



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

CONSEIL EXECUTIF
Cent cinquième session
Point 3.2 de l'ordre du jour provisoire

EB105/11
15 novembre 1999

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Rapport de la première réunion du groupe de travail

1. Par sa résolution WHA52.18, la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a institué un organe intergouvernemental de négociation ouvert à tous les Etats Membres pour rédiger et négocier la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et d'éventuels protocoles y relatifs. Afin de préparer les travaux de cet organe, l'Assemblée de la Santé a également créé un groupe de travail sur la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, ouvert de même à tous les Etats Membres et investi du mandat suivant :

- établir des projets de dispositions pour la convention-cadre ;
- faire rapport au Conseil exécutif sur les progrès accomplis à sa cent cinquième session ;
- achever ses travaux et soumettre un rapport à la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

2. Le groupe de travail a tenu sa première session au Palais des Nations, Genève, Suisse, du 25 au 29 octobre 1999. Cette session a réuni des participants d'un large éventail de secteurs ainsi que des représentants de 114 Etats Membres et des observateurs du Saint-Siège, de la Palestine, d'organisations du système des Nations Unies, d'autres organisations intergouvernementales et d'organisations non gouvernementales.

3. Conformément à son mandat, le groupe de travail soumet son rapport de situation dans l'annexe 1. La liste finale des participants est donnée dans l'annexe 2.



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

**GROUPE DE TRAVAIL
SUR LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC**

**A/FCTC/WG1/7
28 octobre 1999**

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Rapport de la première réunion du groupe de travail

25-29 octobre 1999

Point 1 de l'ordre du jour. Ouverture de la réunion par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général

1. Le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a ouvert la réunion en faisant le bilan des effets du tabac sur la mortalité et la morbidité. Le problème dépasse largement la sphère de la santé publique et les frontières nationales. L'OMS dirige désormais les travaux de l'équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac des Nations Unies. Le Dr Brundtland a émis le vœu que la première réunion où l'OMS exercera son mandat constitutionnel de négociation d'un traité juridiquement contraignant change le cours de la santé publique.

Point 2 de l'ordre du jour. Election du Bureau

2. Ont été élus par consensus : le Dr K. Leppo (Finlande), Président ; le Dr V. L. da Costa e Silva (Brésil) et le Dr M. Chan (Chine), Vice-Présidents ; le Dr Y. Mochizuki (Japon), Rapporteur de langue anglaise ; le Dr N. Chaouki (Maroc), Rapporteur de langue française.

Point 3 de l'ordre du jour. Adoption de l'ordre du jour et de l'emploi du temps (document A/FCTC/WG1/1)

3. Le Président a suggéré de traiter les points 10 à 13 le jeudi 28 octobre, en même temps que le point 9. L'ordre du jour et l'emploi du temps ainsi amendés ont été adoptés (voir annexe).

Point 4 de l'ordre du jour. Méthode de travail du groupe de travail

4. Le Président a fait observer que le groupe de travail sur la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été créé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA52.18, en vertu de l'article 42 de son Règlement intérieur. En tant qu'organe subsidiaire de l'Assemblée de la Santé, le groupe de travail

est également régi par le Règlement intérieur de celle-ci. Il est chargé de produire non pas un texte détaillé, mais une liste d'éléments dont il propose l'inclusion dans la convention-cadre.

Point 5 de l'ordre du jour. Vue d'ensemble du processus relatif à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

a) Récapitulatif des travaux accomplis à ce jour et résolution WHA52.18

5. La résolution WHA52.18 a défini un processus intégré pour l'élaboration de la convention-cadre et de tout protocole y relatif. Le Dr D. Bettcher, Initiative Pour un monde sans tabac, a passé en revue les précédentes résolutions adoptées par l'OMS sur la question, qui seraient susceptibles de guider le groupe de travail.

b) Résumé des travaux des récents comités régionaux de l'OMS

6. Le Dr Bettcher a fait rapport sur les travaux des récentes sessions des comités régionaux de l'OMS et fourni des informations sur les prochaines réunions.

c) Rapport relatif à la première réunion de l'équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac

7. Le Dr D. Yach, Administrateur de projet, Initiative Pour un monde sans tabac, a fait rapport sur la première réunion (29-30 septembre 1999) de l'équipe spéciale interorganisations de lutte contre le tabac, créée en vertu de la résolution E/1999/56 du Conseil économique et social des Nations Unies du 30 juillet 1999, et dirigée par l'OMS.¹ L'équipe spéciale a pris la place du point focal de la CNUCED chargé du tabac.

8. Les points focaux des différentes Régions OMS et les représentants de plusieurs pays ont fait rapport sur les activités interpays et interministérielles entreprises à l'appui de la convention-cadre, considérée également comme un point de ralliement pour les activités nationales en matière de lutte antitabac. Il a été pris acte de la contribution des organisations non gouvernementales.

Point 6 de l'ordre du jour. Réunions techniques

a) Les traités font la différence (document A/FCTC/WG1/4)

9. Le Professeur L. Boisson de Chazournes, Professeur de droit international à l'Université de Genève (Suisse), a montré comment les conventions-cadres permettaient d'engager une action progressive, à un rythme différent selon les pays, et de consolider le consensus par des réunions régulières, ce qui autorise les amendements et facilite l'adoption de protocoles additionnels. La convention-cadre jette les bases d'une coopération générale, les détails en étant précisés dans des protocoles. Ce type d'instrument a fait ses preuves en matière de désarmement et de protection de l'environnement.

¹ United Nations Ad Hoc Interagency Task Force on Tobacco Control, report of the first session, UNICEF, New York, 29-30 September 1999.

b) Elaboration des traités (document A/FCTC/WG1/5)

10. Le Professeur P. Szasz, de la New York University School of Law (Etats-Unis d'Amérique), a rappelé que la Constitution de l'OMS lui confère le pouvoir d'adopter des traités internationaux et a décrit les divers stades de l'élaboration d'un traité. Il a énuméré des tâches dont était saisi le groupe de travail eu égard au calendrier futur d'élaboration de la convention-cadre.

c) Contexte de santé publique (document A/FCTC/WG1/3)

11. Le Dr A. Lopez, Bases factuelles à l'appui des politiques de santé, a rappelé quels étaient les risques individuels du tabac pour la santé et les répercussions de l'épidémie de tabagisme pour la santé publique. Un grand nombre de données établissent que le tabagisme provoque des maladies comme le cancer du poumon ou les maladies cardio-vasculaires et se traduit par une surmortalité élevée. Des mesures de santé publique pourraient permettre de réduire sensiblement la charge de morbidité imputable au tabac. Il a souligné que les données locales concernant l'impact sur la santé de la consommation de tabac étaient un outil efficace pour promouvoir l'adoption de politiques nationales.

12. Mme R. Walburn, Initiative Pour un monde sans tabac, a décrit le processus par lequel la documentation interne des sociétés productrices de tabac était tombée dans le domaine public à la suite d'une action en justice engagée par l'Etat du Minnesota (Etats-Unis d'Amérique) contre certaines entreprises productrices de tabac. Il s'agissait dans cette affaire de la conduite de ces entreprises et, en particulier, de ce qu'elles savaient, et depuis quand, sur les dangers du tabac. Les quelque 35 millions de pages de documents ont montré que les entreprises savaient très bien quels étaient les dangers du tabagisme pour la santé et connaissaient le caractère dépendogène de la nicotine. On a également retrouvé des données établissant l'existence de stratégies visant à neutraliser les efforts de l'OMS et d'autres organisations.

13. Les représentants des Etats Membres ont souligné l'utilité potentielle des efforts du groupe de travail en vue d'améliorer les activités nationales de lutte antitabac. On a fait valoir que le tabac engendre un état d'intoxication chronique et que la CIM-10 consacre une rubrique distincte à l'utilisation de tabac, considérée comme une maladie.

d) Economie de la lutte antitabac (document A/FCTC/WG1/2)

14. Le Dr P. Jha, Bases factuelles et information à l'appui des politiques, a rappelé les principales conclusions de l'ouvrage publié récemment par la Banque mondiale sur l'épidémie du tabagisme (*Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*), qui justifient clairement une intervention gouvernementale. L'étude montre en substance qu'un certain nombre de mesures de lutte antitabac – notamment la hausse des taxes – se sont révélées efficaces et rentables. Les pays en développement pourraient sauver des millions de vies, notamment parmi les pauvres, en luttant contre la consommation de tabac. L'impact d'une réduction ou d'une élimination de la consommation ou de la production de tabac n'aurait en revanche que peu d'effet sur l'emploi, et cet effet serait très progressif.

15. Les représentants ont souligné l'importance qu'il y avait à imposer de la même façon les différents produits du tabac afin de dissuader les utilisateurs de passer d'un produit à un autre. On a également souligné l'importance d'une lutte efficace contre la contrebande des produits du tabac.

e) Renforcement de la législation nationale

16. Mme J. Obitre Gama, Professeur de droit international à l'Université Makerere de Kampala (Ouganda), a montré comment divers traités internationaux avaient contribué à renforcer la législation nationale et décrit la relation entre droit national et droit international.

