementer l'utilisation des différentes formes d'amiante » avant le nouveau texte de la deuxième phrase.

Mme WEBER-MOSDORF (Sous-Directeur général) estime que ce libellé est encore trop spécifique pour un plan mondial visant à éliminer tous les risques causés par des produits chimiques dangereux. Elle préférerait que l'on utilise une formulation plus large, mais il appartient aux États Membres d'en décider.

Le Dr SHEVYREVA (Fédération de Russie) fait remarquer que, dans la version anglaise, il n'y a pas lieu de mentionner de nouveau l'amiante. Le libellé pourrait être : « bearing in mind a differentiated approach to regulating its various forms » (sans objet en français).

M. AITKEN (Représentant du Directeur général) note qu'il semble se dégager une légère majorité en faveur de l'utilisation d'« approuve » plutôt qu'« accueille avec satisfaction », au paragraphe 1 du projet de résolution.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) peut accepter le terme « approuve ».

Mme BELLO DE KEMPER (République dominicaine), à propos du paragraphe 10 du projet de plan d'action mondial figurant dans l'annexe, étant entendu qu'elle sera supprimée, suggère de remplacer la mention de la Convention de Rotterdam par le membre de phrase « instruments juridiques internationaux en la matière ».

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 cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.26.

Renforcement des systèmes d'information sanitaire : Point 12.15 de l'ordre du jour (documents EBSS-EB118/2006/REC/1, résolution EB118.R4, et A60/22)

M. ROSALES (Argentine) partage les vues exprimées dans le rapport concernant le renforcement des systèmes d'information sanitaire. Le système de statistiques sanitaires de l'Argentine a été actualisé conformément aux politiques de santé, aux réglementations internationales et à la demande des utilisateurs. Grâce à ces statistiques actualisées, des indicateurs plus précis ont pu être établis pour évaluer tant les plans de santé fédéraux que le niveau de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Des progrès ont été faits en ce qui concerne les systèmes de surveillance et de suivi médicaux, ainsi que les bases de données sur les transplantations. Il appuie l'adoption d'un cadre technique en tant que norme mondiale pour produire, reproduire et utiliser l'information sanitaire.

Le Dr AYDINLI (Turquie), examinant les options possibles pour établir une terminologie normalisée, rappelle que même les pays développés sont dotés de systèmes terminologiques incompatibles. Il apprécie les efforts déployés par l'OMS pour collaborer avec des organisations internationales et pour représenter les intérêts des États Membres, en particulier des pays en développement. La collaboration entre États Membres est essentielle pour normaliser la terminologie. L'OMS devrait accroître sa participation aux conseils de direction d'organisations internationales de normalisation. Grâce à des efforts d'harmonisation, à des études cartographiques et à des règles convenues dans un esprit de consensus, les pays pourront adopter des terminologies, indépendamment de la capacité de leur infrastructure. Le Secrétariat devrait également aider les États Membres à établir les structures nécessaires pour gérer et maintenir en place des services et des applications de cybersanté.

M. DANKOKO (Sénégal) explique que le Ministère de la Santé de son Gouvernement continue de renforcer son système d'information sanitaire avec la participation de toutes les parties prenantes. Un service national d'information sanitaire, créé en 2004, vise à améliorer la gestion des statistiques, la communication et la cohérence des données sanitaires. Toutefois, il reste à mettre sur pied un système intégré capable de prendre en compte des données internationales. Les systèmes centralisés manquent d'appui institutionnel, de systèmes de communication et de liens fonctionnels, ce qui crée des dysfonctionnements au niveau de la collecte, de la diffusion et du traitement des données. Il existe de nombreux sous-systèmes d'information dans différents départements, mais sans aucun plan directeur de développement de l'information sanitaire. Le personnel qualifié est peu nombreux. Au niveau décentralisé, les données recueillies sont souvent incomplètes et de qualité médiocre ; le personnel n'est pas suffisamment informé, motivé, ni formé pour remplir les formulaires.

Des outils et des systèmes de gestion des données sont en cours d'évaluation afin d'améliorer l'enregistrement et la transmission des données. Une feuille de calcul a été conçue et diffusée pour collecter l'information. Une stratégie visant à améliorer la formation dans le domaine des applications des logiciels et de gestion des données est mise en place depuis un an. Le Sénégal est engagé dans l'amélioration de son système d'information sanitaire et appuie le projet de résolution figurant dans la résolution EB118.R4.

Le Dr ADDAI (Ghana) considère que les systèmes d'information sanitaire sont essentiels au bon fonctionnement et à la viabilité des systèmes de santé, à la répartition équitable et à l'utilisation efficace des ressources, ainsi qu'à la transparence. Pourtant, ces systèmes sont déficients dans les endroits les plus pauvres où ils font cruellement défaut. Les efforts déployés pour les renforcer sont souvent fragmentaires et concentrés sur des programmes de lutte contre les maladies. Le Ghana a commencé à travailler avec le Réseau de métrologie sanitaire, renforçant les principaux domaines dans lesquels il est difficile d'obtenir le soutien de donateurs. Le pays investit actuellement dans des technologies de l'information et de la communication qui faciliteront la diffusion des données. Toutefois, les efforts visant à harmoniser et à renforcer les systèmes nationaux de santé sont

compromis par les besoins en information ; par ailleurs, les investissements dans les systèmes d'information sanitaire sont parfois absorbés par des programmes – comprenant certaines activités de l'OMS – de lutte contre la maladie financés et dirigés par les donateurs. Il souhaiterait savoir si un consensus s'est dégagé au sein du Secrétariat concernant l'utilisation du cadre technique proposé par le Réseau de métrologie sanitaire. Si l'on parvient à un consensus sur les systèmes d'information au sein du Secrétariat, les États Membres seront ainsi assurés de recevoir un appui harmonisé. Il propose d'amender l'alinéa 3.2) du projet de résolution en insérant le mot « harmonisé » entre « fournir un appui » et « aux États Membres ».

Le Dr METAI (Kiribati) remercie l'OMS de l'aide importante qu'elle a fournie à son pays pour améliorer ses systèmes d'information sanitaire au cours des 15 dernières années : des ordinateurs ont été installés et du personnel a été formé à l'établissement de rapports, à l'analyse et à la diffusion de données normalisées. Cependant, la notification de données par les centres médicaux n'est pas encore au point ; les informations ne sont pas communiquées en temps utile, bien que cela soit essentiel, en raison de l'étendue du territoire sur lequel les îles Kiribati sont dispersées. Il souhaiterait obtenir un plus grand appui technologique pour améliorer la communication de données par les îles et les centres médicaux isolés ; les technologies devraient être faciles à utiliser et à maintenir, et être alimentées par des sources d'énergie locales. Il appuie le projet de résolution, moyennant l'adjonction au quatrième alinéa du préambule du membre de phrase « , que leurs sources d'informations premières sont dispersées, isolées et difficiles d'accès » après « fragmentaires ». Il faudrait que soient résolus les problèmes de communication qui se posent dans les îles Kiribati et dans d'autres pays en développement dans le cadre du renforcement des systèmes d'information sanitaire.

