



Mise en oeuvre de résolutions (rapports de situation)

Rapport du Secrétariat

TABLE DES MATIERES

	Pages
A. Réduction de la mortalité par rougeole dans le monde (résolution WHA56.20)	2
B. Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (résolution WHA56.29)	4
C. Prévention intégrée des maladies non transmissibles (résolution WHA55.23)	5
D. Qualité des soins : sécurité des patients (résolution WHA55.18)	7
E. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : rapport biennal de situation (résolution WHA33.32)	9
F. Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (résolution WHA56.27)	12
G. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (résolution WHA56.1)	14
Mesures à prendre par l'Assemblée de la Santé	16
G. Annexe 1	17
G. Annexe 2	18

A. REDUCTION DE LA MORTALITE PAR ROUGEOLE DANS LE MONDE

1. Dans la résolution WHA56.20, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé soulignait qu'il était important, conformément à l'objectif fixé, de réduire de moitié d'ici 2005 le nombre de décès par rougeole enregistrés en 1999 (869 000). Environ 95 % de ces décès se sont produits dans 45 pays seulement (voir Figure 1), et plus de 50 % dans la Région africaine. Une forte mortalité par rougeole tient principalement au fait que tous les nourrissons n'ont pas reçu au moins une dose de vaccin antirougeoleux.

2. Les décès par rougeole peuvent être évités au moyen des vaccins et des stratégies actuellement disponibles. Le plan stratégique OMS-UNICEF de réduction de la mortalité par rougeole, 2001-2005 définit une stratégie globale pour réduire durablement la mortalité par rougeole. Il prévoit le renforcement des services de vaccination systématique, une seconde chance de vaccination antirougeoleuse pour tous les enfants, soit dans le cadre des services réguliers, soit à l'occasion d'activités de vaccination supplémentaires organisées périodiquement, une meilleure surveillance de la rougeole et une meilleure prise en charge des cas grâce à la supplémentation en vitamine A. Le plan stratégique vise à développer des activités afin de réduire la mortalité par rougeole dans les 45 pays prioritaires.

3. Le taux de couverture par la vaccination antirougeoleuse est très variable selon les Régions. Si la couverture par la vaccination antirougeoleuse systématique dans le monde est demeurée relativement stable entre 1999 (71 %) et 2002 (73 %), des progrès importants ont été faits dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où la couverture est passée de 58 à 70 %. Dans la Région africaine, la couverture est passée de 52 à 59 %.

4. En 2002, 85 % des Etats Membres, contre 83 % en 2001, offraient aux enfants une seconde chance d'être vaccinés. Pour ce faire, ils ont appliqué un schéma systématique de deux injections et/ou ont organisé périodiquement des activités de vaccination supplémentaires.

5. Fin 2003, des activités renforcées visant à réduire la mortalité par rougeole avaient été mises en place dans 29 (64 %) des 45 pays prioritaires. Grâce à l'appui du partenariat de l'initiative contre la rougeole en Afrique,¹ plus de 120 millions d'enfants, âgés de 9 mois à 15 ans, ont bénéficié d'une seconde chance de vaccination antirougeoleuse depuis 2001. Ce partenariat a réuni plus de US \$80 millions pour financer des activités visant à réduire la mortalité par rougeole.

6. L'intégration des efforts visant à réduire la mortalité par rougeole avec d'autres initiatives sanitaires est encouragée. La supplémentation en vitamine A, le traitement antihelminthique, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la vaccination contre la fièvre jaune sont parmi les interventions prioritaires de santé publique mises en oeuvre à l'occasion des campagnes antirougeoleuses.

7. Ces activités accélérées se sont traduites par une réduction sensible de la mortalité mondiale estimative due à la rougeole. Dans l'ensemble, la mortalité par rougeole dans le monde a diminué de 29 % entre 1999 et 2002. Les progrès les plus importants ont été enregistrés dans la Région africaine, où la mortalité a diminué de 35 %, ce qui représente 67 % de la réduction globale (voir Figure 2).

¹ Les principaux partenaires de l'initiative sont la Croix-Rouge américaine, les Centers for Disease Control and Prevention, l'UNICEF, l'OMS et la Fondation des Nations Unies.

8. La Déclaration du Cap (octobre 2003) sur la réduction durable de la mortalité par rougeole a affermi l'engagement des pays et de leurs partenaires. Elle a souligné qu'il était important de renforcer les partenariats et d'assurer la viabilité financière des activités visant à réduire la mortalité par rougeole.

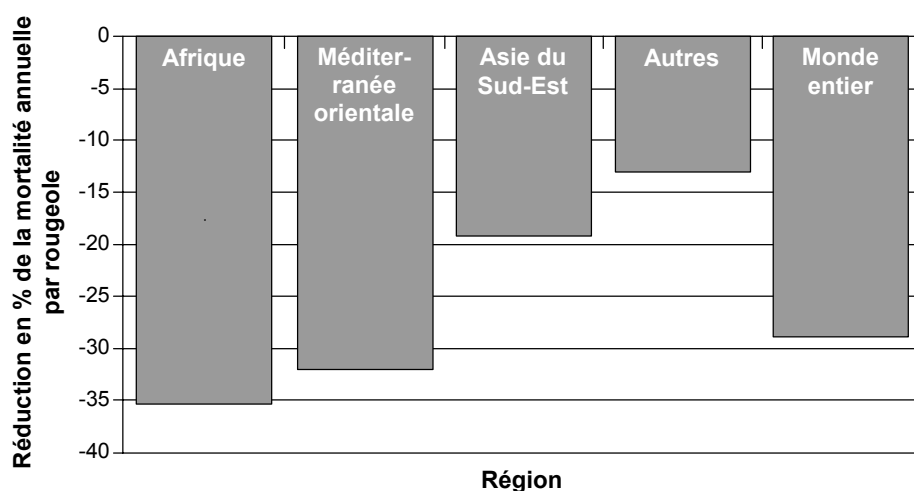
9. Des ressources financières supplémentaires seront nécessaires pour mettre en oeuvre intégralement la stratégie globale de réduction de la mortalité par rougeole au cours des trois prochaines années dans les 45 pays prioritaires. Il faut obtenir le financement nécessaire pour renforcer les services de vaccination systématique et organiser des activités de vaccination supplémentaires prévues dans les pays prioritaires. L'initiative africaine contre la rougeole, si elle est couronnée de succès, pourra servir de modèle à d'autres Régions.