17. Au cours du débat qui a suivi, l'utilité de créer une institution ou un comité national chargé de conduire le processus d'élaboration de la convention-cadre, de sensibiliser le public et de préparer les changements à apporter à la législation nationale a, à nouveau, été soulignée.

Point 7 de l'ordre du jour. Réunion/discussion technique : préparation des projets de dispositions pour la convention-cadre (document A/FCTC/WG1/6)

Section I. Préambule, objectifs, principes et définitions

18. Les participants ont fait une série d'observations générales sur la convention-cadre dans son ensemble et exprimé des vues sur les éléments de la section I du document A/FCTC/WG1/6 couvrant le préambule, les objectifs et les principes.

19. Une approche globale, complète et plurisectorielle qui utilise des éléments de toute une série de secteurs est indispensable aux niveaux national et international. Au niveau national, il est essentiel de maintenir des corrélations étroites avec tout un éventail de parties prenantes qui appuient la résolution WHA52.18 de l'Assemblée de la Santé, notamment les organes législatifs, administratifs et exécutifs des Etats Membres, les entités privées, les organisations non gouvernementales et la société civile.

20. La convention-cadre contiendra des dispositions générales englobant des obligations de nature plus générale, les obligations détaillées étant énoncées dans d'éventuels protocoles distincts. Une approche progressive s'impose sur la base des résolutions passées de l'Assemblée mondiale de la Santé comme plus petit dénominateur commun, compte tenu de la situation particulière des pays en développement. Plusieurs pays ont instamment demandé que les dispositions de la convention-cadre soient libellées de façon à être largement acceptables pour un maximum de pays. La référence à la création de droits, comme le « droit à un environnement sans fumée de tabac », a suscité une certaine préoccupation.

21. Des approches nationales et internationales complémentaires sont nécessaires sur la base des résolutions antérieures de l'OMS qui reflètent une approche globale de la lutte antitabac. Plusieurs délégations ont dit que la convention-cadre devait être souple et tenir compte des besoins et des réalités auxquels sont confrontés les pays, et surtout les pays en développement.

22. De nombreux pays ont exprimé un soutien général en faveur des questions contenues dans la section I du document. Certaines délégations ont proposé qu'on envisage d'inclure dans la convention-cadre, comme obligations des dispositions concernant par exemple les normes applicables aux tests et aux mesures, l'emballage et l'étiquetage, la fixation des prix, l'indication complète du contenu des produits du tabac (y compris les additifs) sans attendre que de telles dispositions soient énoncées dans des protocoles.

Préambule

23. Il faut se préoccuper avant tout des effets de la consommation de tabac sur la santé et des effets néfastes sur l'économie des pays. On a souligné qu'il est important de cibler la convention-cadre sur les jeunes, les femmes, les groupes désavantagés et les populations autochtones. Il convient de présenter des images positives de la santé destinées aux jeunes. Pour cela, la convention-cadre doit se référer aux autres conventions évoquant le comportement des jeunes comme la Convention relative aux droits de l'enfant. Il a également été suggéré d'ajouter au préambule une référence à la Constitution de l'OMS.

24. Des interventions au niveau international reposant sur des bases factuelles ont été jugées importantes.

25. On a également souligné qu'il fallait prendre en considération l'impact pour l'agriculture de la lutte antitabac dans les pays producteurs et les conséquences socio-économiques éventuelles de la lutte antitabac au niveau mondial, surtout pour les pays en développement. Il faut en outre explicitement tenir compte de la dépendance de certains pays de la culture du tabac et de la nécessité d'élaborer et d'appuyer des stratégies visant à en réduire les conséquences socio-économiques.

26. Il faut mettre l'accent sur l'impact accru de la consommation de tabac dans les pays en développement. En outre, il faut évoquer les conséquences des activités de commercialisation du tabac dans des pays en développement qui sont le fait de sociétés de pays développés. Toutes les formes de consommation du tabac doivent être visées par la convention-cadre, c'est-à-dire non seulement les cigarettes et les bidis, mais aussi le tabac sans fumée et le narguilé.

27. Il faut envisager de traiter les problèmes de la dépendance du tabac et d'appuyer les programmes de sevrage tabagique.

28. On se préoccupera aussi de la protection de la fumée du tabac dans l'environnement.

29. Plusieurs délégations ont souligné que la convention-cadre doit mettre l'accent sur des stratégies de réduction de la demande. Des approches plurisectorielles planifiées à long terme sont nécessaires pour tenir compte de la lutte antitabac du côté de l'offre. Il faudra être particulièrement attentif à la contrebande dans le cadre de l'offre.

30. Il faut mettre l'accent sur le rôle, le comportement et la responsabilité de l'industrie du tabac.

31. Il faut tenir compte de la situation spéciale des pays en développement et de l'assistance dont ils auront besoin pour appliquer la convention-cadre.

32. Il convient de mettre l'accent dans le préambule sur l'absence d'équité concernant la consommation du tabac et ses effets, à l'intérieur des pays et entre les pays. En outre, les dispositions du préambule devront le cas échéant être solidement fondées sur des bases scientifiques.

33. Plusieurs délégations ont souligné que tous les pays doivent prendre des mesures immédiates pour renforcer et appliquer des stratégies complètes et plurisectorielles de lutte antitabac.

Objectifs

34. Une version révisée de l'objectif, libellée comme suit, a été proposée par certains pays et organisations d'intégration économique régionale :

L'objectif de la présente convention et des protocoles y relatifs est d'établir et d'adopter d'un commun accord des mesures internationales pour obtenir une diminution de la consommation de tabac afin d'en réduire les conséquences pour la santé publique et les conséquences socio-économiques, et de fournir un dispositif de mise en oeuvre de ces mesures par l'engagement des parties contractantes.

35. Une autre révision suggérée de l'objectif était libellée comme suit :

L'objectif ultime de la présente convention et de tous instruments juridiques connexes est d'entreprendre des efforts intégrés de lutte antitabac pour mettre un terme à l'usage du tabac sous toutes ses formes en commençant par une réduction de la consommation et de trouver des mesures palliatives en ce qui concerne l'usage du tabac et ses effets sanitaires indésirables afin de protéger la santé.

36. Certains pays ont recommandé que la convention-cadre fixe pour la consommation de tabac des cibles qualitatives et quantitatives comportant des délais.

Principes

37. Le principe du « pollueur payeur » devrait être envisagé comme moyen de rendre l'industrie du tabac comptable des dégâts qu'elle engendre.

38. L'élaboration de la convention-cadre devrait s'accompagner du renforcement des capacités nationales de lutte contre le tabagisme dans les pays en développement, spécialement par des lois relatives à la santé publique.

39. Le droit du public à l'information sur les effets du tabac sur la santé doit être mentionné.

40. Le groupe de travail a entendu les déclarations d'un certain nombre d'observateurs, y compris les représentants d'un certain nombre d'organisations non gouvernementales, qui adhèrent pleinement au processus de la convention-cadre. Les représentants des organisations non gouvernementales ont souligné le rôle important que celles-ci pourraient jouer en aidant à obtenir la plus grande fermeté possible, et ils ont demandé que des mesures soient adoptées rapidement.

Section II. Obligations

41. Les participants dans leur ensemble ont appuyé les cinq points subsidiaires énoncés dans le document A/FCTC/WG1/6. De nombreux pays ont considéré que les questions énumérées dans la section sur les obligations constituaient un point de départ utile pour l'élaboration des obligations au titre de la convention-cadre. A la section I, l'inclusion au nombre des obligations de plusieurs points supplémentaires possibles a été proposée. Il pourra être nécessaire d'ajuster le libellé final des points subsidiaires. La nécessité d'éviter l'exercice du droit de priorité (que les obligations énoncées dans la convention-cadre bloquent une action nationale plus forte) a été soulignée.

42. Il convient de réorganiser les paragraphes 29 et 37 du document, certains points devant être replacés dans les protocoles, d'autres dans la section des obligations. Il est apparu possible de réunir certains points de ces paragraphes.

43. Certains pays ont estimé que les mesures concernant l'offre, en particulier celles qui concernent la culture du tabac et les autres modes possibles de subsistance, devaient être limitées dans la section des obligations mais que leur place était dans les protocoles. D'autres ont proposé d'inclure comme une obligation certains aspects relatifs à la lutte contre la contrebande.

Mesures nationales de lutte contre le tabagisme

44. De nombreux orateurs ont insisté sur la nécessité d'inclure dans cette section les mesures antitabac complètes applicables au niveau national. L'importance de mécanismes de coordination nationaux établis et convenablement financés par les pays a été soulignée. Ces mécanismes, normalement, relèvent du ministère de la santé mais devraient inclure d'autres ministères compétents et des institutions sociales existantes. Une part des taxes d'accises pourrait servir à financer la lutte antitabac.

45. En plus des mesures nationales, les pays en développement ont besoin d'un appui international concerté (y compris une aide financière) pour renforcer leur potentiel de recherche et élaborer et appliquer leurs politiques.