Le Dr CHAKIROU (Congo), s'exprimant au nom des 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS, fait observer que l'établissement d'indicateurs pose des problèmes techniques complexes et exige des compétences particulières en santé publique, en biomédecine et en statistiques. Dans les pays d'Afrique, la fiabilité et la validité des statistiques sanitaires varient énormément, de même que la précision des instruments de mesure. Les demandes d'information sont souvent liées aux exigences des donateurs ou à des initiatives internationales, ce qui fragilise encore les systèmes d'information sanitaire des pays. Dans ces pays, l'information n'est pas souvent utilisée pour la prise de décision, car elle est rarement analysée et diffusée à temps. Etant donné qu'elles sont peu fiables du fait du peu de ressources disponibles, les statistiques sanitaires constituent un danger pour la santé publique, rendent la planification difficile et empêchent les décideurs de cerner les problèmes et les besoins ou de suivre les progrès et d'évaluer l'incidence de leurs interventions. Sachant qu'il est nécessaire de se doter d'un système d'information sanitaire de qualité et normalisé, il appuie sans réserve la proposition visant à ce que tous les pays travaillent au sein du même cadre mondial. Nombre de pays de la Région africaine ont tiré parti de l'outil que constitue le Réseau de métrologie sanitaire, qui s'adapte bien aux systèmes existants. Les États Membres de la Région s'engagent à relever les défis qui se posent en utilisant un cadre normalisé à l'échelle nationale, régionale et mondiale ; à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire à l'aide de plans de développement ; à améliorer les processus de production, d'analyse, de diffusion et d'utilisation de l'information pour la prise de décision ; et à mettre en place des mécanismes de suivi. Le Réseau et ses partenaires devraient aider les « pays pionniers » à mener à bien cet exercice et à élaborer un plan de développement des services d'information sanitaire. Les États Membres de la Région souscrivent à l'approche stratégique proposée, mais auront besoin du concours du Secrétariat. Le Dr Chakirou appuie le projet de résolution.

La séance est levée à 12 h 30.

TREIZIÈME SÉANCE

Mardi 22 mai 2007, 14 h 45

Président : Professeur ENG HUOT (Cambodge)
puis : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Renforcement des systèmes d'information sanitaire : Point 12.15 de l'ordre du jour (documents EBSS-EB118/2006/REC/1, résolution EB118.R4, et A60/22) (suite)

Mme VIELMA (République bolivarienne du Venezuela) fait observer qu'il importe de mettre en place un système d'information sanitaire précis et actualisé pour élaborer des politiques de santé. Afin de disposer d'informations sanitaires fiables, le secteur de la santé et le secteur des statistiques doivent œuvrer en collaboration. Le Venezuela renforce actuellement son système d'information sanitaire en formant le personnel qui établit les statistiques démographiques et les bulletins épidémiologiques, et en recourant à des programmes destinés à améliorer la recherche. Un projet de loi sur le système national de santé permettra de créer un système de collecte, d'analyse et d'évaluation des données sanitaires les plus récentes, consolidées conformément aux exigences d'institutions faisant partie du système national de santé et ventilées selon le sexe, l'âge, la catégorie sociale et le groupe ethnique. Ce projet de loi prévoit l'établissement d'un plan stratégique national sur les technologies de l'information et de la communication visant à protéger les informations sanitaires disponibles. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr HUWAIL (Iraq) considère que pour être efficace, un système d'information sanitaire doit être très au point et tenir compte de toutes les variables épidémiologiques et démographiques ; fonctionner grâce à la coordination et la coopération intergouvernementales, avec le concours de l'OMS ; utiliser des technologies modernes ; être accessible dans le cadre de chaque programme de soins de santé primaires ; faire appel au renforcement institutionnel et individuel des capacités pour chaque aspect du système ; garantir l'efficacité du système de santé ; se fonder sur la collaboration intersectorielle ; et recourir à la communication à tous les niveaux. L'échange d'informations est essentiel pour créer un tel système.

Mme WARANYA TEOKUL (Thaïlande) estime que la prise de décision fondée sur des données probantes peut aider les parlements, la société civile et les organismes internationaux chargés du développement à réduire les écarts qui existent en matière de prestation de santé et à accroître leur niveau d'engagement. Les systèmes d'information sanitaire peuvent être utilisés pour hiérarchiser des programmes, orienter l'allocation des ressources et cibler des objectifs ; ils peuvent également servir d'instruments de suivi et d'évaluation. Ces systèmes doivent être renforcés pour fournir un indicateur de base de l'état de santé de la population et de la prestation de soins de santé. Les ressources financières et humaines mises à leur disposition à l'échelle nationale et internationale sont limitées. Dans le cadre de l'OMS, par exemple, pour l'exercice financier 2008-2009, seuls 3,8 % des crédits ont été alloués à l'objectif stratégique relatif aux systèmes de santé. Mme Waranya Teokul se félicite des contributions de la Fondation Bill & Melinda Gates et d'autres partenaires du Réseau de métrologie sanitaire de l'OMS destinées à renforcer les systèmes d'information sanitaire. Elle souhaiterait avoir plus de renseignements sur le lien qui existe entre ce Réseau et l'Institut de Métrologie sanitaire de

l'Université de Washington. Elle fait siennes les vues exprimées par le délégué du Ghana concernant la collecte d'informations fondée sur le cadre technique du Réseau. Elle appuie le projet de résolution, tel qu'amendé par le délégué du Ghana.

Le Dr Jean Louis prend la présidence.

M. MABUZA (Swaziland) dit que les systèmes d'information sanitaire sont essentiels à la prise de décision. Le programme du Réseau de métrologie sanitaire a commencé à être mis en œuvre au Swaziland il y a un an. À l'issue d'une évaluation complète du système d'information sanitaire, une politique générale sera élaborée en la matière.

Avec le concours du Réseau, le Ministère de la Santé utilise actuellement un nouveau système de prise en charge des patients dans les centres de traitements antirétroviraux. Il est également en train de raccorder l'ensemble des systèmes d'information sanitaire à un réseau informatique national et de relier les hôpitaux, les centres médicaux, les unités de santé publique et les sites de traitements antirétroviraux. Des travaux de validation des données ont été menés. Le système complet d'information sur les ressources humaines du Swaziland couvre l'ensemble du personnel du secteur de la santé et permet d'analyser des variables telles que les niveaux des effectifs et les taux de vacance d'emploi. M. Mabuza remercie l'OMS et les partenaires pour le développement pour l'appui qu'ils continuent de fournir.

M. HU Jianping (Chine) loue les travaux menés par le Secrétariat sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les États Membres. Le rapport aurait dû insister davantage sur deux difficultés liées à l'échange et à l'utilisation de l'information collectée : une mauvaise coordination et division rationnelle des tâches dans certains pays, voire au sein d'un système de santé proprement dit ; et les différences de normes en matière d'information collectée par les divers secteurs de la santé d'un même pays.

Dans le projet de résolution, il propose d'ajouter « et moyennant une bonne coordination et une division raisonnable des tâches au sein du secteur de la santé » à la fin du paragraphe 1.1), ainsi qu'un nouveau paragraphe 1.6) libellé comme suit : « d'accroître les ressources humaines et la contribution financière, et de renforcer la recherche sur les normes en matière d'information sanitaire afin d'améliorer la normalisation des systèmes d'information sanitaire ».

Mme EL-HALABI (Botswana) explique que dans nombre de pays en développement, dont le Botswana, les systèmes d'information sanitaire sont fragmentaires et en sous-effectif et ne disposent pas de ressources suffisantes, ce qui entrave les progrès dans le suivi de la réalisation des objectifs fixés aux niveaux national et international. Le Botswana craint que des données ne fassent double emploi, qu'elles soient fragmentées ou encore obsolètes. Afin de garantir l'exactitude et la pertinence des données recueillies, le personnel infirmier, les médecins et autres agents de soins de santé aux niveaux central et du district sont formés à l'utilisation de la Classification internationale des Maladies (dixième édition) et d'applications de logiciels. Un nouveau Département des Politiques, de la Planification, du Suivi et de l'Évaluation a été chargé de mettre en place un point focal pour l'intégration, la coordination et le renforcement des systèmes d'information sanitaire du pays.

