



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

**CONSEIL EXÉCUTIF**  
**CENT QUINZIÈME SESSION**  
**GENÈVE, 17-24 JANVIER 2005**

**PROCÈS-VERBAUX**

GENÈVE  
2005

---

## ABREVIATIONS

Les abréviations suivantes sont employées dans la documentation de l'OMS :

ACDI	– Agence canadienne de Développement international
AGFUND	– Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies
AID	– Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique
AIEA	– Agence internationale de l'Energie atomique
ANASE	– Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BIRD	– Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement (Banque mondiale)
BIT	– Bureau international du Travail
BSP	– Bureau sanitaire panaméricain
CCQAB	– Comité consultatif pour les Questions administratives et budgétaires
CCRS	– Comité consultatif de la Recherche en Santé
CCS	– Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination [précédemment Comité administratif de Coordination (CAC)]
CIOMS	– Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIRC	– Centre international de Recherche sur le Cancer
CNUCED	– Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
FAO	– Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FIDA	– Fonds international de Développement agricole
FMI	– Fonds monétaire international
FNUAP	– Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR	– Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
OACI	– Organisation de l'Aviation civile internationale
OCDE	– Organisation de Coopération et de Développement économiques
OIE	– Office international des Epizooties
OIT	– Organisation internationale du Travail
OMC	– Organisation mondiale du Commerce
OMI	– Organisation maritime internationale
OMM	– Organisation météorologique mondiale
OMPI	– Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle
OMS	– Organisation mondiale de la Santé
ONUDI	– Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel
ONUSIDA	– Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPS	– Organisation panaméricaine de la Santé
PAM	– Programme alimentaire mondial
PNUCID	– Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
PNUD	– Programme des Nations Unies pour le Développement
PNUE	– Programme des Nations Unies pour l'Environnement
UIT	– Union internationale des Télécommunications
UNESCO	– Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	– Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNRWA	– Office de Secours et de Travaux des Nations Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient

---

Les appellations employées dans ce volume et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Lorsque l'appellation « pays ou zone » apparaît dans le titre de tableaux, elle couvre les pays, territoires, villes ou zones.

## **AVANT-PROPOS**

Le Conseil exécutif a tenu sa cent quinzième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 17 au 24 janvier 2005. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les procès-verbaux des débats du Conseil, la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs, et la composition des comités et groupes de travail. Les résolutions et décisions, avec les annexes s’y rapportant, sont publiées dans le document EB115/2005/REC/1.



## TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Avant-propos .....	iii
Ordre du jour .....	ix
Liste des documents .....	xiii
Liste des membres et autres participants .....	1
Comités et groupes de travail .....	25

## PROCES-VERBAUX

### Première séance

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	27
2. Expression de sympathie et de solidarité avec les peuples et les pays éprouvés par le tremblement de terre et le tsunami survenus en Asie du Sud.....	27
3. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour (reprise).....	27
4. Organisation des travaux.....	28
5. Rapport du Directeur général .....	29
6. Questions techniques et sanitaires Aspects sanitaires des situations de crise.....	30

### Deuxième séance

1. Organisation des travaux (suite).....	37
2. Questions techniques et sanitaires (suite) Aspects sanitaires des situations de crise (suite).....	37
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.....	48
4. Questions techniques et sanitaires (reprise) Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour.....	49

### Troisième séance

1. Questions administratives Nomination du Directeur régional pour l'Afrique .....	51
Nomination du Directeur régional pour l'Europe .....	53
2. Questions techniques et sanitaires (suite) Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour (suite) .....	54
Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation.....	58

**Quatrième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation (suite).....	61
La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.....	68

**Cinquième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Systèmes de sécurité sociale.....	76
Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang .....	85

**Sixième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Procédures et directives	
• Dénominations communes internationales : procédure révisée .....	93
• Substances psychoactives engendrant une dépendance : directives supplémentaires.....	94
Réserve mondiale de vaccin antivariolique.....	97
Antirétroviraux et pays en développement.....	100

**Septième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Antirétroviraux et pays en développement (suite).....	107
Projet de stratégie mondiale de vaccination .....	112
Paludisme .....	116
Problèmes de santé publique provoqués par l'alcool .....	123

**Huitième séance**

Questions relatives au programme et au budget	
Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution .....	132
Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 .....	139

**Neuvième séance**

Questions relatives au programme et au budget (suite)	
Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 (suite).....	144