46. Certains pays ont proposé d'inclure au nombre des obligations l'interdiction de la vente aux enfants et l'interdiction de la vente hors-taxes¹ et de prévoir une disposition sur le traitement de la dépendance du tabac. Certains pays ont proposé d'inclure une disposition sur les lieux sans fumée. Il a également été proposé d'envisager de soumettre à autorisation la vente du tabac en des points de vente déterminés et de rendre obligatoires les mises en garde sur les produits du tabac et la publicité en faveur de ces produits. L'inclusion éventuelle de la réglementation du contenu des produits du tabac au nombre des mesures nationales a été recommandée. Les bases scientifiques de cette réglementation feront l'objet d'une prochaine réunion à Oslo (février 2000).

47. Certains pays ont estimé qu'il incombe spécialement aux pays qui exportent des produits manufacturés du tabac d'apporter un soutien aux pays en développement pour renforcer les programmes de lutte antitabac au niveau national.

48. Certains pays ont recommandé qu'une distinction soit faite entre les mesures nationales essentielles requises pour tous les pays (telles que surveillance, suivi et évaluation des programmes) et les mesures nationales facultatives qui pourraient d'abord être appliquées au niveau régional.

Education, formation et sensibilisation du public

49. L'ensemble des points énumérés dans le document a été approuvé. En ce qui concerne les groupes vulnérables, il conviendrait en particulier de veiller à ce que les enfants et les jeunes soient pleinement informés des risques liés au tabagisme et protégés contre la commercialisation des produits de l'industrie du tabac, notamment par des campagnes de sensibilisation dans le cadre des programmes scolaires. Les avis sur la question de savoir si la restriction et/ou l'interdiction de la publicité directe et indirecte doivent

¹ Sous réserve des dispositions de la Convention internationale pour la simplification et l'harmonisation des régimes douaniers, 1973 (Convention de Kyoto).

figurer dans des protocoles ou au nombre des obligations diffèrent selon les pays. L'idée de publier dans les médias mondiaux des arts et des loisirs des images reflétant la santé a été soutenue.

Coopération générale

50. Des approches régionales en vue d'une harmonisation des prix sont déjà à l'étude dans certaines régions et semblent pouvoir être appliquées plus largement.

Coopération en matière de recherche scientifique

51. Ce point du document a bénéficié d'un large soutien. Une attention spéciale a été accordée au besoin de coopération pour l'élaboration d'une base scientifique en vue de la réglementation des produits du tabac.

Echange d'informations

52. Un mécanisme pour l'échange d'expériences positives et négatives concernant la mise en oeuvre des politiques et d'informations épidémiologiques sur les effets sur la santé devrait figurer au nombre des obligations.

Autres observations

53. L'utilisation, chaque fois que cela est possible, de textes approuvés de traités existant déjà a été recommandée.

54. Plusieurs pays ont convenu qu'un appui technique et financier était nécessaire pour permettre à tous les pays, surtout les pays en développement, de participer pleinement au processus de la convention-cadre, de son élaboration à sa mise en oeuvre.

55. Plusieurs pays ont recommandé que soient précisées les incidences des dispositions de la convention-cadre pour les accords de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC).

Section III. Institutions

56. Le Secrétariat a présenté les questions relatives à la création d'institutions.

57. De nombreux intervenants ont souligné que leurs observations avaient un caractère provisoire, mais un consensus semble s'être dégagé sur certains principes de base : 1) le cadre institutionnel sera en fin de compte dicté par les fonctions du traité ; 2) afin de réduire les coûts et les risques de double emploi, il conviendra d'utiliser les structures existantes dans la mesure du possible et d'organiser les réunions en marge d'autres manifestations comme l'Assemblée de la Santé.

58. Il a été indiqué qu'il serait nécessaire de créer une conférence des parties dont le Secrétariat pourrait être assuré par l'OMS. Un mécanisme consultatif scientifique devra être prévu pour apporter un soutien pluridisciplinaire, mais des vues divergentes ont été exprimées quant aux modalités de fonctionnement d'un tel mécanisme. Les intervenants sont convenus qu'il serait essentiel d'assurer la mise en oeuvre efficace de la convention, mais que la décision de créer ou non un comité chargé de la mise en oeuvre pourrait être laissée à la conférence des parties. De nombreux pays ont souligné la nécessité d'un

mécanisme de soutien financier, mais d'autres ont préféré que soit reportée l'étude de cette question, considérée cependant pour beaucoup comme un moyen important de garantir la participation pleine et entière de certains pays. La création d'un fonds pour la lutte contre le tabagisme a été préconisée afin de favoriser un processus parallèle à l'OMS et entre les organisations non gouvernementales.

Section IV. Mécanismes de mise en oeuvre

59. La discussion sur les sections IV, V et VI du document A/FCTC/WG1/6 a été présentée par le Professeur Szasz.

60. De nombreux pays ont indiqué qu'il serait essentiel de prévoir l'établissement de rapports nationaux et des examens internationaux. Les modalités fixées pour l'établissement des rapports devront néanmoins être bien conçues et d'un bon rapport coût/efficacité. Plusieurs pays ont demandé que les procédures d'établissement des rapports soient transparentes et que tout Etat partie à la convention ait librement accès aux rapports de tous les autres Etats.

61. Plusieurs intervenants ont préconisé l'adoption d'un mécanisme de règlement des différends dont les décisions soient exécutoires, mais d'autres se sont prononcés pour des procédures non contraignantes. Des avis pour et contre l'intervention possible de la Cour internationale de Justice ont été exprimés. La mise en oeuvre de procédures de conciliation a été proposée, on s'est opposé à l'idée d'une conciliation obligatoire et l'on estime que les mécanismes de contrôle de l'application devaient davantage être axés sur la mise en oeuvre de la convention que sur les procédures de règlement des différends. On a relevé que l'article 33 de la Charte des Nations Unies offrait un modèle susceptible d'être utilisé pour le règlement des différends.

62. Il a été suggéré que le contrôle de l'application pourrait faire l'objet d'un protocole, mais la plupart des intervenants ont estimé qu'il devrait être inclus dans la convention. On a estimé que les pays exportateurs de tabac devaient voir leur responsabilité engagée.

Section V. Processus normatifs

63. Il a été noté que, sous réserve que soit établi un consensus, il pourrait être possible de négocier l'adoption de protocoles parallèlement à la convention. Un pays a jugé préférable de renvoyer l'examen de protocoles à une date ultérieure.

64. Une organisation d'intégration économique régionale a déclaré que deux protocoles devraient être adoptés parallèlement à la convention-cadre. Il a été suggéré que les éléments à inclure dans un ensemble de mesures antitabac – par exemple un modèle de législation – soient énumérés dans une annexe ou un additif à la convention n'ayant pas valeur exécutoire.

Section VI. Clauses finales

65. Un certain nombre de pays ont estimé qu'il était trop tôt pour examiner nombre des questions faisant partie des clauses finales.

66. Une organisation d'intégration économique régionale a estimé que les organisations de ce type et leurs Etats Membres devaient pouvoir adhérer à la convention et aux protocoles éventuels.

67. Plusieurs pays ont suggéré que la convention autorise la formulation de réserves. Plusieurs ont indiqué que la convention devait prévoir la possibilité d'être dénoncée, mais d'autres ont été d'un avis contraire.

68. Il a été suggéré que les conditions à remplir pour l'entrée en vigueur de la convention-cadre et des protocoles n'avaient pas forcément besoin d'être identiques. En outre, les clauses finales de la convention-cadre n'avaient pas à être appliquées aux protocoles. Il a également été suggéré que l'Organisation des Nations Unies soit le dépositaire de la convention.

69. Il a été proposé que les dispositions relatives à l'entrée en vigueur prennent pour modèle le Protocole de Kyoto à la convention-cadre sur les changements climatiques : outre un nombre déterminé de ratifications, il faudrait exiger un nombre significatif de ratifications émanant de pays producteurs et de pays consommateurs.

Point 8 de l'ordre du jour. Réunion/discussion technique : protocoles possibles
(document A/FCTC/WG1/3)

- a) **Sujets des protocoles possibles**
- b) **Rapport entre les protocoles possibles et la convention-cadre**

70. Le Secrétariat a fait remarquer que les éventuels protocoles pourraient être adoptés au même moment que la convention-cadre ou à un stade ultérieur. De nouveaux protocoles pourront être négociés à mesure de l'acquisition de connaissances nouvelles. Il appartiendra aux Etats Membres de décider des sujets à inclure dans la convention-cadre et de ceux qui pourront faire l'objet de protocoles. On a attiré l'attention des participants sur la liste des thèmes traités dans le document de base, axés sur des domaines clefs de la lutte antitabac dans l'optique de la santé publique.

Questions de procédure

71. De nombreux pays ont estimé qu'à ce stade du processus de la convention-cadre il était trop tôt pour discuter en détail des procédures ou des questions de fond relatives à d'éventuels protocoles. Un certain nombre de pays et une organisation d'intégration économique régionale ont indiqué que l'examen de ces questions devrait être confié à l'organe intergouvernemental de négociation.