10. Pour réduire durablement la mortalité par rougeole, il est indispensable que les pays s'approprient les stratégies et les objectifs fixés à cette fin. Les partenaires peuvent soutenir et compléter les efforts des pays. On s'attache actuellement à coordonner les activités visant à réduire la mortalité par rougeole avec celles de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Figure 1. Quarante-cinq pays jugés prioritaires par l'OMS et l'UNICEF pour la mise en oeuvre d'activités visant à réduire durablement la mortalité par rougeole



Figure 2. Réduction en pourcentage du nombre estimatif de décès par rougeole, par Région OMS, 1999-2002



WHO 04.52

B. SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SEVERE (SRAS)

11. La résolution WHA56.29 énonçait les actions prioritaires à mener contre la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui avait commencé à la mi-novembre 2002 en Chine méridionale et s'était propagée au niveau international fin février 2003. Le 5 juillet 2003, l'OMS a annoncé l'interruption de la dernière chaîne connue de transmission interhumaine du coronavirus du SRAS, mettant ainsi fin à la flambée initiale. Le présent rapport décrit les actions qui ont été menées par la suite pour se prémunir contre une réapparition ou une résurgence de cette maladie.

12. En août 2003, l'OMS a publié sur son site Internet des lignes directrices sur l'alerte, la vérification et la prise en charge du SRAS par la santé publique dans la période qui suit une flambée. Elle donne notamment des conseils sur l'évaluation du risque, la définition de ce qui constitue une alerte au SRAS, les définitions clinique et biologique du cas et les mesures de santé publique recommandées lors d'une alerte au SRAS. Elle recommande aussi des mesures de surveillance pour les trois niveaux de risque d'apparition du SRAS dans une zone géographique donnée et elle insiste sur la nécessité d'une vigilance permanente. De nouveaux documents d'orientation, notamment un plan mondial de préparation et de riposte, seront bientôt diffusés.

13. Pour soutenir cette vigilance permanente, l'OMS a publié un document de consensus sur l'épidémiologie du SRAS en octobre 2003 et a mis sur pied une expertise en matière de diagnostic sous la forme d'un réseau international de laboratoires de référence et de vérification pour le SRAS. Des lignes directrices sur la sécurité biologique après la flambée ont été publiées en décembre 2003 pour la manipulation des échantillons et les cultures de virus.

14. Pour satisfaire les besoins permanents de la recherche, l'OMS a créé un comité consultatif de la recherche scientifique sur le SRAS. Des ateliers et réunions sur les questions relatives aux laboratoires, à la recherche clinique et au développement de vaccins ont suivi sa première réunion, en octobre 2003. Les participants à la réunion sur les laboratoires ont évalué les progrès accomplis pour

répondre au besoin urgent de disposer d'une épreuve diagnostique fiable et ils ont étudié les questions de sécurité biologique au laboratoire. La réunion portant sur les aspects cliniques avait pour objectif de créer des protocoles internationaux standardisés pour les essais cliniques des traitements du SRAS. Si une deuxième flambée de SRAS devait survenir, ces protocoles permettraient la coordination en temps réel d'études s'appuyant sur une base éthique et scientifique solide et menées conformément à un protocole commun dans tous les foyers. Ces procédures devraient réduire le temps nécessaire pour obtenir des résultats concluants, profitables à tous les malades, et favoriseraient une uniformisation du traitement dans le monde entier. A la troisième consultation, ce sont les progrès dans le développement et l'évaluation des vaccins candidats contre le SRAS qui ont été passés en revue et les participants ont convenu des priorités de recherche. Les travaux pour le développement d'un vaccin contre le SRAS se poursuivent. Une deuxième réunion de ce comité est prévue au cours du premier semestre 2004.

15. Une seconde flambée de SRAS pourrait avoir deux origines. La maladie pourrait se propager à la suite d'un accident dans un des nombreux laboratoires détenant des échantillons cliniques ou menant des travaux de recherche sur le virus. La maladie pourrait aussi resurgir à la suite d'un contact humain avec un réservoir animal ou une autre source dans l'environnement. Certains se sont aussi inquiétés de la possibilité pour le SRAS de manifester une tendance saisonnière, à l'instar de nombreuses autres maladies respiratoires provoquées par des virus, y compris d'autres coronavirus.

16. Au cours de la période qui a suivi la flambée épidémique, y compris au moment critique de l'hiver, un haut niveau de vigilance a été maintenu pour déceler un éventuel retour du SRAS à partir de toutes les sources possibles, ainsi qu'en témoignent la notification de plusieurs cas suspects et les investigations qu'ils ont entraînés. Pour six de ces cas suspects, l'infection par le virus du SRAS a été mise en évidence au laboratoire. Deux cas ont été associés à des accidents dans des laboratoires à Singapour et à Taïwan (Chine). De décembre 2003 à janvier 2004, quatre cas de SRAS d'acquisition communautaire ont été notifiés dans la province de Guangdong (Chine). La rapidité du dépistage et la prise en charge correcte de ces six cas ont évité de nouvelles transmissions, validant ainsi l'utilité des plans de préparation.

C. PREVENTION INTEGREE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

17. Les maladies non transmissibles sont la principale cause de mortalité et d'incapacité dans le monde. Des facteurs de risque biologiques courants et évitables (notamment l'hypertension, l'hypercholestérolémie et la surcharge pondérale) ainsi que les principaux risques comportementaux connexes (mauvaise alimentation, sédentarité et tabagisme) sont à l'origine de quatre des maladies non transmissibles les plus répandues : les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les pneumopathies obstructives chroniques et le diabète de type 2. La prévention doit être axée sur la lutte intégrée contre ces facteurs et d'autres facteurs de risque importants.