**Dixième séance**

1. Questions relatives au programme et au budget (suite)	
Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources .....	164
Programme général de travail 2006-2015 : examen du processus et ébauche .....	166
Fonds immobilier .....	169
2. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Cybersanté.....	170
Usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients.....	175
Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre .....	183

**Onzième séance**

1.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004).....	190
	Pandémie de grippe : préparation et action.....	192
2.	Questions financières	
	Contributions	
	• Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	201
	• Contributions pour l'exercice 2006-2007.....	202
	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.....	206
3.	Questions administratives (suite)	
	Questions relatives aux organes directeurs	
	• Méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé.....	206
	• Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent seizième session du Conseil exécutif.....	209
	Relations avec les organisations non gouvernementales	
	• Rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales.....	210
	• Réexamen de deux demandes d'admission à des relations officielles avec l'OMS.....	212

**Douzième séance**

1.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Aspects sanitaires des situations de crise (suite).....	213
	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant (suite).....	218
	Systèmes de sécurité sociale (suite).....	223
	Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang (suite).....	225
	Paludisme (suite).....	227
2.	Questions administratives (suite)	
	Rapports des comités des fondations.....	230
	Rapport du Corps commun d'inspection et questions connexes	
	• Précédents rapports du CCI : mise en oeuvre des recommandations.....	232
	• Rapports récents du CCI.....	232
	• Suivi des délibérations du Conseil exécutif sur le multilinguisme.....	232
3.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Pandémie de grippe : préparation et action (suite).....	234
4.	Questions soumises pour information	
	Rapports des organes consultatifs	
	• Rapport sur la quarante-deuxième session du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS).....	234
	• Comités d'experts et groupes d'étude.....	236
	Poliomyélite.....	236
5.	Questions relatives au personnel	
	Ressources humaines	
	• Rapport annuel.....	237
	• Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale.....	238
	• Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel.....	238
	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.....	239

		<b>Pages</b>
6.	Questions soumises pour information (reprise)	
	Rapports soumis en vertu de résolutions antérieures	
	A. Promotion de modes de vie sains.....	240
	B. Violence et santé.....	241
	C. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique .	242
	D. Médecine traditionnelle .....	242
	E. Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée au VIH/SIDA.....	243
	F. Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.....	245
	Commission des Déterminants sociaux de la Santé .....	246
	Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : le point sur le débat à l'Assemblée générale des Nations Unies .....	248
7.	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Cybersanté (suite).....	249
8.	Clôture de la session.....	250



# ORDRE DU JOUR<sup>1</sup>

## *Numéro du point*

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
  - Discussion de questions soulevées
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration
4. Questions techniques et sanitaires
  - 4.1 Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour
  - 4.2 Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation
  - 4.3 Aspects sanitaires des situations de crise
  - 4.4 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
  - 4.5 Systèmes de sécurité sociale
  - 4.6 Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang
  - 4.7 Procédures et directives
    - Dénominations communes internationales : procédure révisée
    - Substances psychoactives engendrant une dépendance : directives supplémentaires
  - 4.8 Réserve mondiale de vaccin antivariolique
  - 4.9 Antirétroviraux et pays en développement
  - 4.10 Projet de stratégie mondiale de vaccination
  - 4.11 Paludisme
  - 4.12 Problèmes de santé publique provoqués par l'alcool
  - 4.13 Cybersanté

---

<sup>1</sup> Tel que le Conseil exécutif l'a adopté à sa première séance (17 janvier 2005).

- 4.14 Usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients
- 4.15 Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre
- 4.16 Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004)
- 4.17 Pandémie de grippe : préparation et action
- 5. Questions relatives au programme et au budget
  - 5.1 Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution
  - 5.2 Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007
    - Prise en compte dans le projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 des réalisations et des obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre des résolutions de l'Assemblée de la Santé : appréciation pour 2001-2004
  - 5.3 Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
  - 5.4 Programme général de travail 2006-2015 : examen du processus et ébauche
  - 5.5 Fonds immobilier
- 6. Questions financières
  - 6.1 Contributions
    - Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
    - Contributions pour l'exercice 2006-2007
  - 6.2 Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière
- 7. Questions administratives
  - 7.1 Nomination du Directeur régional pour l'Afrique
  - 7.2 Nomination du Directeur régional pour l'Europe
  - 7.3 Questions relatives aux organes directeurs
    - Méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé
    - Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent seizième session du Conseil exécutif