72. Plusieurs pays ont estimé qu'il devrait être possible d'adopter des protocoles en même temps que la convention-cadre, selon la volonté politique manifestée. Certains ont cependant noté qu'il pourrait être difficile de négocier des protocoles en même temps que la convention-cadre, tant que le contenu de celle-ci n'aura pas été plus clairement défini.

73. Certains pays ont estimé que les parties à la convention-cadre ne devraient pas être tenues de devenir parties à un quelconque protocole additionnel, c'est-à-dire que l'adhésion aux protocoles devrait être entièrement facultative. Il a été suggéré que les protocoles devraient être ouverts à tous les pays, et pas uniquement aux parties à la convention-cadre.

74. Plusieurs pays ont souligné qu'une assistance technique et financière serait nécessaire pour aider les pays en développement à négocier et appliquer les protocoles. Des intervenants ont souligné que les protocoles ne devraient pas empêcher les pays de prendre des mesures plus contraignantes que celles qui seraient prévues dans la convention-cadre ou les protocoles.

Questions de fond

Observations générales

75. Plusieurs pays ont souligné que les protocoles devraient porter d'abord sur les points sur lesquels il existe un consensus politique. Il a été proposé que l'on devrait envisager les protocoles au cours de la phase de négociation en fonction des critères suivants : 1) impact ; 2) faisabilité ; et 3) nécessité d'une action internationale. Des pays de différentes régions ont soutenu cette formulation.

76. Plusieurs pays ont estimé que la relation entre la convention-cadre et les traités pertinents de l'OMC et d'autres accords multilatéraux demanderait à être examinée plus avant.

Thèmes

77. De nombreux pays ont exprimé l'avis qu'il était prématuré, à ce stade du processus, de définir et de limiter les thèmes à aborder dans les protocoles, et que la question devrait rester ouverte. Les thèmes éventuels ne devraient pas être limités aux thèmes énumérés dans le document A/FCTC/WG1/3.

78. Parmi les sujets particuliers cités comme pouvant éventuellement faire l'objet de protocoles figurent les suivants :

- politiques des prix et imposition ;
- fumée du tabac présente dans l'environnement ;
- protection des enfants et des adolescents, y compris les programmes de prévention ;
- contrebande de produits du tabac ;
- vente hors-taxes de produits du tabac ;
- publicité, promotion et parrainage (avec ou sans contre-publicité) ;
- emballage et étiquetage des produits du tabac ;
- analyse et indication de la composition des produits du tabac ;
- réglementation de l'industrie du tabac ;
- échange d'informations ;
- éducation sanitaire et recherche ;
- politiques agricoles ;
- réglementation des produits ;
- programmes de traitement et de sevrage tabagique fondés sur des bases factuelles.

79. Plusieurs pays ont souligné l'importance d'adopter des protocoles relatifs aux politiques des prix et à la fiscalité. Il a cependant été estimé qu'une trop forte augmentation des taxes encouragerait la contrebande et que de telles augmentations n'étaient pas réalisables ou auraient des effets inflationnistes. Il a été suggéré que tous les produits du tabac et articles associés soient couverts par un protocole relatif à la politique des prix. D'autres pays ont fait observer que, chez eux, les produits du tabac étaient déjà très fortement taxés. On s'est inquiété du fait qu'il n'y ait pas suffisamment de recherches pour justifier des augmentations de taxes et fait observer que ces augmentations frapperaient lourdement les plus pauvres. Cependant, plusieurs pays ont souligné que le récent rapport de la Banque mondiale fournissait suffisamment de données pour dissiper toute crainte au sujet du bien-fondé de l'imposition pour tous les pays. Les politiques des prix et les politiques fiscales devraient aussi être traitées au niveau régional.

80. Plusieurs pays se sont déclarés favorables à un protocole relatif à la publicité, au parrainage et à la promotion, mais n'étaient pas d'accord sur le contenu de celui-ci. Certains ont souligné que les données disponibles suffisent à montrer l'importance d'une interdiction complète de la publicité. Plusieurs pays ont estimé qu'un protocole relatif à la publicité devrait porter à la fois sur la publicité directe et sur la publicité indirecte. D'autres pays ont suggéré qu'un tel protocole visant à réduire l'information asymétrique devrait prévoir une approche plus souple de la publicité et de la promotion. Certains pays ont noté que certaines dispositions constitutionnelles pourraient faire obstacle à une interdiction totale. Plusieurs pays ont suggéré de mentionner la contre-publicité dans un protocole relatif à la publicité, mais noté qu'une assistance financière serait nécessaire pour mettre en oeuvre un protocole dans ce domaine. Il a également été suggéré qu'un consensus pourrait se dégager sur la question de l'interdiction de la publicité ou de la promotion visant les enfants.

81. Un certain nombre de pays ont souligné le caractère mondial de la contrebande et l'importance d'élaborer un protocole sur ce thème. Certains pays ont souligné l'importance de la contrebande de cigarettes sur leur marché. Ainsi, dans un pays, plus de 80 % des cigarettes de marques étrangères sont des cigarettes de contrebande. De petits paquets de cigarettes arrivaient en contrebande sur le territoire d'un autre pays avec l'appui des entreprises productrices de tabac elles-mêmes.

82. Les pays ont également souligné l'importance d'un protocole relatif au conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac. On a fait observer que l'efficacité de ces mesures était directement liée à la dimension des mises en garde. En réponse à une question, le Secrétariat a précisé que certains pays proposaient l'apposition de mises en garde couvrant 60 % des deux faces des paquets de cigarettes.

83. Un certain nombre de pays se sont prononcés pour des protocoles portant sur la fumée de tabac présente dans l'environnement et sur la protection des enfants et des adolescents.

84. Plusieurs pays se sont déclarés favorables à un protocole concernant la réglementation des produits du tabac, et notamment l'indication complète de la composition (ingrédients et additifs). Il a été suggéré que la réglementation des nouveaux produits du tabac comprenne une disposition exigeant du fabricant qu'il fournisse la preuve de l'innocuité des nouveaux produits avant que ceux-ci ne soient autorisés à la vente.

85. Plusieurs pays ont souligné l'importance de la transparence et de l'échange d'informations. Il a été proposé que les questions relatives à l'échange d'informations devraient être traitées dans le texte même de la convention, et qu'il n'était pas nécessaire de prévoir un protocole distinct. Il a également été proposé que le protocole suggéré soit rebaptisé « Echange d'informations, éducation et sensibilisation » et qu'un autre protocole soit consacré à l'éducation et à la formation.

86. Plusieurs pays sont intervenus sur la question d'un protocole relatif à l'agriculture. On a estimé qu'il faudrait éliminer immédiatement les subventions à la culture du tabac dans les pays développés, mais ne le faire que progressivement dans les pays en développement. Un tel protocole devrait être appliqué progressivement.

87. On a souligné l'importance d'une réglementation de l'industrie du tabac à travers des protocoles. Des intervenants ont suggéré d'interdire à l'industrie d'appliquer des pratiques de commercialisation différentes dans les pays en développement et dans les pays industrialisés. Il a également été proposé d'inclure une réglementation applicable aux détaillants de produits du tabac sous forme d'une autorisation de vente des produits.

Point 9 de l'ordre du jour. Dispositions administratives : étude du plan de travail et du calendrier concernant l'établissement des projets de dispositions de la convention-cadre (document A/FCTC/WG1/5)

Point 10 de l'ordre du jour. Rôle du Secrétariat

Point 11 de l'ordre du jour. Participation au processus relatif à la convention-cadre : utilisation des moyens de communication électronique

Point 12 de l'ordre du jour. Budget du groupe de travail

Point 13 de l'ordre du jour. Prochaine réunion du groupe de travail

88. Le Président est passé aux points 9 à 13 de l'ordre du jour concernant les questions administratives. En présentant les points, le Secrétariat a souligné les aspects suivants : répartition des tâches, rôle que pourrait jouer le Secrétariat jusqu'à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé, et documentation supplémentaire dont le groupe de travail pourrait avoir besoin. Des précisions seront fournies sur les notes d'information concernant les effets sur la santé et l'économie. Pour ce qui est des moyens de communication électronique, le Secrétariat s'efforcera de fournir la documentation en temps voulu sur Internet, dans les six langues officielles, et ce sous un format électronique aisément accessible.

89. Le groupe de travail étant un organe subsidiaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la résolution WHA50.1, les frais de voyage d'un représentant de chacun des pays les moins avancés seront remboursés. Un fonds fiduciaire du Directeur général est en voie de création dans le cadre du fonds bénévole pour la promotion de la santé de l'OMS pour permettre à d'autres pays en développement de participer aux réunions. Il convient d'espérer que les Etats Membres y verseront des contributions généreuses. Il a été proposé de tenir la deuxième réunion après le lundi 20 mars 2000, à mi-chemin entre la cent cinquième session du Conseil exécutif et la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.

90. En réponse aux questions posées au sujet du budget du groupe de travail, le Secrétariat a répondu qu'un montant de US \$125 000 avait été prévu pour permettre la participation au processus des pays les moins avancés, et US \$1 000 000 pour tout le processus de négociation en 2000-2001, réunions comprises. Des fonds supplémentaires sont disponibles ou recherchés pour les réunions scientifiques et techniques de New Delhi et d'Oslo et pour les activités dans les pays, où des interventions législatives et économiques devraient être élaborées en association avec le processus de la convention-cadre.