18. La stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles dont la résolution WHA51.18 demandait l'élaboration a été présentée à la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.¹ Le présent document fait suite à la résolution WHA55.23 dans laquelle il était demandé qu'un rapport de situation sur la prévention intégrée des maladies non transmissibles soit présenté à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

¹ Documents A53/14 et WHA53/2000/REC/3, procès-verbal de la septième séance de la Commission A.

19. Dans la résolution WHA55.23, le Directeur général était également prié d'élaborer une stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé dans le cadre de la nouvelle stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles, en veillant à ce qu'elle s'articule autour d'une approche multidisciplinaire et multisectorielle et en intensifiant la collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires.

Action engagée et progrès accomplis

20. L'OMS a notamment apporté un soutien aux Etats Membres dans ce domaine en adoptant la Convention-cadre pour la lutte antitabac et en organisant des consultations avec les nombreux acteurs qui participent à l'élaboration de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

21. La stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles encourage les partenariats et la mise en réseau, et prévoit un appui technique et stratégique à la recherche-développement. Au nombre des réalisations, on peut citer la création d'un forum mondial et de réseaux régionaux, l'application de mesures de prévention intégrée et l'aide au renforcement des capacités. La surveillance, les études sur l'efficacité des programmes communautaires et l'appui aux pays ont également été privilégiés.

Principaux éléments de la prévention

22. Les réseaux de programmes nationaux ou pilotes de prévention et de lutte en sont à différents stades de développement. L'ensemble de mesures pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles (dit initiative CARMEN) dans les Amériques et le programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) en Europe sont deux réseaux bien établis de programmes de prévention nationaux et communautaires. Le réseau d'intervention contre les maladies non transmissibles en Afrique et le réseau pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région de la Méditerranée orientale ont vu le jour en 2001. Dans le Pacifique occidental, il existe un réseau informel, et dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un réseau est en train de se mettre en place.

23. Le Forum mondial sur la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, créé en l'an 2000 par l'OMS, regroupe ces réseaux régionaux, des organisations non gouvernementales internationales, des organismes de développement, des centres collaborateurs de l'OMS et des organisations du système des Nations Unies. C'est un bon moyen d'établir et de maintenir des normes par l'échange d'informations et de lignes directrices ; le Forum a contribué en outre à attirer l'attention sur la prévention des maladies non transmissibles.

24. L'OMS a encouragé la mise en place de programmes de prévention dans les Etats Membres à travers ses bureaux régionaux, en fournissant des conseils et un soutien techniques, en vue de l'élaboration et de l'évaluation des programmes nationaux à plusieurs Etats Membres dans le cadre de missions de courte durée.

25. On s'efforce de développer les ressources humaines et les moyens institutionnels nécessaires pour réduire les facteurs de risque, d'élaborer des politiques et des stratégies, de mettre en place des programmes nationaux ou des programmes pilotes, et d'assurer un suivi et une évaluation. Avec le concours des centres collaborateurs de l'OMS, les bureaux régionaux ont entamé des programmes de formation à la prévention intégrée. Une étude OMS a été lancée en 2002 afin de déterminer l'efficacité des programmes de prévention et de lutte à base communautaire.

S'attaquer aux principaux facteurs de risque comportementaux

26. **Tabagisme.** Avec l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'ouvre une ère nouvelle pour la lutte contre le tabagisme aux niveaux national et mondial. La Convention constitue un instrument qui devrait permettre de réduire la mortalité due au tabagisme. Comme le voulait la résolution WHA56.1, qui pria instamment tous les Etats et les organisations d'intégration économique régionale de prendre toutes les mesures appropriées pour limiter la consommation de tabac, de nombreux ministères (santé, finances, fiscalité, travail et agriculture, par exemple) travaillent ensemble, pour la première fois, sur ces questions complexes.

27. **Sédentarité.** La résolution WHA55.23 invitait également instamment les Etats Membres à organiser chaque année une journée sur le thème « Pour votre santé, bougez ! » suite au succès de la Journée mondiale de la Santé 2002, célébrée à São Paulo, au Brésil, en présence du Directeur général, pour saluer la campagne « *Agita São Paulo* » visant à promouvoir l'exercice physique et un comportement sain. L'initiative « Pour votre santé, bougez ! » a suscité un grand intérêt parmi les dirigeants politiques de nombreux Etats Membres et les a incités à se mobiliser.

28. **Mauvaise alimentation.** Le projet de stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé sera examiné au titre du point 12.6 de l'ordre du jour provisoire.

D. QUALITE DES SOINS : SECURITE DES PATIENTS

29. La résolution WHA55.18 invitait instamment les Etats Membres à accorder la plus grande attention au problème de la sécurité des patients et pria notamment le Directeur général d'élaborer des normes, des règles et des lignes directrices mondiales en la matière, de promouvoir la mise au point de politiques fondées sur des bases factuelles, d'encourager la recherche sur la sécurité des patients et d'appuyer les efforts des Etats Membres pour élaborer des dispositifs permettant de reconnaître l'excellence en matière de sécurité des patients au niveau international pour instaurer un climat de sécurité dans les organisations de soins.

30. L'OMS a donc mis sur pied un programme destiné à traiter les facteurs systémiques liés à la sécurité des patients et créé un groupe de travail rassemblant l'ensemble des activités pertinentes à l'OMS afin de définir une action concertée. Un site Web sur la sécurité des patients a également été créé pour favoriser la communication internationale. Les progrès accomplis dans ces différents domaines sont récapitulés ci-après.