- 7.4 Relations avec les organisations non gouvernementales
  - Rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales
  - Réexamen de deux demandes d'admission à des relations officielles avec l'OMS
- 7.5 Rapports des comités des fondations
- 7.6 Rapports du Corps commun d'inspection et questions connexes
  - Précédents rapports du CCI : mise en oeuvre des recommandations
  - Rapports récents du CCI
  - Suivi des délibérations du Conseil exécutif sur le multilinguisme
- 8. Questions relatives au personnel
  - 8.1 Ressources humaines
    - Rapport annuel
    - Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
    - Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel
  - 8.2 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
- 9. Questions soumises pour information
  - 9.1 Rapports des organes consultatifs
    - Rapport sur la quarante-deuxième session du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS)
    - Comités d'experts et groupes d'étude
  - 9.2 Poliomyélite
  - 9.3 Rapports soumis en vertu de résolutions antérieures
    - A. Promotion de modes de vie sains
    - B. Violence et santé
    - C. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
    - D. Médecine traditionnelle

E. Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée au VIH/SIDA

F. Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques

9.4 Commission des Déterminants sociaux de la Santé

9.5 Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : le point sur le débat à l'Assemblée générale des Nations Unies

10. Clôture de la session

---

## LISTE DES DOCUMENTS

EB115/1 Rev.1	Ordre du jour <sup>1</sup>
EB115/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB115/1 Add.1	Ordre du jour provisoire supplémentaire
EB115/2	Déclaration du Directeur général au Conseil exécutif à sa cent quinzième session
EB115/3	Suivi des délibérations du Conseil exécutif sur le multilinguisme
EB115/4	Révision du Règlement sanitaire international
EB115/5	Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation
EB115/6	Aspects sanitaires des situations de crise
EB115/7	La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
EB115/8	Systèmes de sécurité sociale
EB115/9	Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang
EB115/10	Paludisme
EB115/11	Dénominations communes internationales : procédure révisée <sup>2</sup>
EB115/12	Substances psychoactives engendrant une dépendance : directives supplémentaires
EB115/13	Projet de stratégie mondiale de vaccination
EB115/14	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
EB115/15	Programme général de travail 2006-2015 : examen du processus et ébauche

---

<sup>1</sup> Voir p. ix.

<sup>2</sup> Voir document EB115/2005/REC/1, annexe 1.

EB115/16	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
EB115/17	Contributions – Contributions pour l'exercice 2006-2007
EB115/18	Nomination du Directeur régional pour l'Afrique
EB115/19	Nomination du Directeur régional pour l'Europe
EB115/20	Méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé
EB115/21	Questions relatives aux organes directeurs – Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
EB115/22	Relations avec les organisations non gouvernementales – Rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales <sup>1</sup>
EB115/23	Rapports du Corps commun d'inspection et questions connexes – Précédents rapports du CCI : mise en oeuvre des recommandations
EB115/24	Rapports du Corps commun d'inspection et questions connexes – Rapports récents
EB115/25 et Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB115/25 Add.1	Ressources humaines : rapport annuel – Profil du personnel
EB115/26	Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS) : rapport de la quarante-deuxième session
EB115/27	Comités d'experts et groupes d'étude
EB115/27 Add.1	Comités d'experts et groupes d'étude : composition des tableaux d'experts et réunions des comités d'experts
EB115/28	Eradication de la poliomyélite
EB115/29	Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre
EB115/30	Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004)
EB115/31 et Corr.1	Rapports soumis en vertu de résolutions antérieures

---

<sup>1</sup> Voir document EB115/2005/REC/1, annexe 5.

## LISTE DES DOCUMENTS

---

EB115/32	Antirétroviraux et pays en développement
EB115/33	Ressources humaines : rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB115/34	Organisations non gouvernementales : réexamen de deux demandes d'admission à des relations officielles avec l'OMS
EB115/35	Commission des Déterminants sociaux de la Santé
EB115/36	Réserve mondiale de vaccin antivariolique
EB115/37 et Corr.1	Problèmes de santé publique provoqués par l'alcool
EB115/38, Corr.1 et Corr.2 EB115/38 Add.1	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel <sup>1</sup>
EB115/39	Cybersanté
EB115/40	Usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients
EB115/41	Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 – Fonds immobilier <sup>2</sup>
EB115/42	Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution
PBPA/2002-2003	Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution
EB115/43	Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière <sup>3</sup>
EB115/44 et Corr.1	Pandémie de grippe : préparation et action
EB115/45	Rapport de la première réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif
PPB/2006-2007	Projet de budget programme 2006-2007
PPB/2006-2007 Add.1	Projet de budget programme 2006-2007 – Tableaux des synergies opérationnelles

---

<sup>1</sup> Voir document EB115/2005/REC/1, annexes 3 et 4.