91. De nombreux pays ont fait l'éloge de la documentation préparée par le Secrétariat. Après une discussion approfondie avec le Conseiller juridique qui a expliqué que le Conseil exécutif pouvait exprimer ses vues mais pas prendre de décisions en la matière, le groupe de travail a décidé d'organiser

une deuxième réunion, entre la cent cinquième session du Conseil exécutif et la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, en faisant attention de ne pas la faire coïncider avec la fête musulmane de l'Aïd El Kebir.

92. De nombreux pays se sont félicités des progrès considérables accomplis par le groupe de travail et ont mis en question l'utilité d'une deuxième réunion. Selon l'opinion prédominante, toutefois, une deuxième réunion du groupe de travail permettra une participation plus complète des Etats de toutes les Régions de l'OMS et des secteurs concernés dans les Etats. Afin de veiller à la continuité du travail, une délégation a recommandé que les Etats Membres désignent les mêmes délégués pour la deuxième réunion. Celle-ci n'a pas pour but de répéter le travail de la première, ni d'empiéter sur les négociations. Elle devra examiner la poursuite de l'élaboration des projets de disposition pour la convention-cadre et les protocoles éventuels et préparer un texte indiquant les points où un accord général a été obtenu et comprenant les options à envisager, qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé puis à l'organe intergouvernemental de négociation. Le Secrétariat préparera la documentation en vue de la réunion du groupe de travail, y compris le texte provisoire des projets de dispositions en collaboration étroite avec le Bureau du groupe de travail.

ANNEXE

ORDRE DU JOUR ET EMPLOI DU TEMPS

Lundi 25 octobre

1. Ouverture de la réunion par le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général
2. Election du Bureau
3. Adoption de l'ordre du jour et de l'emploi du temps
4. Méthode de travail du groupe de travail

Réunions d'information et réunions techniques

5. Vue d'ensemble du processus relatif à la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac
 - a) Récapitulatif des travaux accomplis à ce jour et résolution WHA52.18
 - b) Résumé des travaux des récents comités régionaux de l'OMS
 - c) Rapport relatif à la première réunion du groupe de travail spécial interinstitutions sur la lutte antitabac
6. Réunions techniques
 - a) Les traités font la différence
 - b) Elaboration des traités
 - c) Contexte de santé publique
 - d) Economie de la lutte antitabac
 - e) Renforcement de la législation nationale

Mardi 26 octobre

7. Réunion/discussion technique : préparation des projets de dispositions pour la convention-cadre

Mercredi 27 octobre

8. Réunion/discussion technique : protocoles possibles
 - a) Sujets des protocoles possibles
 - b) Rapport entre les protocoles possibles et la convention-cadre

Jeudi 28 octobre

9. Dispositions administratives : étude du plan de travail et du calendrier concernant le développement des projets de dispositions pour la convention-cadre
10. Rôle du Secrétariat
11. Participation au processus relatif à la convention-cadre : utilisation des moyens de communication électronique
12. Budget du groupe de travail
13. Prochaine réunion du groupe de travail

Vendredi 29 octobre

14. Approbation du projet de rapport devant être présenté au Conseil exécutif
15. Clôture de la réunion

= = =



WORLD HEALTH ORGANIZATION

**FIRST MEETING OF THE WORKING
GROUP ON THE WHO FRAMEWORK
CONVENTION ON TOBACCO CONTROL**

A/FCTC/WG1/DIV/1 Rev.2

9 November 1999

LIST OF PARTICIPANTS LISTE DES PARTICIPANTS

REPRESENTATIVES OF MEMBER STATES

REPRESENTANTS DES ETATS MEMBRES

ANGOLA - ANGOLA

Dr F. Wilson
Directeur du Programme national d'Education sanitaire
Ministère de la Santé
Luanda

Mme S. Pegado
Premier Secrétaire
Mission permanente
Genève

ARGENTINA - ARGENTINE

Sr. G. González
Embajador
Representante Permanente
Ginebra

Sra. N. Nascimbene de Dumont
Ministra
Misión Permanente
Ginebra

Sr. E. Varela
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

AUSTRALIA - AUSTRALIE

Ms J. Bennett
Outposted Officer to the OECD
Commonwealth Department of Health and Aged Care
Canberra

AUSTRIA - AUTRICHE

Dr J. Schopper
Head, Division for Legal Matters on Tobacco
Ministry of Labour, Health and Social Affairs
Vienna

Mr U. Frank
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

BANGLADESH - BANGLADESH

Dr S. Rahman
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

BELGIUM - BELGIQUE

Dr G. Thiers
Directeur
Institut scientifique de la Santé publique Louis Pasteur
Bruxelles

M. A. D'Adesky
Directeur général, Administration de la Protection
de la Santé
Ministère de la Santé publique
Bruxelles

M. M. Vinck
Premier Secrétaire
Mission permanente
Genève

M. L. Joossens
Centre de Recherche et d'Information
Organisation des Consommateurs
Bruxelles

BOLIVIA - BOLIVIE

Sr. G. Aramayo Tobar
Director, Servicio de Salud
Departamento de Pando

BOTSWANA - BOTSWANA

Mrs T. Ramokate
Senior Technical Officer (Environmental Health)
Ministry of Health
Gaborone

BRAZIL - BRESIL

Mr A. Bahadian
Ambassador, Deputy Permanent Representative
Geneva

Mr A. Aguiar Patriota
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr J. M. Nogueira Viana
Head, International Affairs Department
Ministry of Health
Brasilia

Mr F. Duque Estrada Meyer
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Ms L. da Costa e Silva Goldfarb
Adviser, Cancer National Institute
Brasilia

Dr V. L. Costa e Silva
National Coordinator of Tobacco Prevention
Cancer National Institute
Brasilia

Ms C. Viana
Ary Frauzino Foundation
Brasilia

BULGARIA - BULGARIE

Ms B. Djoneva
Attaché, Legal Advisor
Permanent Mission
Geneva

BURKINA FASO - BURKINA FASO

Dr Zou Lagoun
Direction des Etudes et de la Planification
Ministère de la Santé
Ouagadougou

BURUNDI - BURUNDI

Mr B. Bukuru
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
Bujumbura

CAMEROON - CAMEROUN

Dr F. Ntone Enyine
Mental Health Coordinator
Ministry of Health
Yanda

CANADA - CANADA

Dr J. Larivière
Senior Medical Officer
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms G. Wiseman
Senior Adviser
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr M. O'Neill
Senior Policy Analyst
Bureau of Tobacco Control
Health Canada
Ottawa

Ms J. Perlin
Counsellor and Consul
Permanent Mission
Geneva

Mr A. Tellier
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

CHAD - TCHAD

M. Mahamat T. Louani
Directeur général
Ministère de la Santé
N'Djamena

CHILE - CHILI

Sr. R. Gutiérrez Villarroel
Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. F. Ernst
Primer Secretario
Misión Permanente
Ginebra

CHINA - CHINE

Mr Liu Peilong
Director General
Department of International Cooperation
Ministry of Health
Beijing

Dr Li Changming
Director General, Department of Community Health
Ministry of Health
Beijing

Dr Gao Yanping
Director, Department of Treaties and Law
Ministry of Foreign Affairs
Beijing

Dr Hou Peisen
Director, Division of Health Education
Department of Community Health
Ministry of Health
Beijing

Dr Jin Shuigao
Director, Information Center for Public Health
Chinese Academy of Preventive Medicine
Beijing

Ms Deng Yan
Programme Officer, Department of Economy and Trade
Ministry of Finance
Beijing

Ms Le Lingling
Programme Officer, Department of International Cooperation
Ministry of Health
Beijing

Dr M. Chan
Director
Department of Health
Hong Kong Special Administrative Region

Mr Tong Xianguo
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Dr Tian Benchun
Director, Science and Education Division
National Health Education Institute
Beijing

COLOMBIA - COLOMBIE

Dra. F. E. Benavides Cotes
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Dra. C. Wiesner
Coordinadora, Grupo de Control y Prevención
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá

COSTA RICA - COSTA RICA

Sra. N. Ruiz de Angulo
Embajadora, Representante Permanente
Ginebra

Dr. F. Chaves Sell
Asesor del Ministro de Salud
San José

Sr. C. Guillermet
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

CROATIA - CROATIE

Mr C. Grbesa
Third Secretary
Permanent Mission
Geneva

CUBA - CUBA

Dr. J. Piñón
Director Nacional de Promoción y Educación para la Salud
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. A. Rodríguez Camejo
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

CZECH REPUBLIC - REPUBLIQUE TCHEQUE

Mr I. Pintér
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Dr K. Mpunga
Médecin Hygiéniste
4e Direction Epidémiologie
Ministère de la Santé
Kinshasa

DENMARK - DANEMARK

Dr L. Moller
National Board of Health
Copenhagen

Ms U. Skovgaard Danielsen
Senior Advisor
Danish Council on Smoking and Health
Copenhagen