Le Botswana se félicite des travaux menés par le Réseau de métrologie sanitaire et de l'objectif qu'il s'est fixé pour 2011. Le Secrétariat devrait aider les pays à préparer leurs demandes de subvention ; les critères d'octroi d'un soutien financier aux pays pour mettre en œuvre le Réseau devraient être revus afin que des pays comme le Botswana, qui se situe au-dessus de la catégorie des pays à revenu faible ou intermédiaire, mais qui a néanmoins besoin d'assistance, puissent être retenus. La participation de l'OMS et des partenaires pour le développement est essentielle au renforcement des systèmes d'information sanitaire. Mme El-Halabi appuie le projet de résolution.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) note que l'information sanitaire est indispensable à la prestation de soins de santé de base pour tous et estime également nécessaire de disposer

d'informations pertinentes et de bonne qualité à l'appui de l'action sanitaire. Si l'on doit améliorer les systèmes d'information sanitaire, il faut prendre en compte les données issues de la recherche et accroître les activités dans le domaine des statistiques sanitaires dans chaque pays. Faisant observer que l'information sanitaire ne relève pas de la responsabilité d'une seule administration publique, elle attire l'attention sur le rôle joué par l'OMS (paragraphe 6 du rapport). Dans l'avenir, lorsque l'Assemblée de la Santé sera invitée à examiner un projet de résolution recommandé par le Conseil exécutif, il faudra que le texte pertinent soit annexé au document de l'Assemblée de la Santé pour en faciliter la consultation.

Le Dr LEAFASIA (Iles Salomon) note qu'il importe de disposer d'informations sanitaires à jour et exactes pour prendre des décisions, y compris sur les crédits budgétaires alloués par l'OMS. Certains partenaires pour le développement travaillant dans les Iles Salomon mentionnent des statistiques différentes, selon qu'ils font rapport sur l'avancement des travaux ou qu'ils demandent des fonds supplémentaires pour mener à bien leurs activités, situation qui montre l'importance que revêt un système d'information efficace et exact. Le Gouvernement a besoin du soutien de l'OMS pour renforcer son système d'information sanitaire et pour garantir que les décisions qu'il prend en matière d'allocation de ressources et de planification reflètent les besoins véritables.

Le Dr MTONGA (Zambie) dit que le Réseau de métrologie sanitaire améliorera la disponibilité, la qualité, la valeur et l'utilisation d'informations sanitaires exactes et dans les délais, renforcera la coordination et limitera la fragmentation et les doubles emplois. La Zambie a continué de mettre en place un système d'information solide grâce à son système national de statistiques. Le système d'information sur la gestion sanitaire fait actuellement l'objet d'une profonde révision, le but étant de mieux répondre aux besoins de notification à tous les niveaux de la prestation de services de santé, et de générer des statistiques sur les progrès accomplis par la Zambie en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Ce système est conçu sur la base du cadre défini par le Réseau de métrologie sanitaire pour garantir la qualité en matière de notification et de flux de données.

A l'issue de l'examen annuel commun du secteur de la santé de la Zambie, mené dans le cadre du cinquième plan national de développement, il a été confirmé que ce secteur contribuait à réduire la pauvreté. Cet examen a également permis de cerner les possibilités d'investissement pour les partenaires pour le développement. D'autres études, comme celles sur le comportement sexuel et sur le système d'information relatif à l'alimentation, à la santé et à la nutrition, menées par l'Office central de la Statistique, sont importantes pour cerner les besoins du secteur de la santé en Zambie. Notant l'importance du pouvoir politique, il rappelle que le Président de son pays a mis en œuvre une politique de l'information, de la communication et des technologies qui encouragera les cadres propices à l'investissement, renforçant ainsi les systèmes d'information sanitaire à tous les niveaux. Appréciant l'appui que l'OMS continue de fournir, le Dr Mtonga se rallie au projet de résolution.

Le Dr AL GHAFIRI (Oman), s'exprimant au nom des États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite des travaux consacrés au renforcement des systèmes d'information sanitaire. Le rapport ne met pas suffisamment l'accent sur le rôle normatif de l'OMS, seule organisation capable d'établir des normes sur les systèmes d'information sanitaire. Les États Membres souhaiteraient que le Secrétariat leur apporte ses compétences et son appui technique pour qu'ils puissent collecter les données et, surtout, qu'ils les transforment en informations utiles. Il craint que, dans le rapport, l'amélioration de la capacité des pays à produire des estimations (paragraphe 20) ne soit considérée comme une fin en soi. Dans la mesure du possible, il faudrait éviter de faire des estimations. On devrait produire des données probantes fiables en renforçant la capacité des infrastructures de soins de santé à collecter des données de base.

Toutefois, il ne faut pas perdre de vue certaines contraintes. Nombre de pays de la Région n'ont pas mis en place de politiques d'information nationales, ni l'infrastructure nécessaire pour la collecte, le stockage, la gestion, la diffusion et l'utilisation de l'information ; un financement durable et l'engagement ferme des administrations publiques et des donateurs font défaut. Il faut se doter de

ressources humaines supplémentaires au niveau de la direction et promouvoir une culture dans laquelle la planification repose sur des données probantes ; d'où la nécessité d'agir aux premiers stades de l'enseignement de la médecine et des sciences de la santé. On doit aussi changer la culture organisationnelle des ministères de la santé et d'autres institutions de soins de santé. Les systèmes d'information sanitaire devraient également s'attacher à appuyer les systèmes de santé. Les organismes de financement ne devraient plus promouvoir des systèmes d'information axés sur un programme de santé ou sur une maladie spécifique.

Le Dr FAKEYE (Nigéria) estime que l'amélioration des systèmes d'information sanitaire est incontournable pour le renforcement des systèmes de santé. En 1999, le Nigéria a mis en place un système d'information sur la gestion sanitaire doté d'un minimum de capacités aux niveaux de l'administration fédérale, nationale et locale. Pour la période 2004-2006, des modèles et des ensembles minimaux de données ont été revus pour les différents niveaux. Le Nigéria participe également au Réseau de métrologie sanitaire et est en train de cartographier les services disponibles. Les données doivent être collectées, analysées et utilisées pour éclairer la prise de décision à tous les niveaux. Dans un pays de la taille du Nigéria, ces activités exigent d'énormes ressources. Des systèmes d'information sanitaire axés sur des programmes spécifiques risquent de perturber le fonctionnement des systèmes nationaux. Les pays devraient structurer de tels systèmes en tant que sous-ensembles de leurs systèmes nationaux et harmoniser les procédures suivies.

Dans le projet de résolution, il propose d'ajouter deux nouveaux alinéas au paragraphe 1, le premier étant ainsi libellé : « considérer les systèmes d'information sanitaire comme une stratégie essentielle pour renforcer les systèmes de santé nationaux et, à ce titre, à s'en doter et à veiller à leur bon fonctionnement », et le second : « établir, au sein des systèmes d'information sanitaire nationaux, des systèmes d'information programmatiques formant des sous-ensembles et organiser l'harmonisation de ces différents sous-ensembles programmatiques ».