<sup>2</sup> Voir document EB115/2005/REC/1, annexe 6.

<sup>3</sup> Voir document EB115/2005/REC/1, annexe 2.

**Documents d'information**

- EB115/INF.DOC./1 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
- EB115/INF.DOC./2 Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : rapport sur le débat à l'Assemblée générale des Nations Unies
- EB115/INF.DOC./3 Prise en compte dans le projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 des réalisations et des obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre des résolutions de l'Assemblée de la Santé : appréciation pour 2001-2004
- EB115/INF.DOC./4 Projet de budget programme 2006-2007 – Comparaison avec le budget programme 2004-2005
- EB115/INF.DOC./5 Pour une gestion plus efficace et plus efficiente à l'OMS
- EB115/INF.DOC./7 Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
- EB115/INF.DOC./8 Contributions – Mécanisme d'ajustement en 2004-2005
-



## LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

### MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

#### ISLANDE

Mr D. Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik  
**(Président)**

*Suppléants*

Mr S. H. JÓHANNESSON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr I. EINARSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs V. INGOLFSDÓTTIR, Chief Nursing Officer, Directorate of Health, Reykjavik

Dr H. BRIEM, State Epidemiologist, Directorate of Health, Reykjavik

Dr S. MAGNÚSSON, Director of Department, Ministry of Health and Social Security,  
Reykjavik

Mr E. MAGNÚSSON, Chief Pharmacist, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mr H. M. ARTHÚRSSON, Information Officer, Ministry of Health and Social Security,  
Reykjavik

Mrs H. OTTOSDÓTTIR, Head of Division, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Mrs Á. KNÚTSDÓTTIR, Attaché, Permanent Mission, Geneva

#### AUSTRALIE

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra

*Suppléants*

Mr M. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Ms C. HALBERT, Assistant Secretary, Policy and International Branch, Department of Health  
and Ageing, Canberra

Ms J. QUIGLEY, Assistant Director, International Policy and Communications Section,  
Department of Health and Ageing, Canberra

Ms A. GORELY, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr G. ADLIDE, Counsellor (AusAID), Permanent Mission, Geneva

Ms C. PATTERSON, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr M. PALU, Director, Coherence and Strategic Issues, AusAID

Mr M. SAWERS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. OATES-MERCIER, Programme Officer (AusAID), Permanent Mission, Geneva

#### BAHREIN

Dr A. W. M. ABDUL WAHAB, Assistant UnderSecretary for Primary Health Care and Public Health,  
Ministry of Health, Manama **(suppléant du Dr N. A. Haffadh)**

*Suppléant*

Dr S. A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama

**BOLIVIE**

Dr. F. ANTEZANA ARANÍBAR, Ministro de Salud y Deportes, La Paz

*Suppléants*

Sr. A. MOSCOSO BLANCO, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. G. POGGI BORDA, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Sra. A. NAVARRO LLANOS, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**BRESIL**

Dr P. M. BUSS, President, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro

*Suppléants*

Mr P. F. DE CARVALHO NETO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr P. M. DE CASTRO SALDANHA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**CANADA**

Mr I. SHUGART, Assistant Deputy Minister of Health, Health Canada, Ottawa

*Suppléants*

Mrs C. GILDERS, Director-General, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Dr J. LARIVIÈRE, Adviser, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Mr D. MACPHEE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr D. STRAWCZYNSKI, Adviser, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa

Dr M. KAMAL, Chief of Health-related Institutions, Canadian International Development Agency, Ottawa

**CHINE**

Dr YIN Li, Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing  
**(Vice-Président)**

*Suppléants*

Dr QI Qingdong, Assistant Director-General, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Ms DENG Hongmei, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr YANG Xiaokun, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr LI Haiyang, Senior Adviser, Centre for International Cooperation and Communication, Ministry of Health, Beijing

*Conseillers*

Ms GAO Ye, Third Secretary, Department of International Cooperation, Ministry of Foreign Affairs, Beijing