Ms H. Findsen
Head of Section
Ministry of Health
Copenhagen

DJIBOUTI - DJIBOUTI

Dr M.A. Abdillahi
Médecin-chef, Services médicaux
Djibouti

**DOMINICAN REPUBLIC - REPUBLIQUE
DOMINICAINE**

Dr. R. Camacho Bencosme
Subsecretario de Estado de Salud Pública y
Director General de Recursos Humanos
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Santo Domingo

Sr. F. A. Cuello Camilo
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sra. M. Bello de Kemper
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

ECUADOR - EQUATEUR

Sr. L. Gallegos Chiriboga
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sr. J. C. Castrillon
Secundo Secretario
Misión Permanente
Ginebra

EGYPT - EGYPTE

Dr S. A. Ghanem
Coordinator
Task Force on Tobacco Control
Cairo

Mrs H. Sidhom
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

EL SALVADOR - EL SALVADOR

Sr. M. Castro Grande
Ministro Consejero, Representante Permanente adjunto
Ginebra

ERITREA - ERYTHREE

Mr S. Berhe
Drug Information Unit
Tobacco Control Committee
Ministry of Health
Asmara

ESTONIA - ESTONIE

Mr A. Lipand
Head, Health Promotion Bureau
Ministry of Social Affairs
Tallinn

ETHIOPIA - ETHIOPIE

Mr F. Yimer
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

FINLAND - FINLANDE

Dr K. Leppo
Director-General
Department of Social and Health Services
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Ms L. Ollila
Head, Section for United Nations and Multilateral Cooperation
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Mr K. Paaso
Ministerial Adviser
Department of Social and Health Services
Ministry of Social Affairs and Health
Helsinki

Mr P. Puska
Research Professor
National Public Health Institute
Helsinki

Ms H. Rinkineva-Heikkilä
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr S. Van Thiel
Counsellor
Minister Council of the European Union
Permanent Mission
Geneva

FRANCE - FRANCE

M. C. Causeret
Conseiller diplomatique
Mission interministérielle à la lutte contre la drogue et
la toxicomanie
Paris

Mme C. d'Autume
Sous-Directeur
Direction générale de la Santé
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

Mme M. Soufflet
Responsable des affaires juridiques dans le domaine des pratiques
addictives
Secrétariat d'Etat à la Santé
Paris

Dr M. Jeanfrançois
Délégation aux Affaires européennes
et internationales
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

M. F. Saint-Paul
Représentant permanent adjoint
Genève

Mme M. Boccoz
Conseiller
Mission permanente
Genève

M. F. Poinot
Direction des Nations Unies et
des Organisations internationales
Ministère des Affaires étrangères
Paris

Mme J. Harari-Antruille
Chargée de mission pour les affaires internationales auprès du
Directeur général de la Santé
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Paris

GABON - GABON

Mme Y. Biké
Ambassadeur, Représentant permanent
Genève

Mme M. Angone Abena
Conseiller
Mission permanente
Genève

GAMBIA - GAMBIE

Mr D. Ceesay
Principal Public Health Officer
Department of State
Banjul

GEORGIA - GEORGIE

Mr I. Kalandadze
First Deputy Director, Department of Public Health
Ministry of Health
Tbilisi

GERMANY - ALLEMAGNE

Mr H. Eberle
Minister, Deputy Permanent Representative
Geneva

Mr M. Debrus
Head of Division
Multilateral Cooperation in the Field of Health
Federal Ministry of Health
Bonn

Mr M. Weltmeyer
Deputy Head of the Division IV B7
Federal Ministry of Economics and Technology
Bonn

Mr K. Botzet
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mrs E. Aderhold
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GHANA - GHANA

Dr S. Koranteng
Focal Person for Tobacco Free Initiative
Chairman of the Steering Committee,
National No-Tobacco Programme
Accra

Mrs A. Twumamoah
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GREECE - GRECE

Mr P. Zografos
Director General, National Tobacco Board
Ministry of Agriculture
Athens

Mr S. Zografos
National Tobacco Board
Ministry of Agriculture
Athens

Ms T. Stavrou
Public Health Division
Ministry of Health and Welfare
Athens

Mr A. Ypsilantis
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

GUATEMALA - GUATEMALA

Sra. Solís Castañeda
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Sr. M. T. Palacios
Secretaria de Integración Económica Centroamericana
Guatemala

GUINEA - GUINEE

M. S. Camara
Chargé d'Affaires
Mission permanente
Genève

HAITI - HAITI

Dr Y. Biamby-Jacques
Directrice de l'Unité de Communication et d'Education pour la Santé
Ministère de la Santé publique et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS - HONDURAS

Sra. R. F. Licona Azcona
Tercera Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

HUNGARY - HONGRIE

Mr G. Szabó
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Dr T. Szilágyi
World Bank Programme Management Unit
Ministry of Health
Budapest

ICELAND - ISLANDE

Dr T. Njálsson
Chairman, Tobacco Control Task Force
Hafnarfjörður

INDIA - INDE

Dr K. Chowdhury
Deputy Director General, ICMR
Ministry of Health and Family Welfare
New Delhi

Mr K. Tuhin
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

INDONESIA - INDONESIE

Dr M. Hayatie Amal
Chief, Directorate of Narcotics and Hazardous Substance Control
Directorate General of Food and Drug Control
Ministry of Health
Jakarta

Mrs R. Singgih
President, Indonesian Smoking Control Foundation
Jakarta

Ms I. Pulungan
Vice President, Indonesian Smoking Control Foundation
Jakarta

Mrs L. H. Rustam
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr P. Hendrasgoro
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

IRAN (ISLAMIC REPUBLIC OF) IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')

Dr A. A. Farshad
Director General, Environmental and Occupational Health
Ministry of Health and Medical Education
Tehran

Dr A. Omidvar
General Manager and Chairman of the Board of Directors Tobacco
Control Association
Tehran

Mr M. Baharvand
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

IRELAND - IRLANDE

Mr T. Power
International Unit
Department of Health
Dublin

Mr N. Burgess
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr B. Ardiff
Attaché
Permanent Mission
Geneva

ISRAEL - ISRAEL

Mr H. Waxman
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr A. Koide
Deputy Director, International Affairs Division
Minister's Secretariat
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr A. Yokomaku
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

ITALY - ITALIE

M. M. Leggeri
Minister Counsellor
Charge d'Affaires, a.i.
Permanent Mission
Geneva

Dr S. Morriconi
Director, European Union Sector
International Relations Service
Ministry of Health
Rome

Ms R. Whiting
Permanent Mission
Geneva

Mr T. Yamamoto
Deputy Director
Minister's Secretariat
International Affairs Division
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Dr E. Kashiwagi
Deputy Director,
Office for Life-style Related Diseases
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Dr Y. Mochizuki
Senior Medical Officer
Community Health, Health Promotion and Nutrition Division
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

JAMAICA - JAMAIQUE

Mr R. Smith
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr S. Betton
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

JORDAN - JORDANIE

Dr S. Saleh
Head, Noncommunicable Diseases
Ministry of Health
Amman

JAPAN - JAPON

Dr N. Sakai
Counsellor for Science and Technology
Minister's Secretariat
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr S. Sumi
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr M. Kuroda
Director, Specialized Agencies' Administration Division
Multilateral Cooperation Department
Ministry of Foreign Affairs
Tokyo

Mr S. Sugiura
Director, Office for Life-Style Related Disease Control
Health Service Bureau
Ministry of Health and Welfare
Tokyo

Mr A. Chiba
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

KENYA - KENYA

Dr K. A. Azad Rana
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Dr D. M. Kiima
Ministry of Health
Nairobi

Mr J. N. Busiega
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

KIRIBATI - KIRIBATI

Mr K. Rutueru
Health Education Officer
Ministry of Health
Tarawa

KUWAIT - KOWEIT

Mr A. J. Borahmah
Rapporteur
Society for Smoking and Cancer Prevention
Safat

**LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE POPULAIRE
LAO**

Dr B. Douangpraseuth
Chief, Research and Training Division
Centre of Information and Education
Ministry of Public Health
Vientiane

LEBANON - LIBAN

Dr Y. Bassim
Director
Non Smoking Programme
Ministry of Public Health
Beirut

LIBERIA - LIBERIA

Dr H. Freeman
Director, TB/Leprosy Control
Ministry of Health and Social Welfare
Monrovia

LITHUANIA - LITUANIE

Dr G. Kriveliene
Chief Specialist
Ministry of Health
Vilnius

Dr T. Stanikas
Lecturer
Kaunas Medical University
Kaunas

Dr D. Suliene
Deputy Director
Health Promotion Centre
Vilnius

Mr A. Gailiunas
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

MADAGASCAR - MADAGASCAR

Dr E. Raharison
Point focal tabac
Ministère de la Santé
Antananarivo

MALAWI - MALAWI

Dr H. Somanje
Deputy Director, Preventive Health Services
Ministry of Health and Population
Lilongwe

MALDIVES - MALDIVES

Dr A. Waheed
Director General, Health Services
Ministry of Health
Malé

MALI - MALI

Dr A. N. Coulibaly
Chargé de mission
Ministère de la Santé des Personnes âgées et de la Solidarité
Bamako