Mme CHERQAOU (Maroc) appuie le projet de résolution. La date fixée pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement approche et, pourtant, dans beaucoup de pays, les systèmes d'information sanitaire ne sont toujours pas adaptés, lorsqu'ils existent. Pour atteindre ces objectifs, il faut donner la priorité au renforcement de ces systèmes et en garantir une utilisation appropriée. Les États Membres auront besoin d'un appui pour y parvenir. Elle propose donc d'ajouter un autre alinéa au paragraphe 3 du projet de résolution dans lequel le Directeur général serait prié de donner la priorité aux programmes de pays et d'accroître l'appui de l'OMS en faveur du renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux. Jusque-là, quelques pays seulement ont tiré parti du Réseau de métrologie sanitaire, du fait probablement d'un manque d'information sur les modalités de participation. Il faudrait donc modifier plus avant le paragraphe 3 du projet de résolution en priant le Directeur général de tenir les États Membres informés à propos du Réseau, pour qu'ils puissent coopérer plus étroitement avec lui.

Pour le Dr TSESHKOVSKIY (Fédération de Russie), la collecte et l'analyse normalisées de données fiables au moyen d'un système d'information sanitaire sont indispensables pour prendre des décisions concernant les ressources et les priorités. Le bon fonctionnement d'un système d'information sanitaire dépend du financement, de l'établissement de normes, de la dotation en personnel, de l'organisation, de la programmation et des technologies. Les données doivent pouvoir être comparées, à l'échelle nationale et internationale.

Dans la Fédération de Russie, il est difficile de comparer des données issues de différents ministères. Son pays continuera à coopérer avec l'OMS au renforcement de son système national d'information sanitaire et à l'utilisation du Réseau de métrologie sanitaire. Les mesures pourraient consister à suivre la mise en place de normes internationales pour les données statistiques primaires, en particulier les statistiques de mortalité ; à faire traduire en russe et à adapter les méthodes de collecte de données ; et à fournir un appui technique pour former différents groupes cibles, depuis les

médecins qui fournissent les données, jusqu'aux statisticiens qui les analysent à l'intention des décideurs. Le Dr Tsherkovskiy appuie le projet de résolution.

Le Dr SUGIURA (Japon) dit qu'il faut disposer de données fiables et disponibles rapidement pour procéder au suivi et à l'évaluation, atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres cibles en matière de santé, et élaborer des politiques efficaces. Il appuie le projet de résolution. L'OMS devrait continuer à jouer un rôle prépondérant dans ce domaine, en collaboration avec d'autres organisations internationales concernées et des donateurs.

Mme YUAN (États-Unis d'Amérique) appuie l'utilisation de technologies de l'information sanitaire pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé et fournir des données statistiques et épidémiologiques. Des informations exactes sont essentielles à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est clair que nombre de pays en développement rencontrent des difficultés pour rassembler les données nécessaires. Les États-Unis appuient le rôle joué par l'OMS au Siège et au niveau régional pour étudier des solutions permettant d'utiliser les technologies de l'information sanitaire dans le but d'améliorer la prestation de soins de santé primaires, en particulier dans les endroits où les ressources sont insuffisantes. L'OMS devrait encourager et soutenir la collaboration entre les parties prenantes dans le cadre du Réseau de métrologie sanitaire. Il doit toutefois appartenir aux États Membres d'établir des systèmes nationaux et de négocier et de mettre au point des systèmes internationaux. Soutenant le projet de résolution, elle suggère, étant donné que les États Membres sont invités instamment à mobiliser les ressources scientifiques, techniques, sociales, politiques, humaines et financières nécessaires, de remplacer les mots « de renforcer » par « d'augmenter » dans l'amendement proposé par le délégué de la Chine.

M. BENKACI (Algérie) note que plusieurs rapports transmis à l'Assemblée de la Santé ont mis en avant les faiblesses des systèmes d'information sanitaire des États Membres. Répondre aux demandes d'organisations extérieures pèse sur les systèmes d'information sanitaire des pays, qui ne parviennent plus à assumer leur rôle dans la planification sanitaire, d'autant plus que l'appui des donateurs dépend des informations fournies, et notamment des statistiques. Toutefois, les pays doivent collecter, analyser et utiliser des données, dans un premier temps pour leur propre compte, et par la suite pour informer les autres. Si elle est considérée comme une fonction verticale et qu'elle est intégrée dans les programmes nationaux de santé, la collecte de données permettra d'élaborer des politiques claires et de les ajuster par la suite, en tant que de besoin.

L'Algérie a mis en place un système d'information sanitaire et un système de surveillance épidémiologique à l'aide des technologies des télécommunications. Au niveau national, l'Intranet pour la santé offre aux professionnels de la santé un accès à des bases de données et à des informations en temps réel, leur permettant d'intervenir immédiatement en cas de flambée d'une maladie ou d'autres crises. Toutefois, le financement de cette infrastructure pèse lourdement sur le secteur de la santé. L'OMS devrait aider les États Membres à normaliser les méthodes grâce auxquelles ils pourront établir des systèmes d'information fiables et intégrés.

Dans le rapport, les objectifs internationaux de développement que doivent atteindre les responsables de la santé publique n'auraient pas dû être mentionnés au paragraphe 1. À la dernière phrase du paragraphe 18, il aurait fallu citer les professionnels des systèmes d'information sanitaire et les spécialistes de la collecte et de la compilation de données, dans la mesure où ils sont chargés de préparer l'information destinée aux analystes et aux décideurs.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) assure au délégué de la Turquie que l'OMS continuera de travailler avec des organisations qui élaborent des normes en matière de terminologie sanitaire. En réponse au délégué de Kiribati, qui a fait observer qu'il fallait mettre au point des technologies appropriées pour que les petits États insulaires, par exemple, puissent notifier l'information, il indique que la mise en œuvre des mesures énoncées dans la résolution WHA58.28 sur la cybersanté débouchera sur des solutions financièrement abordables et accessibles. Des débats sur la question se

tiennent actuellement à la CNUCED, dans le cadre de la dixième session de la Commission de la Science et de la Technique au Service du Développement. En réponse au délégué de la Thaïlande, il dit que le Secrétariat fera en sorte d'obtenir davantage de renseignements sur l'Institut de Métrologie sanitaire, qui devrait être financé par la Fondation Bill & Melinda Gates, et sur son lien avec le Réseau de métrologie sanitaire, et qu'il tiendra les États Membres informés. En réponse au délégué du Botswana, il ajoute qu'en sa qualité de membre du conseil du Réseau de métrologie sanitaire, l'OMS attirera l'attention sur les inquiétudes dont les États Membres ont fait part concernant les critères permettant d'obtenir le soutien du Réseau. Répondant au délégué d'Oman, il précise que, pour ce qui est de son rôle normatif, l'OMS n'a pas été supplantée par le Réseau de métrologie sanitaire ; en fait, le Réseau compte sur l'OMS pour étendre son rôle et faire adhérer d'autres partenaires. En réponse au délégué d'Oman qui a formulé une autre observation, il dit que tous les instruments utilisés pour mener des études et compiler des données sur la base de dossiers cliniques comportent une part d'erreurs et que pour rectifier ces erreurs, il faut utiliser des estimations. Il importe donc de renforcer les capacités afin de produire les meilleures estimations possibles. Toutefois, des données plus fiables amélioreraient également les estimations. En réponse au délégué du Maroc, il signale que les progrès accomplis par le Réseau de métrologie sanitaire ont été examinés en Commission B et que l'OMS continuera de faire rapport sur les activités du Réseau ; jusque-là, 65 États Membres y participent. De plus amples renseignements sont disponibles sur le site Web du Réseau.

La séance est suspendue à 15 h 40 et reprend à 16 h 50.