31. **Estimation des dangers.** Pour accorder un rang de priorité plus élevé à la sécurité des patients et encourager l'élaboration de stratégies visant à prévenir et à atténuer les manifestations indésirables, il est important de pouvoir disposer de connaissances plus approfondies sur la nature et l'ampleur du problème. L'OMS a passé en revue les méthodes disponibles pour estimer les dangers dans le cadre des soins de santé et est actuellement en train d'élaborer un outil d'évaluation rapide à utiliser dans les situations où les données manquent.

32. **Taxonomie.** L'OMS s'emploie à mettre au point une nomenclature normalisée ainsi qu'une taxonomie des erreurs médicales et défaillances du système de santé. Celle-ci favorisera une interprétation commune des concepts et des termes relatifs à la sécurité des patients et facilitera la collaboration internationale et l'échange d'informations.

33. **Systemes de notification et d'amélioration des connaissances.** De tels systemes sont essentiels pour améliorer la sécurité des patients, car ils permettent de tirer des enseignements des manifestations indésirables et des problèmes évités de justesse. L'OMS est en train d'établir des principes directeurs à cet égard, en répertoriant les meilleures pratiques et en encourageant l'adoption par les pays.

34. **Agents de santé.** Des rapports récents ont révélé les effets des conditions d'emploi du personnel infirmier sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Des documents d'information sont actuellement rédigés qui montrent l'importance d'une dotation équilibrée en personnel sur la culture institutionnelle et l'amélioration de la sécurité des patients.

35. **Actes cliniques essentiels.** L'OMS a mis en chantier des activités visant à renforcer les capacités dans les Etats Membres. Il s'agit notamment de former du personnel de santé au premier niveau de recours en collaboration avec des partenaires locaux et internationaux, et de promouvoir l'utilisation des directives OMS concernant la sécurité des actes chirurgicaux et procédures d'urgence ainsi que la sécurité du matériel en traumatologie, obstétrique et anesthésie.

36. **Sécurité de la grossesse.** L'initiative Pour une grossesse à moindre risque contribue à renforcer les capacités des pays à établir la continuité des soins nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Elle contribue à améliorer l'accès aux soins et la fourniture, l'utilisation et la qualité de ceux-ci, à développer les ressources humaines et à renforcer le soutien de la communauté.

37. **Sécurité des injections.** Afin de fournir un soutien aux Etats Membres pour la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation de la sécurité des injections, l'OMS mène quatre activités principales : la sensibilisation ; la généralisation des dispositifs d'injection à usage unique et des conteneurs de sécurité dans les établissements de santé ; la fourniture de dispositifs d'injection dotés de caractéristiques qui en empêchent la réutilisation, ainsi que de conteneurs de sécurité, par les donateurs et les bailleurs de fonds qui financent la fourniture de substances injectables ; elle s'emploie, enfin, à promouvoir une gestion rationnelle des déchets associés aux seringues et aiguilles utilisées.

38. **Sécurité de la vaccination.** L'OMS vise à renforcer les capacités nationales pour garantir la sécurité de la vaccination et en particulier prévenir, déceler et traiter rapidement les manifestations postvaccinales indésirables. Les seringues autobloquantes ont été introduites dans pratiquement la moitié des pays non industrialisés. Des systèmes de surveillance bien étudiés sont en place dans près de la moitié des Etats Membres et 49 systèmes nationaux ont été évalués. Le Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale, créé pour réagir rapidement, efficacement et avec rigueur scientifique aux problèmes de sécurité vaccinale, contribue pour beaucoup à promouvoir les activités susmentionnées.

39. **Sécurité transfusionnelle.** L'OMS collabore avec les Etats Membres à promouvoir une coordination au niveau national des services de transfusion sanguine ainsi que des systèmes efficaces de collecte, d'analyse, de traitement et d'utilisation du sang. Elle encourage l'hémovigilance comme système de surveillance, qui couvre toutes les activités depuis les dons jusqu'au suivi des receveurs afin d'évaluer tout effet indésirable de la transfusion sanguine.

40. **Appareils médicaux.** L'OMS s'emploie à promouvoir les normes internationales, les spécifications techniques, la présélection des fournisseurs, le renforcement des capacités en ce qui concerne l'utilisation et l'entretien adaptés du matériel et des procédures normalisées d'alerte et de

rappel. Les principes directeurs OMS concernant la réglementation des appareils médicaux ont pour but d'aider les Etats Membres à appliquer les réglementations nationales.¹

41. **Pharmacovigilance.** Le Programme de pharmacovigilance internationale consiste en activités entreprises par l'OMS, le centre collaborateur OMS pour la pharmacovigilance internationale (Uppsala, Suède) et 73 Etats Membres. Il assure un échange d'informations sur les médicaments, encourage les activités de pharmacovigilance dans les Etats Membres et encourage la collaboration entre les pays.

42. **Centres antipoisons.** L'OMS constitue l'unité centrale du Programme international sur la sécurité chimique (IPCS), programme conjoint de l'OMS, du PNUE et de l'OIT. Les activités principales du Programme consistent à dispenser des informations sur les produits toxiques et la prévention et la prise en charge des intoxications. Les centres antipoisons de plus de 80 pays sont reliés dans le cadre du Programme, auquel on peut se référer pour les questions de sécurité des patients, y compris les antidotes et autres traitements d'urgence. L'IPCS travaille avec le centre collaborateur OMS pour la pharmacovigilance internationale en vue de renforcer les capacités, d'harmoniser la notification des données et d'améliorer l'information sur les questions de sécurité.

43. Tous les **bureaux régionaux** participent à la mise en oeuvre d'activités visant à améliorer la sécurité des patients. S'appuyant sur un large éventail d'activités en cours, l'ensemble des Régions ont mis sur pied des initiatives visant spécifiquement à traiter les questions liées à la sécurité des patients. Outre qu'ils travaillent en étroite collaboration avec les Etats Membres afin de garantir l'innocuité des médicaments, des vaccins, des pratiques de laboratoire et des actes médicaux, et à améliorer la lutte contre les infections nosocomiales, les bureaux régionaux sont pleinement associés aux activités déployées à l'échelle de l'Organisation concernant les facteurs systémiques de sécurité des patients et la collaboration internationale.