MALTA - MALTE

Mr M. Bartolo
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr M. Spiteri
Principal Health Promotion Officer
Department of Health Promotion
Valletta

MEXICO - MEXIQUE

Dra. M. J. Hoy Gutiérrez
Subdirectora, Departamento de Epidemiología
Secretaría de Salud
México

Sr. A. J. Rodríguez
Director General de Control Sanitario
de la Publicidad
México

Sra. L. Sosa Márquez
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

MOROCCO - MAROC

Dr N. Chaouki
Chef, Division des Maladies non transmissibles
Programme national de Lutte antitabac
Rabat

MYANMAR - MYANMAR

Dr W. Maung
Director General
Department of Health
Yangon

Dr Aung
Head, Cardiac Medical Unit
Yangon General Hospital
Yangon

NAMIBIA - NAMIBIE

Dr N. Shivute
Undersecretary, Ministry of Health and Social Services
Windhoek

NEPAL - NEPAL

Mr N. B. Shrestha
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

NETHERLANDS - PAYS-BAS

Mr M. J. van Iwaarden
Coordinator, Alcohol and Tobacco Policy
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

Mr J. Waslander
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

NEW ZEALAND - NOUVELLE-ZELANDE

Mr T. Kriebel
Director, Development Policy Branch
Ministry of Health
Wellington

Professor R. Beaglehole
Professor of Community Health
University of Auckland
Auckland

Mr M. Gubb
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

NICARAGUA - NICARAGUA

Sra. C. Sánchez Reyes
Ministra Consejera
Misión Permanente
Ginebra

Sr. M. Díaz Dávila
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

NIGER - NIGER

Dr D. Magagi
Conseiller technique
Ministère de la Santé publique
Niamey

NORWAY - NORVEGE

Dr T. Hetland
Special Adviser
Ministry of Health and Social Affairs
Oslo

Dr L. Urdal
Director
National Council on Tobacco or Health
Oslo

Dr O.T. Christiansen
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

PAKISTAN - PAKISTAN

Mr M. Syrus Qazi
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

PANAMA - PANAMA

Sr. J. Bonagas
Representante Permanente Adjunto
Ginebra

Sra. M. Garrido
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

PAPUA NEW GUINEA - PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE

Dr T. Pyakalyia
Deputy Secretary
Technical Health Services
Department of Health
Waigani

PARAGUAY - PARAGUAY

Dr. G. Chaparro Abente
Director, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Asunción

Sra. L. Casatti
Segunda Secretaria
Misión Permanente
Ginebra

PERU - PEROU

Dr. C. Farias Albuquerque
Presidente, Comisión Nacional Permanente de Lucha Antitabáquica
Lima

Sr. G. Guillén
Primer Secretario
Misión Permanente
Ginebra

PHILIPPINES - PHILIPPINES

Dr J. Y. Aricheta
Head, Tobacco Control Secretariat
Department of Health
Manila

Mrs M. E. G. Callangan
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

POLAND - POLOGNE

Professor W. Zatonski
Head, Department of Epidemiology and Cancer Prevention
The Maria Sklodowska - Curie Cancer Centre and Institute of
Oncology
Warsaw

Dr S. Grzonkowski
President, Health Commission
Warsaw

Mrs E. Sikorska-Trela
Health Commission
Warsaw

Mr K. Rozek
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

PORTUGAL - PORTUGAL

Professor C. Sakellarides
Directeur General of Health
Lisbon

Dra. E. Natário
Head, Health Promotion and Health Education
General Directorate of Health
Ministry of Health
Lisbon

Mr P. Barcia
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mme A. J. Reis Maia
Head, Technical Section for Health Education
Macau

REPUBLIC OF KOREA - REPUBLIQUE DE COREE

Mr J. H. Kim
Minister
Permanent Mission
Geneva

Mr Y.H. Yang
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr Y.J. Park
Director, Ministry of Health and Welfare
Seoul

Mr B. Goo
Deputy Director, Ministry of Finance and Economy
Seoul

Dr J.K. Lee
Korea Institute for Health and Social Affairs
Seoul

ROMANIA - ROUMANIE

Mr A. Pacuretu
Third Secretary
Permanent Mission
Geneva

RUSSIAN FEDERATION - FEDERATION DE RUSSIE

Dr G. B. Tkachenko
Head, National Anti-Smoking Centre
Ministry of Health
Moscow

Professor N. P. Napalkov
Honorary Director, N.N. Petrov Research Institute of Oncology
Saint Petersburg

Dr A. V. Pavlov
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

Mr M. V. Musikhin
Attaché
Permanent Mission
Geneva

SAN MARINO - SAINT-MARIN

Dr N. Simetovic
Ministry of Health
San Marino

Dr E. Rossi
Ministry of Health
San Marino

Dr S. Naccarato
Ministry of Health
San Marino

Mrs F. Bigi
Deputy Permanent Representative
Geneva

SAO TOME AND PRINCIPE - SAO TOME-ET-PRINCIPE

Dr C. Barros
National Education Centre
Ministry of Health
Sao Tomé

SAUDI ARABIA - ARABIE SAOUDITE

Dr N. A. R. Al-Hamdan
Ministry of Health
Riyadh

SEYCHELLES - SEYCHELLES

Dr P. Bovet
Ministry of Health
Mahé

SINGAPORE - SINGAPOUR

Mr Y. C. Ong
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SLOVAKIA - SLOVAQUIE

Dr E. Kavcova
Martin Faculty Hospital
Clinic of Tuberculosis and Respiratory Diseases
Kollarova

Mr F. Rosocha
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SOUTH AFRICA - AFRIQUE DU SUD

Dr D. K. Johns
Counsellor, Health Affairs
Permanent Mission
Geneva

SPAIN - ESPAGNE

Sr. J. A. González Martín
Jefe, Area de Productos Industriales no Alimentarios
Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación
Madrid

Sra. I. Saiz Martínez Acitores
Jefe de Sección, Dirección General de Salud Pública
Madrid

Sra. M. L. García-Tuñón
Jefe de Servicio, Subdirección General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Sanidad y Consumo
Madrid

Sr. J. I. Consarnau
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

Sr. J. Barreiro
Consejero
Misión Permanente
Ginebra

SUDAN - SOUDAN

Professor H. M. A. Hamad
TFI Programme
Khartoum

Mr A. Noureldeen
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

SWEDEN - SUEDE

Ms C. Fleur
Legal Advisor, Health Care Division
Ministry of Health and Social Affairs
Stockholm

Ms C. Lenman
Head of Section, Health Care Division
Ministry of Health and Social Affairs
Stockholm

Mr N. Kebbon
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Ms E. Hedin
Permanent Mission
Geneva

SWITZERLAND - SUISSE

M. U. Locher
Vice-Directeur, Office fédéral de la Santé publique
Chef de la Section Dépendance et Sida
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

M. D. Brenner
Chef, Section Alcool et Tabac
Office fédéral de la Santé publique
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

M. P. Vuilleme
Collaborateur scientifique
Section Alcool et Tabac
Office fédéral de la Santé publique
Département fédéral de l'Intérieur
Berne

**SYRIAN ARAB REPUBLIC - REPUBLIQUE
ARABE SYRIENNE**

Dr B. Abou-Alzahab
Director, Tobacco Control Programme
Damascus

THAILAND - THAILANDE

Dr V. Bhumisawasdi
Director, Tobacco Consumption Control Institute
Department of Medical Services
Nonthaburi

**THE FORMER YUGOSLAV REPUBLIC OF
MACEDONIA
EX-REPUBLIQUE YOUGOSLAVE DE
MACEDOINE**

Professor M. Spasovski
National Consultant, Programs on Tobacco Control
Medical School, Department of Social Medicine
Skopje

TUNISIA - TUNISIE

M. K. Baccar
Conseiller
Mission permanente
Genève

TURKEY - TURQUIE

Mr O. D. Kizilarlan
Head of Department
General Directorate for Import
Undersecretariat for Foreign Trade
Office of the Prime Minister
Ankara

UKRAINE - UKRAINE

M. V. Grynshyn
Deuxième Secrétaire
Mission permanente
Genève

**UNITED ARAB EMIRATES - EMIRATS
ARABES UNIS**

Mr N. S. Al-Aboudi
Ambassador, Permanent Representative
Geneva

Mr M. B. Ben Amara
Permanent Mission
Geneva

**UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND
NORTHERN IRELAND
ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET
D'IRLANDE DU NORD**

Mr T. Baxter
Unit Head, Smoking Policy Section
Department of Health
London

Mr G. Warrington
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

Mr T. Kingham
Principal, International Branch
Department of Health
London

**UNITED STATES OF AMERICA - ETATS-UNIS
D'AMERIQUE**

Dr T. Novotny
Deputy Assistant Secretary, International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr M. Eriksen
Director, Office of Smoking and Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Mr E. Philhower
Agriculture Attaché
Permanent Mission
Geneva