M. AITKEN (représentant du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Le délégué de Kiribati a suggéré d'insérer le membre de phrase « que leurs sources d'informations premières sont parfois dispersées, isolées et difficiles d'accès et ... » après « fragmentaires », au quatrième alinéa du préambule. Le délégué du Nigéria a proposé un nouvel alinéa 1.1) ainsi libellé : « considérer les systèmes d'information sanitaire comme une stratégie essentielle pour renforcer les systèmes de santé nationaux et, à ce titre, à s'en doter et à veiller à leur bon fonctionnement ». Le délégué de la Chine a suggéré d'ajouter au paragraphe 1.1) les mots suivants : « et moyennant une bonne coordination au sein des administrations chargées de la santé et une division rationnelle des responsabilités ». Le délégué du Nigéria a suggéré l'adjonction d'un nouveau paragraphe 1.1) rédigé comme suit : « établir, au sein des systèmes d'information sanitaire nationaux, des systèmes d'information programmatiques formant des sous-ensembles et organiser l'harmonisation de ces différents sous-ensembles programmatiques ». Un nouvel alinéa 1.6), proposé par le délégué de la Chine, a été amendé par le délégué des États-Unis d'Amérique, les ressources humaines et financières étant déjà mentionnées au paragraphe 1. La proposition amendée, appuyée par le délégué de la Chine, se lit comme suit : « renforcer la recherche sur les normes en matière d'information sanitaire, et promouvoir la normalisation et l'harmonisation des systèmes d'information sanitaire ». Le délégué du Ghana a proposé d'insérer « harmonisé » après « appui » au paragraphe 3.2). Le délégué du Maroc a suggéré d'ajouter les mots « et de donner la priorité aux programmes qui soutiennent les systèmes d'information sanitaire » au paragraphe 3.4) ; et d'insérer les mots « de tenir les pays informés à propos du Réseau de métrologie sanitaire et de leur fournir un appui pour qu'ils puissent participer au Réseau » après « évolution des méthodologies » au paragraphe 3.5).

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 cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.27.

Grippe aviaire et grippe pandémique : Point 12.1 de l'ordre du jour (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R7, A60/7, A60/8 et A60/INF.DOC./1) (suite de la deuxième séance, section 2)

- **Faits nouveaux, action et suivi** (documents EB119/2006-EB120/2007/REC/1, résolution EB120.R7, et A60/7) (suite de la deuxième séance, section 2)
- **Application du Règlement sanitaire international (2005)** (document A60/8) (suite de la deuxième séance, section 2)
- **Meilleures pratiques pour l'échange des virus grippaux et des données sur le séquençage** (document A60/INF.DOC./1) (suite de la deuxième séance, section 2)

Le PRÉSIDENT dit qu'il va suspendre la séance pour que les délégations puissent examiner un projet de résolution sur la préparation en cas de grippe pandémique.

La séance est suspendue à 17 heures et reprend à 17 h 35.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (Thaïlande), prenant la parole en qualité de Président du groupe de rédaction, indique que le groupe s'est réuni à 12 reprises, compte tenu de la complexité des points techniques et politiques en jeu, avec la participation active de 30 à 40 délégations. Il a été établi qu'une résolution sur la grippe aviaire était nécessaire pour autoriser le Directeur général à prendre immédiatement des mesures en cas de pandémie de grippe. Malgré d'importantes divergences, un consensus s'est dégagé sur le projet de résolution suivant :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la grippe aviaire et la grippe pandémique : faits nouveaux, action et suivi ;¹

Réaffirmant les obligations des États Parties en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant les résolutions WHA58.5 et WHA59.2, dans lesquelles l'Assemblée de la Santé a exprimé sa préoccupation concernant le risque de voir la souche H5N1 du virus grippal A provoquer une pandémie et a instamment invité les États Membres à communiquer aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents, notamment des échantillons cliniques et des virus ;

Reconnaissant le droit souverain des États sur leurs ressources biologiques et l'importance d'une action collective en vue d'atténuer les risques pour la santé publique ;

Reconnaissant que les droits de propriété intellectuelle n'empêchent pas et ne devraient pas empêcher les États Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique ;

Rappelant la Déclaration de Jakarta sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant, et les recommandations de la Réunion de haut niveau sur les pratiques responsables pour l'échange des virus de la grippe aviaire et les avantages en découlant (Jakarta, 26-28 mars 2007) ;

Reconnaissant en particulier l'importance de l'échange international, avec les centres collaborateurs de l'OMS, d'échantillons cliniques et de virus pour contribuer à l'évaluation du risque pandémique, à la mise au point de vaccins contre la grippe pandémique, à l'actualisation des réactifs et kits de diagnostic et à la surveillance de la résistance aux antiviraux ;

Soulignant le besoin de dispositifs internationaux efficaces et transparents, qui favorisent un échange juste et équitable des avantages, y compris l'accès à des produits diagnostiques et

¹ Documents A60/7, A60/8 et A60/INF.DOC./1.

des traitements, dont les vaccins, d'un coût abordable et leur distribution rapide à ceux qui en ont besoin, en particulier dans les pays en développement ;

Notant le plan d'action mondial de l'OMS contre la grippe pandémique pour accroître l'approvisionnement en vaccins et son objectif consistant à réduire l'écart entre la demande potentielle de vaccins et l'offre prévue en cas de pandémie de grippe en augmentant à moyen et long termes l'offre de vaccins contre la grippe pandémique ;¹

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à continuer de soutenir, renforcer et améliorer le réseau mondial OMS de surveillance de la grippe et ses méthodes par l'échange rapide de virus et d'échantillons avec les centres collaborateurs de l'OMS, en tant qu'élément fondamental de la santé publique, pour assurer l'évaluation critique des risques et les interventions requises, et à s'efforcer de garantir et de promouvoir le partage transparent, juste et équitable des avantages découlant de la production d'informations, de produits diagnostiques, de médicaments, de vaccins et d'autres technologies ;
- 2) à soutenir et promouvoir la recherche afin d'améliorer la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de l'infection par le virus grippal, dans le but d'élaborer de meilleurs outils de santé publique ;
- 3) à soutenir l'OMS, selon les besoins, pour définir et mettre en œuvre les dispositifs mentionnés au paragraphe 2.1) ci-après ;
- 4) à formuler des politiques, selon les besoins, ou à renforcer celles qui existent déjà, sur les vaccins antigrippaux dans le cadre de leurs plans nationaux de préparation en cas de pandémie de grippe ;
- 5) à renforcer, selon les besoins, la capacité des autorités nationales et régionales de réglementation d'appliquer de manière efficiente et efficace les mesures nécessaires pour garantir l'approbation rapide de vaccins candidats sûrs et efficaces contre la grippe, en particulier ceux dérivés des nouveaux sous-types des virus grippaux, et à encourager à cet égard la collaboration internationale entre les autorités de réglementation ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de définir et de proposer, en étroite consultation avec les États Membres, des cadres et des dispositifs visant à assurer le partage juste et équitable entre tous les États Membres des avantages, au bénéfice de la santé publique, en prenant résolument en considération les besoins particuliers des pays en développement, à savoir notamment, mais pas uniquement :
 - a) des mécanismes financiers novateurs pour faciliter l'achat, rapide et à un coût abordable, des vaccins contre la grippe pandémique pour et par les États Membres qui en ont besoin ;
 - b) l'acquisition plus aisée par les pays en développement de capacités de fabrication de vaccins antigrippaux ;
 - c) l'accès de tous les fabricants de vaccins antigrippaux, en particulier dans les pays en développement, aux virus vaccins mis au point par l'OMS pour la production de vaccins ;
 - d) en cas d'urgence de santé publique de portée internationale, le plein accès de tous les fabricants de vaccins antigrippaux aux virus servant à fabriquer le vaccin contre la grippe pandémique mis au point par l'OMS pour la production des vaccins contre la grippe pandémique ;
 - e) l'assistance technique aux pays en développement pour renforcer les capacités locales de recherche et de surveillance, notamment en matière de formation du personnel, dans le but de leur permettre de travailler sur les virus grippaux aux niveaux national et régional ;

¹ Document WHO/IVB/06.13 – WHO/CDS/EPR/GIP/2006.1.