44. L'OMS lancera en 2004 une **alliance internationale** pour la sécurité des patients. Elle rassemblera les pays, les organismes intéressés et les spécialistes de ce domaine dans les Etats Membres. Elle vise à accélérer les progrès dans le domaine de la sécurité des patients à travers des fonctions essentielles : favoriser l'élaboration de politiques pour la sécurité des patients et l'application de bonnes pratiques ; permettre aux Etats Membres d'évaluer les progrès dans ce domaine ; établir des rapports au niveau mondial ; et entreprendre des recherches pour apporter des solutions aux problèmes.

45. L'alliance encouragera l'action concertée de divers secteurs, et aura d'abord pour but une représentation adéquate de l'ensemble des Régions OMS et la participation de tous les Etats Membres.

E. LA NUTRITION CHEZ LE NOURRISSON ET LE JEUNE ENFANT : RAPPORT BIENNAL DE SITUATION

46. La réalisation des objectifs et cibles liés à la santé de la Déclaration du Millénaire sera fonction de la mesure dans laquelle l'on parviendra à réduire la malnutrition, associée à 54 % des 10,8 millions de décès survenant chaque année parmi les enfants de moins de cinq ans. Les dernières Assemblées de

¹ *Medical device regulations: global overview and guiding principles.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

la Santé ont invité instamment les Etats Membres à s'efforcer d'instaurer une couverture complète par les interventions dont l'efficacité est connue.¹

47. Suite à l'approbation de la **stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** (résolution WHA55.25), l'OMS a entamé des activités dans toutes les Régions afin de donner une suite pratique à ces recommandations. Des réunions régionales ont été organisées à Harare (novembre 2002), à Casablanca (Maroc, juillet 2003) et au Luxembourg (novembre 2003), et des réunions nationales ont également été organisées,² par exemple par l'UNICEF et des organisations non gouvernementales collaboratrices.³ L'OMS a également convoqué une réunion mondiale sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie.⁴ Par ailleurs, l'OMS et ses partenaires⁵ sont en train de mettre au point des moyens pratiques tels que des outils d'évaluation⁶ et des principes directeurs.⁷

48. Malgré la progression générale de l'allaitement maternel exclusif au cours des quatre premiers mois de la vie,⁸ de 19 % en 1990 à 38 % en 2002, on est encore loin de la recommandation de santé publique mondiale émise par l'OMS, à savoir : **l'allaitement maternel exclusif pendant six mois**, suivi d'une alimentation de complément sûre et adaptée, avec poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà (résolution WHA54.2). Afin d'encourager une **alimentation de complément** appropriée, l'OMS a élaboré des principes directeurs⁹ et des outils pour en promouvoir l'utilisation.¹⁰

¹ Voir en particulier les résolutions WHA54.2 et WHA55.25. Le présent rapport est présenté en application de la résolution WHA33.32 et de l'article 11.7 du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

² En Bolivie, au Botswana, au Cambodge, en Chine, en Egypte, en Ethiopie, au Ghana et au Viet Nam. Depuis la Conférence internationale FAO/OMS sur la nutrition (Rome, 1992), 146 Etats Membres et cinq territoires ont révisé et renforcé leurs politiques intersectorielles pour l'alimentation et la nutrition, une centaine ayant expressément intégré des stratégies visant à promouvoir une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant.

³ En Egypte, en Inde, en Malaisie, au Pérou et au Viet Nam.

⁴ Implementing the global strategy for infant and young child feeding, Genève, 3-5 février 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159120_X.htm).

⁵ UNICEF, FAO, OIT, the LINKAGES Project, Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile, Ligue internationale La Leche et World Alliance for Breastfeeding Action.

⁶ *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁷ *Integrated Management of Childhood Illness: planning, implementing and evaluating pre-service training*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with emphasis on the former Soviet countries*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe (European Series No. 87), 2003.

⁸ Bien que la recommandation de santé publique concernant l'allaitement maternel exclusif pendant six mois soit la variable privilégiée pour l'analyse, on ne dispose pas encore de données suffisantes sur cette base provenant d'enquêtes nationales. Les autorités compétentes d'une soixantaine d'Etats Membres – dont à la fin 2003, l'Australie, le Bélarus, la Bosnie, la Bulgarie, la France, la Géorgie, l'Irlande, la République tchèque, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, et la Slovaquie – recommandent officiellement l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.

⁹ *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC, OPS/Organisation mondiale de la Santé, 2003.

¹⁰ *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001 (également disponible en langues bahasa (Indonésie), khmère, lao et khalkha (Mongolie) ; et *Complementary feeding counselling: a training course*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

49. Suite à l'**étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance** (1997-2003) menée dans plusieurs pays (Brésil, Etats-Unis d'Amérique, Ghana, Inde, Norvège, Oman), des outils scientifiquement solides sont actuellement mis au point pour évaluer la croissance à l'état nutritionnel ; ils établiront l'enfant nourri au sein comme la norme. Le but est que, d'ici 2010, la plupart des 99 pays qui appliquent actuellement la référence de croissance National Center for Health Statistics/OMS utilisent effectivement les nouvelles normes.

50. Afin de formuler des recommandations sur l'**alimentation dans le cas spécial du VIH/SIDA**, l'OMS et huit autres organisations du système des Nations Unies préconisent un cadre d'action visant à créer et à maintenir des environnements favorables à une alimentation adaptée de tous les nourrissons, tout en développant les interventions destinées à réduire la transmission du VIH.¹ Des principes directeurs actualisés et une étude technique le complètent.² L'OMS a également élaboré un outil destiné à évaluer les options en matière d'alimentation et des fiches pour aider les agents de santé à conseiller les mères à cet égard. Des recommandations actualisées concernant les besoins énergétiques et en nutriments des enfants vivant avec le VIH/SIDA sont maintenant disponibles,³ tandis que des principes directeurs concernant l'alimentation des enfants qui ne sont pas nourris au sein sont en cours d'élaboration.

51. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant appelle à revitaliser l'**initiative des hôpitaux « amis des bébés »** mise en oeuvre dans plus de 19 000 hôpitaux de 138 pays. L'OMS diffuse un outil de réévaluation et de surveillance⁴ et élabore des recommandations afin d'apporter un soutien aux mères VIH-positives dans les hôpitaux « amis des bébés ». Le cours de formation à l'intention des administrateurs d'hôpitaux⁵ sera adapté en conséquence.

52. Pour ce qui est du **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**, 165 (86 %) des 192 Etats Membres de l'OMS ont déjà fait rapport au moins une fois sur les mesures qu'ils ont prises pour le mettre en oeuvre. L'un des objectifs opérationnels de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant,⁶ et l'un des éléments du cadre d'action concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson,⁷ consiste à réaffirmer l'importance du Code international. Depuis le dernier rapport à l'Assemblée de la Santé,⁸ de nouvelles informations ont été reçues de huit Etats Membres : l'**Azerbaïdjan** (qui interdit toutes les formes de parrainage de la

¹ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² OMS, UNICEF, ONUSIDA. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ; et OMS, UNICEF, ONUSIDA. *A review of HIV transmission through breastfeeding* (sous presse).

³ *Nutrient requirements of people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

⁴ OMS, UNICEF et Wellstart International. *The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment tools to sustain progress* (document WHO/NHD/99.2).

⁵ *Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers* (document WHO/NHD/96.3).

⁶ La stratégie « établit comme priorité pour tous les gouvernements ... d'envisager les nouvelles mesures législatives ou autres nécessaires, dans le cadre d'une politique complète d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et au but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi qu'aux résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé » (*Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003, paragraphe 33).

⁷ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁸ Document A55/14.

profession médicale par des entreprises) ; le **Brésil** (qui a mis à jour et renforcé sa législation) ; l'**Inde** (Amendment Bill de 2003, qui renforce la loi de 1993¹ en interdisant la promotion des produits destinés à l'alimentation des enfants de moins de deux ans) ; la **Malaisie** (amendement à la réglementation de 1985 interdisant toute information faisant la promotion d'un autre produit à travers tout matériel descriptif accompagnant une préparation pour nourrissons) ; la **Micronésie** et les **Palaos** (qui sont en train de préparer des mesures ou en attendent l'approbation) ; **Nioué** (qui a inscrit le Code dans sa politique nationale de santé) ; et le **Pakistan** (Ordonnance du 26 octobre 2002 relative à la protection de l'allaitement maternel et la nutrition de l'enfant, qui couvre tous les produits destinés à l'alimentation pendant la première année de la vie).² L'OMS a répondu aux demandes de soutien technique émanant de l'Australie, du Bahreïn, du Cambodge, de la Nouvelle-Zélande et de la Turquie. En novembre 2003, l'OMS, l'UNICEF et le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile ont organisé conjointement une formation à la mise en oeuvre du Code à l'intention des Etats Membres de la Région des Amériques. En avril 2002, l'Association internationale de Pédiatrie a réaffirmé au Directeur général son soutien au Code international et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé adoptées ultérieurement.

F. DROITS DE PROPRIETE INTELLECTUELLE, INNOVATION ET SANTE PUBLIQUE

53. Dans la résolution WHA56.27 sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique, l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de prendre un certain nombre de mesures dans ce domaine, soit en résumé :

- de fournir un appui aux Etats Membres pour faciliter le transfert de technologie concernant certains médicaments ;
- de créer un organe de durée limitée chargé de publier une analyse des droits de propriété intellectuelle, de l'innovation et de la santé publique et de soumettre un rapport de situation à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé ;
- de coopérer avec les Etats Membres, à leur demande, et avec les organisations internationales à l'analyse des répercussions pour la santé des accords internationaux pertinents ;
- d'encourager les pays développés à mener des travaux de recherche biomédicale et comportementale, y compris, lorsque cela est possible, avec des pays en développement partenaires.

54. A sa cent treizième session (janvier 2004), le Conseil exécutif a été informé du mandat de cet organe de durée limitée et des critères de sélection de ses membres.³ Le mandat est reproduit ci-après.

¹ *Recueil international de Législation sanitaire*, 1993, **44**: 638.

² *Recueil international de Législation sanitaire*, <http://www.who.int/idhl/> (Pak. 02.003).

³ Document EB113/INF.DOC./1.

A la lumière de la résolution WHA56.27 et dans le cadre de son examen de la question des droits de propriété intellectuelle, de l'innovation et de la santé publique, la Commission :

- *établit une synthèse des données existantes sur la prévalence des maladies présentant une importance sur le plan de la santé publique, en mettant l'accent sur celles qui touchent plus particulièrement les pauvres et sur leur impact social et économique ;*
- *étudie le volume et la répartition des efforts existants de recherche, de développement et d'innovation axés sur ces maladies ;*
- *examine l'importance et l'efficacité des régimes de propriété intellectuelle et autres mécanismes d'incitation et de financement pour stimuler la recherche et la mise au point de nouveaux médicaments et autres produits contre ces maladies ;*
- *analyse les propositions d'amélioration des mécanismes actuels d'incitation et de financement, y compris les droits de propriété intellectuelle, en visant à stimuler la mise au point de nouveaux médicaments et autres produits et de faciliter l'accès à ces derniers ;*
- *élabore des propositions d'action concrètes pour les acteurs tant nationaux qu'internationaux.*

55. Le 12 février 2004, le Directeur général a annoncé la composition de la Commission sur la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, qui est la suivante :

- Président : Mme Ruth Dreifuss, Présidente de la Confédération suisse en 1999 (Suisse)
- Vice-Président : Dr Rangunath Anand Mashelkar, Directeur général du Conseil de la Recherche scientifique et industrielle (Inde)
- Membres : Professeur Carlos Correa (Argentine)
 Professeur Mahmoud Fathalla (Egypte)
 Dr Maria Freire (Etats-Unis d'Amérique)
 Professeur Trevor Jones (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)
 M. Tshediso Matona (Afrique du Sud)
 Professeur Fabio Pammolli (Italie)
 Professeur Pakdee Pothisiri (Thaïlande)
 Professeur Hiroko Yamane (Japon).