Mr XU Jian, Programme Officer, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Dr DING Baoguo, Programme Officer, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

**EQUATEUR**

Dr. F. HUERTA MONTALVO, Presidente, Fundación « Eugenio Espejo », Consejo Nacional de Educación Superior, Quito **(Vice-Président)**

*Suppléants*

Sr. R. PAREDES PROAÑO, Ministro, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Sr. L. ESPINOSA SALAS, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Srta. L. BAQUERIZO GUZMÁN, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**ESPAGNE**

Dr. F. LAMATA COTANDA, Secretario General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

*Suppléants*

Dr. M. OÑORBE DE TORRE, Director General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. J. A. MARCH PUJOL, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sra. P. POLO, Directora General, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. J. PÉREZ LÁZARO, Subdirector General, Relaciones Internacionales, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sr. G. LÓPEZ MAC-LELLAN, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**ETATS-UNIS D'AMERIQUE**

Dr W. R. STEIGER, Special Assistant to the Secretary of Health and Human Services for International Affairs, Department of Health and Human Services, Washington, DC

*Suppléants*

Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical Specialized Agencies, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, DC

Miss D. GIBB, Senior Policy Adviser, Bureau for Global Health, United States Agency for International Development, Washington, DC

Mr D. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva

Mr D. MURRAY, Special Assistant to the Director, Office of National Drug Control Policy, Executive Office of the President, Washington, DC

Mr C. STONECIPHER, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva

Ms M. L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC

Mr J. SANTAMAURO, United States Mission to the World Trade Organization, Geneva

**FEDERATION DE RUSSIE**

Mr L. A. SKOTNIKOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva (**suppléant de M. V. I. Starodubov**)

*Suppléants*

Mr A. PIROGOV, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr A. E. GRANOVSKIY, Director, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Mr V. NEBENZIA, Deputy Director, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Dr V. RYAZANTSEV, Deputy Director of Division, Department of Legal and International Activity, Ministry of Health and Social Development, Moscow

*Conseillers*

Mr V. ZIMYANIN, Senior Adviser, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow

Mr A. PANKIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Professor A. KARAULOV, Adviser to the Deputy Minister of Health and Social Development, Ministry of Health and Social Development, Moscow

Professor S. M. FURGAL, Adviser to the Head, Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Welfare, Moscow

Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr N. SIKACHEV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr A. MARKOV, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**FRANCE**

Professeur W. DAB, Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Paris

*Suppléants*

M. B. KESSEDJIAN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr J.-B. BRUNET, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Paris

Mme F. AUER, Conseiller, Mission permanente, Genève

M. G. DELVALLÉE, Direction des Nations Unies et des Organisations internationales, Ministère des Affaires étrangères, Paris

Mme E. SICARD, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Paris

Mme I. VIREM, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Paris

Mme A. LE GUEVEL, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

*Conseiller*

Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

**GABON**

Dr J.-B. NDONG, Inspecteur général de la Santé, Ministère de la Santé publique, Libreville  
**(Rapporteur)**

*Suppléant*

Mme M. ANGONE ABENA, Conseiller, Mission permanente, Genève

**GAMBIE**

Dr O. SAM, Director of Health Services, Department of State for Health and Social Services, Banjul  
**(suppléant du Dr Y. Kassama)**

**GHANA**

Dr K. AHMED, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Accra **(suppléant du Dr K. Afriyie)**

*Suppléants*

Dr K. BAWUAH-EDUSEI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A. NSIAH-ASARE, Chief Executive Officer, Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi

Ms M. A. ALOMATU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**GUINEE**

Dr M. CAMARA, Secrétaire général, Ministère de la Santé publique, Conakry

**GUINEE-BISSAU**

Dr J. C. SÁ NOGUEIRA, Conseiller du Ministre pour la Politique institutionnelle, Ministère de la Santé publique, Bissau

**JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE**

Dr F. AL-KEEB, Secretary, Health Care Planning Authority, General People's Committee, Jufra

*Suppléants*

Ms N. AL-HAJJAJI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M. R. ADUKALI, Deputy Director, Department of International Organizations, General People's Committee for Foreign Affairs, Jufra

Mr S. A. SASI, Director, Medical Treatment Department, Health Care Planning Authority, General People's Committee, Jufra