- f) la fourniture d'un appui aux États Membres qui en feront la demande, notamment les pays en développement et les pays touchés, pour améliorer leur capacité à mettre en place et à développer les moyens d'analyse des virus H5 et des autres virus grippaux, notamment leur identification et leur caractérisation, et pour établir et renforcer la capacité à satisfaire aux exigences de l'OMS concernant les centres collaborateurs ou les laboratoires de référence, s'ils le souhaitent ;
- 2) de constituer, en étroite consultation avec les États Membres, un stock international de vaccins contre le virus H5N1 et les autres virus grippaux à potentiel pandémique, le cas échéant, pour que les pays qui en ont besoin puissent les utiliser rapidement et selon les principes rationnels de la santé publique, en suivant des règles et des procédures transparentes s'appuyant sur des conseils d'experts et des données factuelles, pour les opérations, la fixation des priorités, le déblocage des stocks, la gestion et la supervision ;
- 3) de mettre au point des dispositifs et des lignes directrices, en étroite consultation avec les États Membres, en vue d'assurer une distribution juste et équitable des vaccins contre la grippe pandémique à des prix abordables, en cas de pandémie, afin que les États Membres qui en ont besoin puissent en disposer rapidement ;
- 4) de mobiliser le soutien financier, technique et autre nécessaire des États Membres, des fabricants de vaccins, des banques de développement, des organisations caritatives, des donateurs privés et d'autres intervenants, afin de mettre en œuvre des mécanismes favorisant le partage équitable des avantages décrits aux paragraphes 2.1), 2.2) et 2.3) ci-dessus ;
- 5) de réunir un groupe de travail interdisciplinaire pour réviser les mandats des centres collaborateurs de l'OMS, des laboratoires de référence pour les virus H5 et des centres nationaux de la grippe, concevoir des dispositifs de surveillance, élaborer des projets de clauses et conditions types pour l'échange des virus entre les pays d'origine et les centres collaborateurs de l'OMS ainsi qu'entre ces centres et des tiers, et de revoir tous les documents portant sur les échanges de virus grippaux et des données sur le séquençage, en se fondant sur la confiance mutuelle, la transparence et les principes majeurs suivants :
- a) échange rapide des virus dans le cadre du réseau mondial de surveillance de la grippe ;
 - b) application des mêmes clauses et conditions types à toutes les transactions, en fonction des besoins ;
 - c) consultation rapide et partage des informations avec les pays d'origine, notamment sur l'utilisation hors du réseau ;
 - d) pour toute utilisation des virus grippaux n'entrant pas dans le mandat des centres collaborateurs de l'OMS, des laboratoires de référence pour les virus H5 et des centres nationaux de la grippe, soumission d'une demande directement au centre national compétent ou autre laboratoire d'origine du pays où le virus a été recueilli et obtention d'une réponse appropriée du centre national de la grippe ; ces demandes s'inscrivent dans un cadre bilatéral n'exigeant pas l'intervention de l'OMS ;
 - e) reconnaissance et respect de la contribution et du rôle cruciaux et fondamentaux des pays fournissant des virus au réseau mondial de surveillance de la grippe ;
 - f) engagement, participation et reconnaissance accrus de la contribution des scientifiques des pays d'origine concernant les recherches sur les virus et les échantillons ;
 - g) reconnaissance des travaux des chercheurs des pays d'origine et collaboration accrue de ces chercheurs à la rédaction des publications scientifiques ;
 - h) prise en considération du droit national et international applicable ;

- 6) de veiller à la composition du groupe de travail interdisciplinaire, qui doit compter quatre États Membres de chacune des six Régions de l'OMS, en assurant une représentation équilibrée entre des pays en développement et des pays développés et en incluant à la fois des spécialistes et des responsables politiques ;
- 7) de convoquer une réunion intergouvernementale chargée d'examiner les rapports du Directeur général sur les paragraphes 2.1), 2.2), 2.3) et 2.8), et celui du groupe de travail interdisciplinaire sur le paragraphe 2.5) ; cette réunion sera ouverte à tous les États Membres et aux organisations d'intégration économique régionale ;
- 8) de demander un rapport d'experts sur les questions relatives aux brevets pour les virus de la grippe et leurs gènes, et d'en rendre compte à la réunion intergouvernementale ;
- 9) de continuer d'étudier avec les États Membres la possibilité de transformer des établissements de biologie existants, tels que les laboratoires de production de vaccins à usage vétérinaire, afin de répondre aux normes fixées par la mise au point et la production des vaccins humains, l'offre de vaccins contre la grippe pandémique se trouvant ainsi renforcée, et de leur permettre de recevoir des souches semences ;
- 10) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès réalisés dans l'application de la présente résolution, et notamment sur les travaux de la réunion intergouvernementale.

Les incidences financières et administratives pour le Secrétariat sont les suivantes :

1. Résolution Grippe aviaire et grippe pandémique : capacité de production de vaccins, stock de vaccins et meilleures pratiques pour l'échange de virus grippaux et de données sur le séquençage	
2. Lien avec le budget programme	
Domaine d'activité	Résultat escompté
Alerte et action en cas d'épidémie	Fourniture d'un soutien aux États Membres afin de renforcer les systèmes nationaux de surveillance des maladies transmissibles, et notamment les moyens de détection rapide, d'investigation et d'intervention en cas d'épidémie, de pandémie ou de menace de maladie infectieuse émergente.
(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)	
La résolution a un lien avec les résultats escomptés pour le domaine d'activité et avec l'objectif stratégique 1 du plan stratégique à moyen terme 2008-2013, à savoir réduire la charge sanitaire, sociale et économique des maladies transmissibles. La résolution soutient la prise de mesures immédiates pour compléter les objectifs à moyen et à plus long terme du plan OMS d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique.	
3. Incidences financières	
a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$6 343 820. Ce montant couvre la gestion du processus mais non le coût réel des stocks.	
b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) US \$2 200 000	
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	
Tous les niveaux de l'Organisation, l'accent étant mis particulièrement sur les bureaux régionaux, les bureaux de pays, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et le Bureau régional du Pacifique occidental, avec une coordination internationale au Siège.	

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

L'équivalent de quatre membres du personnel de la catégorie professionnelle à plein temps sera nécessaire pour la période 2007-2009. Ces personnels faciliteront la mise en œuvre de la deuxième phase du transfert de technologie et l'organisation et la gestion des processus dans le cadre de réunions tenues par un groupe de travail interdisciplinaire et un groupe de travail intergouvernemental qui permettront de mettre à jour les mécanismes liés au fonctionnement du réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe, en ce qui concerne le partage de virus grippaux et la constitution d'un stock de vaccins contre le H5N1.

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

Durant le présent exercice, des projets déjà en cours pour renforcer des laboratoires, coordonner la recherche et faciliter l'expédition d'échantillons se poursuivront et s'accéléreront au cours de l'exercice 2008-2009. Il sera créé un groupe de travail interdisciplinaire et un groupe de travail intergouvernemental, ainsi qu'un mécanisme permettant de stocker les vaccins et de partager les virus au cours des deux prochaines années. Une mise en œuvre à plus long terme sera reliée au plan OMS d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique.