56. La première réunion de la Commission se tiendra les 5 et 6 avril 2004 à Genève. La Commission examinera alors sa mission, son mandat et son programme de travail.

57. En ce qui concerne les autres questions évoquées dans la résolution WHA56.27, on s'emploie actuellement à développer la base de connaissances concernant les répercussions des accords commerciaux multilatéraux sur la santé publique, notamment les accords sur les services et sur les droits de propriété intellectuelle. Une formation et un soutien technique sont actuellement dispensés afin de développer les capacités des Régions de l'OMS et des Etats Membres pour qu'ils soient mieux en mesure de tenir compte des répercussions de ces accords pour la santé publique. Des indicateurs sont actuellement mis au point pour évaluer les informations concernant notamment l'application de

l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (y compris les clauses de sauvegarde pour la santé publique et les adaptations). Cette évaluation servira de point de départ à l'élaboration d'une politique publique et à la fourniture d'un soutien technique aux pays. L'OMS met également en oeuvre un projet de recherche sur les médicaments prioritaires qui a pour but de dresser une liste des besoins prioritaires de la recherche pharmaceutique sur des considérations de santé publique, comme base d'allocation d'une aide publique à ce type de recherche.

58. Le Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a entrepris plusieurs projets avec le secteur privé qui ont pour but de mettre au point des médicaments novateurs contre les maladies négligées. Le Programme coopère également avec des chercheurs africains afin d'élaborer un cadre technique permettant d'évaluer des produits naturels qui pourraient constituer des antipaludéens. Il a également établi une collaboration entre les secteurs public et privé des pays développés et des pays en développement afin de faciliter l'utilisation et le transfert d'outils modernes (génomique, protéomique, par exemple) afin de combler les lacunes des connaissances sur les maladies négligées et de faciliter l'innovation dans les pays en développement.

G. CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

Etat d'avancement de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

59. La consommation de tabac augmente partout dans le monde. Face à la mondialisation de l'épidémie de maladies liées au tabac, les Etats Membres de l'OMS ont entrepris en octobre 2000 des négociations en vue d'élaborer une convention-cadre pour la lutte antitabac. La Convention-cadre pour la lutte antitabac – premier traité de l'OMS – a été adoptée à l'unanimité par les Etats Membres à la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003.¹ En adoptant ce traité, l'OMS et ses Etats Membres ont montré qu'ils reconnaissent à cet instrument de santé publique le pouvoir de lutter contre la consommation de tabac et ses effets dévastateurs.

60. Au 26 mars 2004, 100 Etats Membres avaient signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (voir annexe 1).² A l'approche du 29 juin 2004, date limite du dépôt des signatures, l'OMS saisit cette occasion pour rappeler aux ministres de la santé et aux autres délégués à l'Assemblée de la Santé qu'il reste encore beaucoup à faire en matière de lutte antitabac ; les délégués sont invités instamment à encourager leur gouvernement respectif à signer la Convention-cadre. La signature exprime le consentement de l'Etat à être lié par la Convention à une date ultérieure (voir annexe 2, Modèle d'instrument conférant les pleins pouvoirs au signataire). La ratification, l'acceptation, l'approbation ou la confirmation formelle sont des actes internationaux par lesquels les Etats ou les organisations d'intégration économique régionale qui ont déjà signé la Convention-cadre acceptent formellement d'être liés par elle.³

¹ Résolution WHA56.1.

² Sur ces 100 pays, neuf d'entre eux ont déjà ratifié ou approuvé la Convention.

³ L'« acceptation » ou l'« approbation » a le même effet juridique international que la ratification. L'expression « confirmation formelle » équivaut à la ratification pour les organisations d'intégration économique régionale telles que la Communauté européenne.

61. L'OMS encourage les Etats Membres et les organisations d'intégration économique régionale qui ont signé mais qui n'ont pas ratifié, approuvé, accepté ou confirmé formellement la Convention-cadre de le faire dans les meilleurs délais (voir annexe 2, Modèle d'instrument de ratification).

62. Après le 29 juin 2004, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac sera fermée à la signature. Passée cette date, les Etats Membres peuvent encore devenir Parties à ladite Convention par adhésion, en un processus d'une seule étape équivalant à la ratification. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac entrera en vigueur le quatre-vingt-dixième jour suivant la date du dépôt du quarantième instrument de ratification, d'approbation, d'acceptation, de confirmation formelle ou d'adhésion. Bien que le nombre minimum des ratifications nécessaires pour l'entrée en vigueur ait été fixé à 40, l'objectif est de faire en sorte que le plus grand nombre possible d'Etats Membres ratifient, acceptent, approuvent, confirment formellement la Convention-cadre ou y adhèrent afin que ce traité serve au mieux la santé publique dans le monde.

Fonctions de secrétariat intérimaire de la Convention-cadre assurées par l'OMS

63. Depuis l'adoption de la Convention-cadre, l'OMS a soutenu l'organisation au niveau sous-régional de séminaires d'information concernant la Convention-cadre pour aider les Etats Membres en vue de la signature et de la ratification du traité, et pour les préparer à sa mise en oeuvre. Trois ateliers ont été organisés en novembre et en décembre 2003 à Nairobi (pour les Etats Membres de la Région africaine de l'OMS en Afrique orientale);¹ au Caire (pour les Etats Membres de la Région OMS de la Méditerranée orientale dans le Golfe);² et à Bishkek (pour les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS en Asie centrale).³ Il est prévu d'organiser d'autres réunions d'information entre mars et mai 2004 à Katmandou (pour les Etats Membres de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est qui sont membres de l'Association Sud-asiatique de Coopération régionale et pour les autres Etats Membres de la Région); à Nadi, Fidji (pour les Etats Membres de la Région OMS du Pacifique occidental qui comptent parmi les Etats insulaires du Pacifique); et à San José (pour les Etats Membres de la Région OMS des Amériques en Amérique centrale et pour les autres Etats Membres de la Région). Des consultations nationales sur la Convention-cadre ont été organisées avec des parlementaires en Argentine, au Brésil, au Kenya et en République tchèque.