Mr A. BENOMRAN, Minister, Permanent Mission, Geneva

**JAMAÏQUE**

Mr J. JUNOR, Minister of Health, Kingston

*Suppléants*

Dr S. CAMPBELL FORRESTER, Regional Director for Western Jamaica, Ministry of Health, Kingston

Mr R. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Miss S. BETTON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**KENYA**

Dr T. GAKURUH, Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi (**suppléant du Dr J. W. Nyikal**)

*Suppléants*

Mrs A. C. MOHAMED, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr P. R. O. OWADE, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mrs L. NYAMBU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**KOWEÏT**

Dr M. A. AL-JARALLAH, Minister of Health, Safat

*Suppléants*

Mr N. AL-BADER, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva

Dr A. AL-SAIF, Assistant Under-Secretary, Medical Supportive Services, Ministry of Health, Safat

Mr S. S. YACOUB, Director, Radiation Protection Department, Ministry of Health, Safat

Mr F. M. AL-DOSARY, Director, Public Relations Department, Ministry of Health, Safat

**LESOTHO**

Dr M. PHOOKO, Minister of Health and Social Welfare, Maseru

*Suppléants*

Mr T. J. RAMOTSOARI, Principal Secretary, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mrs M. PHEKO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**LUXEMBOURG**

Dr D. HANSEN-KOENIG, Directeur de la Santé, Direction de la Santé, Luxembourg

*Suppléants*

M. A. BERNS, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. J. BRODIN, Ambassadeur, Chef, Bureau de liaison, Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne, Genève

M. F. GANSEN, Ministère de la Santé, Luxembourg

M. G. HOUTTUIN, Chef adjoint, Bureau de liaison, Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne, Genève

M. J. LILLIEHÖÖK, Conseiller, Bureau de liaison, Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne, Genève

Mme J. ANCEL-LENNERS, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme C. KAPP, Attaché (Santé), Mission permanente, Genève

M. F. LECUIT, Attaché (Santé), Mission permanente, Genève

Mme J. RIPPERT, Attaché, Mission permanente, Genève

**MALDIVES**

Dr A. A. YOOSUF, Director-General of Health Services, Ministry of Health, Malé (**Vice-Président**)

**NEPAL**

Dr H. N. ACHARYA, Chief, Policy Planning and International Cooperation Division, Ministry of Health, Kathmandu

**PAKISTAN**

Mr M. N. KHAN, Federal Minister of Health, Islamabad

*Suppléants*

Mr S. UMER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr S. HASAN, Minister (Technical Affairs), Permanent Mission, Geneva

Mr R. S. SHEIKH, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr F. N. TIRMIZI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**REPUBLIQUE TCHEQUE**

Professor B. FIŠER, Head, Physiology Institute of the Masaryk University, Brno

*Suppléants*

Mr M. BOUČEK, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms J. PEXOŤÁ, International Relations Department, Ministry of Health, Prague

**ROUMANIE**

Professeur M. CINTEZA, Ministre de la Santé, Bucarest

*Suppléants*

M. D. COSTEA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme D. IORDACHE, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. L. JICMAN, Conseiller auprès du Ministre de la Santé, Bucarest

Dr L. MOLDOVAN, Directeur général, Ministère de la Santé, Bucarest

Dr L. SANDA, Conseiller, Ministère de la Santé, Bucarest

**SOUDAN**

Dr I. M. ABDULLA, General Director of International Affairs, Ministry of Health, Khartoum  
**(suppléant du Dr A. B. Osman)**

*Suppléant*

Mrs I. I. M. ELAMIN, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**THAILANDE**

Dr Suwit WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser in Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi **(suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan)**

*Suppléant*

Professor PAKDEE POTHISIRI, Secretary-General, Food and Drug Administration, Nonthaburi

*Conseillers*

Dr Viroj TANGCHAROENSATHIEN, Senior Policy and Plan Analyst, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr PREECHA PREMPREE, Medical Officer, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr Suvaj SIASIRIWATTANA, Director, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Dr WANCHAI SATTAYAWUTHIPONG, Chief Medical Officer, Phuket Provincial Health Office, Phuket

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Director, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Professor CHURNRURTAI KARNCHANACHITRA, Director, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok

Dr THAKSAPHON THAMARANGSI, Researcher, International Health Policy Programme, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms CHA-AIM PACHANEE, Health Technical Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi

**TONGA**

Dr V. TANGI, Minister of Health, Nuku'alofa

**VIET NAM**

Mrs LE THI THU HA, Deputy Director, Department of International Cooperation, Ministry of Health,  
Hanoi