Le PRÉSIDENT prend note de certaines modifications d'ordre rédactionnel à apporter au texte. Au paragraphe 1.1), il faudrait remplacer le membre de phrase « échange de virus et d'échantillons » par « échange de virus ou d'échantillons ». Aux paragraphes 2.1)c) et d), l'élément de phrase « mis au point par l'OMS » devrait être remplacé par « mis au point par les centres collaborateurs de l'OMS ». Dans la version anglaise, il conviendrait de remplacer « other viruses » par « other influenza viruses » au paragraphe 2.1)f) ; et, au paragraphe 2.5)d), « ... the National Influenza Centre » devrait être ainsi amendé : « the national influenza centre » (sans objet en français).

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

Le Dr FAKEYE (Nigéria) note que des millions de dollars ont été promis pour lutter contre la grippe lors de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006), mais que ces ressources n'ont pas été équitablement réparties entre les Régions. Afin d'éviter que cela ne se reproduise, il faudrait amender le paragraphe 2 de la résolution, qui serait ainsi libellé : « partage juste et équitable des avantages [...], notamment des fonds, au bénéfice de ... ».

M. HOHMAN (États-Unis d'Amérique), présentant une motion d'ordre, fait observer que le projet de résolution a été approuvé et qu'on ne peut donc le modifier plus avant.

Mme MAZUR (Bureau du Conseiller juridique) confirme que toute décision visant à reprendre l'examen du projet de résolution doit être prise à la majorité des deux tiers.

Le DIRECTEUR GÉNÉRAL fait savoir qu'elle a pris dûment note des préoccupations exprimées par le délégué du Nigéria. La Conférence de Beijing n'a pas été organisée par l'OMS, cette dernière n'ayant joué aucun rôle pour décider de la façon dont les ressources promises seraient utilisées.

Elle exprime sa gratitude à l'ensemble des délégations ayant pris part aux travaux du groupe de rédaction, en particulier à son Président. Le projet de résolution approuvé délivre un message clair et rassurant au monde entier. Malgré la menace réelle de pandémie grippale et la tâche complexe qui consiste à protéger les populations, l'OMS a prouvé son engagement indéfectible dans la lutte contre la grippe.

¹ Ce projet de résolution a été transmis à l'Assemblée de la Santé dans le cinquième rapport de la Commission et adopté sous la cote WHA60.28.

Le Dr LUKITO (Indonésie), s'exprimant au nom des coauteurs de l'un des projets de résolutions initiaux, se félicite de l'esprit de compromis qui a régné pendant les négociations, et rend hommage au Président du groupe de rédaction et au Président de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, pour les travaux qu'ils ont menés.

La séance est levée à 18 heures.

QUATORZIÈME SÉANCE

Mercredi 23 mai 2007, à 9 h 35

Président : Dr R. R. JEAN LOUIS (Madagascar)

1. CINQUIÈME RAPPORT DE LA COMMISSION A (document A60/61)

Mme BU FIGUEROA (Honduras), Rapporteur, lit le projet du cinquième rapport de la Commission A.

Le rapport est adopté.¹

2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 12 de l'ordre du jour (suite)

Stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool : Point 12.7 de l'ordre du jour (documents A60/14 et A60/14 Add.1) (suite de la huitième séance)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution révisé sur les stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, proposé par un groupe de travail informel, ainsi que sur ses incidences financières et administratives ; ce projet est libellé comme suit :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles visant à réduire les méfaits de l'alcool, y compris l'additif concernant le bilan mondial des problèmes de santé publique provoqué par l'usage nocif de l'alcool ;²

~~Réaffirmant~~ **Rappelant** les résolutions **WHA32.40** et **WHA36.12**, **réaffirmant la résolution** WHA58.26 sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, résolution dans laquelle le Directeur général était prié d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les États Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;

Soulignant que les stratégies et programmes élaborés conformément à la résolution WHA58.26 devraient être mis en œuvre compte tenu des différents besoins nationaux, priorités et niveaux de développement liés à la santé, et d'une façon équilibrée, soucieuse d'équité entre les sexes et adaptée aux circonstances nationales, telles que des contextes institutionnels, socio-économiques, religieux, culturels et traditionnels existants ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres de continuer à élaborer et à appliquer des stratégies et des programmes efficaces pour réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives dues à l'usage nocif de l'alcool ;

¹ Voir p. 354.

² Documents A60/14 et A60/14 Add.1.

2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer et d'intensifier ~~l'action du Secrétariat~~, **en consultation avec les États Membres, les travaux visant à élaborer, formuler, recommander et le cas échéant, mettre en œuvre, conformément à la résolution WHA58.26, des stratégies et interventions fondées sur des données factuelles pour réduire la charge mondiale provoquée par les problèmes de santé publique dus à l'usage nocif de l'alcool, [en fonction des] [qui peuvent être adaptées aux] différents besoins et priorités nationaux liés à la santé et [des] [aux] diverses circonstances culturelles et sociales et différents niveaux de développement économique et social, afin de fournir des avis en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool ; et de mettre au point des concepts, indicateurs et méthodes uniformisés pour mesurer les conséquences sanitaires et sociales de l'usage nocif de l'alcool ;**
- 1bis) **d'apporter un soutien technique aux États Membres, sur leur demande, pour réduire les problèmes de santé publique dus à l'usage nocif de l'alcool, en tenant compte de l'intégralité de ses conséquences sanitaires, sociales et économiques ;**
- 2bis) **de poursuivre sa collaboration avec tous les intervenants conformément à la résolution WHA58.26 ;**
- 2ter) **de [soumettre un] [faire] rapport par l'intermédiaire du Conseil exécutif à la Soixante et Unième [Deuxième] Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés concernant l'application de cette résolution [et des orientations stratégiques, [Suède] pour satisfaire les besoins humains, financiers et d'assistance technique des États Membres, et de la coopération internationale à cette fin, ainsi que les faiblesses et les points forts des systèmes de soins de santé primaires chargés de s'occuper de ces questions]. [Cuba]**

1. Résolution Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool	
2. Lien avec le budget programme	
Exercice 2006-2007	Résultat escompté
Domaine d'activité :	
Santé mentale et toxicomanies	5. Fourniture aux pays d'un soutien et de recommandations pour l'élaboration de stratégies, de programmes et d'interventions fondés sur des données factuelles pour prévenir et traiter les troubles liés aux toxicomanies et réduire les conséquences sanitaires et sociales défavorables de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives.
Exercice 2008-2009	
Objectif stratégique 6	4. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et mortalité associées à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, afin de renforcer les établissements pour combattre/prévenir les problèmes de santé publique connexes.

(Indiquer succinctement le lien avec les résultats escomptés, les indicateurs, les cibles, les bases)

La résolution va renforcer et intensifier l'action du Secrétariat, en consultation avec les États Membres, visant à élaborer, recommander et, le cas échéant, mettre en œuvre des stratégies et interventions fondées sur des données factuelles pour réduire la charge mondiale provoquée par les problèmes de santé publique dus à l'usage nocif de l'alcool ; à apporter un soutien technique aux États Membres sur leur demande ; et à mettre au point des concepts, indicateurs et méthodes uniformisés pour mesurer les conséquences sanitaires et sociales de l'usage nocif de l'alcool.