Ms L. Vogel
Health Attaché
Permanent Mission
Geneva

URUGUAY - URUGUAY

Sra. P. Vivas
Consejera
Misión Permanente
Ginebra

VENEZUELA - VENEZUELA

Dr. M. Adrianza
Experto-Asesor
Instituto Diagnóstico
Caracas

Sr. W. Corrales
Embajador, Representante Permanente
Ginebra

Sr. R. Salas
Segundo Secretario
Misión Permanente
Ginebra

VIET NAM - VIET NAM

Professor Le Ngoc Trong
Vice-Minister of Health
Hanoi

YEMEN - YEMEN

Dr A. Al-Mutawakel Muthanna
Head, Medical Department
Al-Thawra Hospital
Sanaá

Mr F. Al Obthani
First Secretary
Permanent Mission
Geneva

ZAMBIA - ZAMBIE

Ms A. Kazhingu
Second Secretary
Permanent Mission
Geneva

ZIMBABWE - ZIMBABWE

Mr N. Kanyowa
Counsellor
Permanent Mission
Geneva

**REPRESENTATIVES OF NON-
MEMBER STATES****REPRESENTANTS DES ETATS NON
MEMBRES**

HOLY SEE - SAINT-SIEGE

Mgr E. Peña Parra
Conseiller
Mission permanente
Genève

Mlle A.-M. Colandrea
Expert
Mission permanente
Genève

**REPRESENTATIVES INVITED IN
ACCORDANCE WITH
RESOLUTION WHA27.37****REPRESENTANTS INVITES
CONFORMEMENT A LA
RESOLUTION WHA27.37**

PALESTINE - PALESTINE

Dr H. Abu-Tawela

**REPRESENTATIVES OF THE
UNITED NATIONS AND RELATED
ORGANIZATIONS****REPRESENTANTS DE
L'ORGANISATION DES NATIONS
UNIES ET DES INSTITUTIONS
APPARENTEES**

**UNITED NATIONS - ORGANISATION DES
NATIONS UNIES**

Ms L. Denoth
Associate Human Rights Officer
Office of the High Commissioner for Human Rights
Geneva

**UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE
AND DEVELOPMENT
CONFERENCE DES NATIONS UNIES SUR LE
COMMERCE ET LE DEVELOPPEMENT**

Mr R. Uranga
Senior Economic Affairs Officer
Geneva

**UNITED NATIONS ENVIRONMENT
PROGRAMME
PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR
L'ENVIRONNEMENT**

Ms F. Belmont
Deputy Director
Regional Officer Europe
Geneva

**UNITED NATIONS POPULATION FUND
FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA
POPULATION**

Miss N. Martin
Consultant
UNFPA Office
Geneva

**SPECIALIZED AGENCIES
INSTITUTIONS SPECIALISEES**

**INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION
ORGANISATION INTERNATIONALE DU
TRAVAIL**

Ms Min Whee Kang
Bureau for External Relations and Partnerships

**FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION
OF THE UNITED NATIONS
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR
L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE**

Mr T. N. Masuku
Director, FAO Liaison Office
Geneva

**UNITED NATIONS EDUCATIONAL,
SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION
ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR
L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE**

Ms K. Holst
Liaison Officer
UNESCO Liaison Office
Geneva

**INTERNATIONAL CIVIL AVIATION
ORGANIZATION
ORGANISATION DE L'AVIATION CIVILE
INTERNATIONALE**

Mr G. Griffiths
Chief, External Relations and Public Information Office
Montreal

**WORLD INTELLECTUAL PROPERTY
ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA
PROPRIETE INTELLECTUELLE**

Dr J.-P. Naïm
Head, Medical Unit

**REPRESENTATIVES OF OTHER
INTERGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS**

**REPRESENTANTS D'AUTRES
ORGANISATIONS
INTERGOUVERNEMENTALES**

**LEAGUE OF ARAB STATES - LIGUE DES
ETATS ARABES**

M. M. Saad Alfarargi
Ambassadeur, Observateur permanent
Genève

Dr M. H. Elsayed
Ministre Conseiller
Délégation permanente
Genève

Dr H. Hamouda
Directeur, Département de la Santé
Délégation permanente
Genève

M. S. Sef Alyazal
Troisième Secrétaire
Délégation permanente
Genève

Dr O. El Hajje
Délégation permanente
Genève

M. S. Aeid
Délégation permanente
Genève

**ORGANIZATION OF AFRICAN UNITY
ORGANISATION DE L'UNITE AFRICAINE**

Mr V. Wege Nzomwita
Deputy Permanent Observer
Geneva

Mr I.O. Mensa Bonsu
Minister Counsellor
Permanent Mission
Geneva

**EUROPEAN COMMISSION - COMMISSION
EUROPEENNE**

Mr J. Sack
Legal Adviser, Legal Service
European Commission
Luxembourg

Mr J. Ryan
Deputy Head of Unit
Directorate General for Health and Consumers' Protection
European Commission
Luxembourg

Mr C. Dufour
Permanent Delegation
Geneva

**HEALTH MINISTERS' COUNCIL FOR GULF
COOPERATION COUNCIL STATES
CONSEIL DES MINISTRES DE LA SANTE,
CONSEIL DE COOPERATION DES ETATS
ARABES DU GOLFE**

Dr A. Al-Suwailanr

Mr A. Al-Khatibi

**REPRESENTATIVES OF
NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL
RELATIONS WITH WHO**

**REPRESENTANTS DES
ORGANISATIONS NON
GOUVERNEMENTALES EN
RELATIONS OFFICIELLES AVEC
L'OMS**

**FDI World Dental Federation
Fédération dentaire internationale**

Dr R. E. Mecklenburg

**Inter-American Association of Sanitary and
Environmental Engineering
Association interaméricaine de Génie
sanitaire et de l'Environnement**

Mr O. Sperandio

**Inter-Parliamentary Union - Union
interparlementaire**

Mr S. Tchelnokov

**International Alliance of Women
Alliance internationale des Femmes**

Mrs M. Pal

**International Association for Adolescent
Health
Association internationale pour la Santé des
Adolescents**

Dr U. Buhlmann

**International Association of Logopedics and
Phoniatrics
Association internationale de Logopédie et
Phoniatry**

Dr A. Muller

**International Council of Nurses
Conseil international des Infirmières**

Dr T. Ghebrehiwet

**International Council of Women
Conseil international des Femmes**

Mrs P. Herzog

International Council on Alcohol and Addictions
Conseil international sur les Problèmes de l'Alcoolisme et des Toxicomanies

Dr L. Ramström

International Epidemiological Association
Association internationale d'Epidémiologie

Dr R. Saracci

International Federation of Business and Professional Women
Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales

Mrs M. Gerber

Ms G. Gonzenbach

International Federation of Gynecology and Obstetrics
Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

Dr S. Nazeer

International Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy
Fédération internationale du Thermalisme et du Climatisme

Dr G. Zaitsev

International Federation of Oto-rhino-laryngological Societies
Fédération internationale des Sociétés d'Oto-rhino-laryngologie

Professor W. Alberti

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations
Fédération internationale de l'Industrie du Médicament

Dr H.E. Bale Jr.

Dr E. Noehrenberg

Dr O. M. Carpentier

Mr R. Llewellyn

International Federation of Surgical Colleges
Fédération internationale des Collèges de Chirurgie

Dr S. W. A. Gunn

International Leprosy Union
Union internationale contre la Lèpre

Dr S. D. Gokhale

International Organization for Standardization
Organisation internationale de Normalisation

Mr P. I. Adams

Mr K.-G. Lingner

Dr U. Bohnsack

International Union against Cancer
Union internationale contre le Cancer

Mr R. Isreal

Ms E. Must

International Union against Tuberculosis and Lung Disease
Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires

Dr N. E. Billo

Dr N. Billo

Ms J. Glanz

Dr M. A. Molinari

Ms K. Bissell

Mr R. Hammond

Medical Women's International Association
Association internationale des Femmes Médecins

Dr C. Bretscher-Dutoit

Rotary International - Rotary International

Dr M. A. Molinari

Soroptimist International - Soroptimist International

Ms I. S. Nordback

Ms S. Pitaccolo

**World Association of Girl Guides and Girl Scouts
Association mondiale des Guides et des
Eclaireuses**

Ms L. Schürch

**World Federation for Mental Health
Fédération mondiale pour la Santé mentale**

Professor K. A. Al-Saleh

**World Federation of Chiropractic
Fédération mondiale de Chiropratique**

Dr M. M. Alattar

Mr G. Auerbail

**World Federation of United Nations
Associations
Fédération mondiale des Associations pour
les Nations Unies**

Dr R. Masironi

Mrs L. Ciaffei

**World Heart Federation - Fédération mondiale
du coeur**

Ms K. Bissell

**World Hypertension League - Ligue mondiale
contre l'Hypertension**

Dr T. Strasser

**World Organization of the Scout Movement
Organisation mondiale du Mouvement scout**

Ms S. McElroy

**World Self-Medication Industry
Industrie mondiale de l'Automédication
responsable**

Mr D. Graham

**World Vision International
Vision mondiale internationale**

Dr E. Ram

Ms L. Wykle-Rosenberg

Mr S. Moodliar