64. On trouvera sur le site Web de l'OMS des informations détaillées sur l'état d'avancement de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.⁴ Par ailleurs, l'OMS a établi et diffusé des documents d'information relatifs au traité et au renforcement des capacités nationales dans la perspective de préparer les pays à la mise en oeuvre du traité. Enfin, l'OMS se tient à la disposition des missions diplomatiques à Genève et des autres représentants des gouvernements pour répondre aux questions concernant la Convention-cadre et à d'autres questions techniques liées au tabac.

¹ Les dix pays participants étaient les suivants : Burundi, Comores, Ethiopie, Kenya, Madagascar, Malawi, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Seychelles.

² Les sept pays participants étaient les suivants : Arabie saoudite, Bahreïn, Egypte, Emirats arabes unis, Koweït, Oman et Yémen.

³ Les cinq pays participants étaient les suivants : Kazakhstan, Kirghizistan, Ouzbékistan, Tadjikistan et Turkménistan.

⁴ Adresse Internet : http://www.who.int/tobacco/fctc/signing_ceremony/country/list/en

Prochaine étape

65. Conformément au paragraphe 7 de la résolution WHA56.1, la première session du groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée aura lieu du 21 au 25 juin 2004. Le groupe de travail est chargé d'étudier et d'élaborer des propositions relatives aux questions recensées dans la Convention pour examen et adoption, le cas échéant, par la première session de la Conférence des Parties.¹

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

66. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note des rapports de situation ci-dessus.

¹ Voir document A/FCTC/IGWG/1/1.

G. ANNEXE 1

**LISTE DES ETATS MEMBRES ET DES ORGANISATIONS D'INTEGRATION
ECONOMIQUE REGIONALE QUI ONT SIGNE ET/OU RATIFIE
LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC
(AU 26 MARS 2004)¹**

Région africaine de l'OMS (23)	Région OMS des Amériques (18)	Région OMS de la Méditerranée orientale (8)	Région européenne de l'OMS (28 + communauté européenne)	Région OMS de l'Asie du Sud-Est (8)	Région OMS du Pacifique occidental (15)
Afrique du Sud	Argentine	Egypte	Allemagne	Bangladesh	Australie
Algérie	Belize	Iran	Autriche	Bhoutan	Chine
Botswana	Bolivie	(République islamique d')	Belgique	Inde	Fidji
Burkina Faso	Brésil		Bulgarie	Myanmar	Iles Marshall
Burundi	Canada	Koweït	Communauté européenne	Népal	Japon
Cap-Vert	Chili	Liban		République populaire démocratique de Corée	Malaisie
Comores	Costa Rica	Qatar	Danemark		Mongolie
Congo	El Salvador	République arabe syrienne	Espagne		Nouvelle- Zélande
Côte d'Ivoire	Equateur	Tunisie	Finlande	Sri Lanka	Palaos
Ethiopie	Guatemala	Yémen	France	Thaïlande	Philippines
Gabon	Haïti		Géorgie		République de Corée
Gambie	Jamaïque		Grèce		Samoa
Ghana	Mexique		Hongrie		Singapour
Madagascar	Panama		Irlande		Tonga
Mali	Paraguay		Islande		Viet Nam
Maurice	Trinité-et- Tobago		Israël		
Mozambique	Uruguay		Italie		
Namibie	Venezuela		Kirghizistan		
Ouganda			Lituanie		
République centrafricaine			Luxembourg		
République-Unie de Tanzanie			Malte		
Sénégal			Norvège		
Seychelles			Pays-Bas		
			Portugal		
			République tchèque		
			Royaume-Uni de Grande- Bretagne et d'Irlande du Nord		
			Saint-Marin		
			Slovaquie		
			Slovénie		
			Suède		

¹ Le nom des neuf Etats Membres qui ont déjà ratifié ou approuvé la Convention figure en caractères gras.

G. ANNEXE 2

(A signer par le chef d'Etat, le chef de gouvernement ou le ministre des affaires étrangères)

LETTRE CONFERANT LES PLEINS POUVOIRS

NOUS, [nom et titre du chef de l'Etat, du chef du Gouvernement ou du Ministre des Affaires étrangères],

AUTORISONS PAR LES PRESENTS [nom et titre] à signer sous réserve de ratification, acceptation ou approbation au nom du Gouvernement de **[nom du pays]**, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac qui a été adoptée à l'unanimité le 21 mai 2003 et déposée auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies le 13 juin 2003.

Fait à **[lieu]** le **[date]**

[Signature]

(A signer par le chef d'Etat, le chef de gouvernement ou le ministre des affaires étrangères)

INSTRUMENT DE RATIFICATION

CONSIDERANT QUE la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été adoptée le 21 mai 2003 à Genève, Suisse,

ET CONSIDERANT que ladite Convention-cadre pour la lutte antitabac a été signée au nom du Gouvernement de **[nom du pays]** le **[date de la signature par le pays de la Convention-cadre pour la lutte antitabac]**,

NOUS, [nom et titre du chef de l'Etat, du chef du Gouvernement ou du Ministre des Affaires étrangères], déclarons que le Gouvernement de **[nom du pays]**, après avoir examiné la Convention en question, la ratifie et s'engage à en exécuter fidèlement toutes les clauses.

EN FOI DE QUOI, nous avons signé le présent instrument de ratification à **[lieu]** et **[date]**.

[Signature]

= = =