3. Incidences financières

Les incidences financières dépendront de la décision prise par l'Assemblée de la Santé concernant le paragraphe 2.1 du dispositif du projet de résolution : l'option i) se réfère à « [en fonction des] » et suppose une gamme plus large de stratégies et d'interventions à élaborer en fonction des besoins des pays mentionnés au paragraphe 2.1 ; elle fait aussi intervenir un processus de consultation plus approfondi ; l'option ii) se réfère à « [qui peuvent être adaptées à] » et suppose une série plus générale de stratégies et d'interventions qui peuvent être adaptées aux différents besoins des pays.

a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Option i) : US \$22 460 000

Option ii) : US \$19 780 000

b) Coût estimatif pour l'exercice 2006-2007 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris)

Option i) US \$3 290 000 (US \$13 170 000, coût estimatif pour 2008-2009)

Option ii) US \$2 756 000 (US \$11 024 000, coût estimatif pour 2008-2009)

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? Rien pour l'exercice 2006-2007 en ce qui concerne les options i) et ii) ; US \$10 400 000 pour l'exercice 2008-2009, pour les options i) et ii).**4. Incidences administratives****a) Niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées en précisant, le cas échéant, dans quelles Régions**

Les activités se dérouleront principalement au niveau mondial, mais des consultations avec les États Membres seront organisées : pour l'option i) – selon les critères qu'implique « [en fonction des] » dans le paragraphe 2.1 ; pour l'option ii) – dans les six Régions.

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

Option i) : À partir de 2007 et pendant l'exercice 2008-2009, quatre membres du personnel supplémentaires de la catégorie professionnelle et deux de la catégorie des services généraux seront nécessaires au Siège, mais il n'y aura pas besoin de personnel supplémentaire au niveau régional.

Option ii) : À partir de 2007 et pendant l'exercice 2008-2009, deux membres du personnel supplémentaires de la catégorie professionnelle et un des services généraux seront nécessaires au Siège, mais il n'y aura pas besoin de personnel supplémentaire au niveau régional.

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

Les activités doivent commencer en 2007 de manière que les principales tâches puissent être menées à bien avant la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. Les travaux se concentreront sur l'élaboration de stratégies et d'interventions dans le cadre de consultations approfondies avec les États Membres et avec la participation appropriée de toutes les parties prenantes ; et sur la mise au point de concepts, d'indicateurs et de méthodes uniformisés pour mesurer les conséquences sanitaires et sociales de l'usage nocif de l'alcool. L'option i) envisage un processus de consultation plus approfondi avec les États Membres.

Le Dr BLOOMFIELD (Nouvelle-Zélande), prenant la parole en sa qualité de président du groupe de travail informel, souligne que bien que les travaux visant à réduire l'usage nocif de l'alcool aient bénéficié d'un soutien considérable, les nombreuses opinions sur la manière de traiter au mieux la question se reflètent dans le fait qu'il y a eu cinq versions du projet de résolution. Le groupe de travail n'a pas réussi à dégager un consensus, mais le projet de résolution dont la Commission est saisie représente les progrès réalisés.

Il faudrait apporter les corrections suivantes au projet de résolution : au troisième alinéa du préambule le terme « les » devrait être remplacé par « ces » entre les termes « que » et « stratégies » ; au paragraphe 2.1) l'expression « l'action du Secrétariat » et les termes « à élaborer » devraient être rétablis, les termes « à formuler » supprimés, et les termes « fournir des avis » remplacés par « servir de guide » ; au paragraphe 2.1bis) l'expression « sur leur demande » devrait être modifiée en « lorsqu'elle est demandée » ; au paragraphe 2.2bis), les termes « sa collaboration » devraient être remplacés par « son engagement auprès de », et les termes « dans leurs travaux en cours » ajoutés après « WHA58.26 » ; et dans le paragraphe du dispositif 2.2ter) un crochet devrait être ajouté avant les termes « pour satisfaire ».

Le PRÉSIDENT propose que le projet de résolution et ses incidences financières soient transmis au Conseil exécutif pour examen.

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba) appelle l'attention sur deux éléments qui ont été convenus par le groupe de rédaction, mais qui semblent avoir été laissés de côté. Au troisième alinéa du préambule, le membre de phrase « élaborés conformément à la résolution WHA58.26 » n'aurait pas dû être inclus. Au paragraphe 2.2ter), le mot « sur » aurait dû être inséré avant les termes « des orientations stratégiques » et les mots « pour satisfaire » après « [Suède] » être supprimés.

Le Dr VIOLAKI-PARASKEVA (Grèce) dit qu'il y a eu de nombreuses discussions au sujet de la violence qui résulte de l'usage nocif de l'alcool et pourtant le paragraphe 1 ne fait que mentionner « les conséquences sanitaires et sociales négatives ». Il est important que l'on fasse référence précisément à la violence dans ce paragraphe.

M. GAUDÊNCIO (Brésil) prend note du fait que l'usage nocif de l'alcool représente environ 3,2 % de la mortalité mondiale et 4 % des années de vie ajustées sur l'incapacité perdues. En Amérique latine, les chiffres représentent quatre fois la moyenne mondiale. La consommation d'alcool est impliquée dans une grande proportion d'accidents de la circulation, la violence en général et la violence domestique en particulier et son coût public augmente régulièrement. Compte tenu de cette situation, il est grand temps que l'OMS progresse en fournissant aux pays des lignes directrices générales permettant de lutter contre les conséquences de l'usage nocif de l'alcool. Les consultations avec toutes les Parties intéressées doivent se poursuivre, la publicité en faveur des boissons alcooliques doit être réglementée et les campagnes publiques doivent fournir les informations voulues, sensibiliser et mobiliser l'opinion publique. Le texte révisé a pour but d'inciter l'OMS à prendre des mesures, mais si l'on n'arrive pas à dégager un consensus, il serait préférable de revenir au projet de résolution proposé par la Nouvelle-Zélande et la Suède et essayer d'avancer à partir de cette base.

M. PETTERSSON (Suède) dit que sa délégation a proposé ce projet de résolution par souci d'accomplir des progrès. Avec d'autres délégations, il a également parrainé un deuxième projet de résolution. Malheureusement, le temps que le groupe de rédaction achève ses travaux le jour précédent, de nombreux nouveaux amendements ont été proposés, la version révisée ne reflète plus les intentions du texte original et la délégation suédoise ne peut plus soutenir le projet en question. Si cette question doit être renvoyée au Conseil exécutif, M. Pettersson propose de transmettre le projet de résolution tel qu'il a été présenté à l'origine par la Nouvelle-Zélande et la Suède après consultation au sein d'un groupe de travail informel, car cela permettrait de mieux en discuter. Il prie le Directeur général de poursuivre ses travaux concernant l'application de la résolution WHA58.26 et de soumettre

des stratégies et des interventions factuelles pour réduire l'usage nocif de l'alcool. Il regrette vivement qu'un État Membre n'ait pu coopérer de manière constructive sur cette question qui revêt une importance fondamentale pour la santé des peuples.

Le Dr HIGUCHI (Japon) dit que l'usage nocif de l'alcool a de graves conséquences pour la santé dans le monde. Il est par conséquent regrettable qu'un accord n'ait pu être atteint sur le texte du projet de résolution, aussi le Dr Higuchi prie-t-il le Directeur général d'accélérer en priorité les travaux sur la résolution WHA58.26

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba) soutient la déclaration faite par le Président du groupe de travail et appuie la proposition visant à renvoyer au Conseil exécutif la dernière version du projet de résolution, en même temps que toutes les versions précédentes.

Décision : La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a décidé qu'un point intitulé « Stratégies visant à réduire l'usage nocif de l'alcool » et les documents connexes examinés à l'Assemblée de la Santé devraient être inscrits à l'ordre du jour de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif, en janvier 2008, et a prié le Directeur général, de poursuivre, dans l'intervalle, ses travaux sur la question.

La décision est adoptée.¹

3. CLÔTURE DES TRAVAUX

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

La séance est levée à 10 h 15.

¹ Décision WHA60(10).