*Suppléant*

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**ETATS MEMBRES NON REPRESENTES AU CONSEIL EXECUTIF<sup>1</sup>****AFRIQUE DU SUD**

Dr M. E. TSHABALALA-MSIMANG, Minister of Health, Pretoria

Mr T. MSELEKU, Director-General, Department of Health, Ministry of Health, Pretoria

Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Ms N. DLADLA, Health Attaché, South African Embassy, Washington, DC

Mr M. MASUKU, Office of the Minister of Health, Ministry of Health, Pretoria

**ALGERIE**

Mlle D. SOLTANI, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**ALLEMAGNE**

Ms S. WEBER-MOSDORF, Head of Department, European and International Health and Social,  
Security Policy, Federal Ministry of Health and Social Security, Berlin

Mr U. SCHOLTEN, Deputy Head of Department, Federal Ministry of Health and Social Security,  
Berlin

Mr M. DEBRUS, Head of Section, Federal Ministry of Health and Social Security, Berlin

Dr I. VON VOSS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Dr A. BRANDRUP-LUKANOW, Head, Department of Health, Education and Social, Security,  
German Agency for Technical Cooperation (GTZ), Eschborn

Mr R. KRECH, Head, Social Protection Section, German Agency for Technical Cooperation (GTZ),  
Eschborn

Ms V. KAISER, Attaché, Permanent Mission, Geneva

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.



**ANGOLA**

Dr E. NETO SANGUEVE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Dr S. NETO DE MIRANDA, Assistant for Health, Permanent Mission, Geneva

**ARGENTINE**

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra

**AUTRICHE**

Mrs E. STROHMAYER, Deputy Director, International Health Relations Department, Federal  
Ministry for Health and Women, Vienna  
Mrs C. KOKKINAKIS, Deputy Permanent Representative, Geneva

**BANGLADESH**

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr K. I. HOSSAIN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr N. U. AHMED, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**BELARUS**

M. S. ALEINIK, Représentant permanent, Genève  
M. A. MOLCHAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

**BELGIQUE**

M. F. ROUX, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Dr G. THIERS, Directeur, Institut de la Santé publique, Bruxelles  
Mme F. GUSTIN, Représentant permanent adjoint, Genève  
M. A. DELIE, Conseiller (Coopération au Développement), Mission permanente, Genève  
M. D. MAENAUT, Délégué du Gouvernement de la Flandre auprès des Organisations multilatérales à  
Genève  
Mme M.-H. TIMMERMANS, Délégué de la Communauté française de Belgique et de la Région  
wallonne à Genève

**BELIZE**

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva  
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

**BENIN**

M. S. AMEHOU, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
M. Y. AMOUSSOU, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève  
M. B. ACCROMBESSI, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**BHOUTAN**

Dr S. THINLEY, Secretary, Ministry of Health, Thimpu

**BOSNIE-HERZEGOVINE**

Mr M. VUKAŠINOVIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms D. KREMENOVIĆ-KUSMUK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**BULGARIE**

Mrs D. MEHANDJIYSKA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**CHILI**

Sr. J. E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**CHYPRE**

Mr J. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr P. PAPADOPOULOS, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Ms H. MINA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**COLOMBIE**

Sr. L. G. GUZMÁN VALENCIA, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. R. A. QUINTERO CUBIDES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**CONGO**

Mme D. BIKOUTA, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

**COSTA RICA**

Sra. C. I. CLARAMUNT GARRO, Embajador, Representante Permanente Alternativa, Encargada de  
Negocios a.i., Ginebra  
Sr. A. SOLANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**CROATIE**

Mr G. MARKOTIĆ, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms M. ADAMIĆ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**CUBA**

Sr. J. I. MORA GODOY, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Sra. M. DEL CARMEN HERRERA, Consejera, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. M. SÁNCHEZ OLIVA, Tercer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**DANEMARK**

Dr J. K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen  
Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen  
Ms J. MICHELSEN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms K. WORM, Head of Section, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen  
Ms L. ØLLGAARD CHRISTENSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

**EL SALVADOR**

Sr. R. RECINOS TREJO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**FINLANDE**

Mr R. POMOELL, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki  
Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki  
Mr I. TUOMINEN, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki  
Dr P. PUSKA, Director-General, National Public Health Institute, Helsinki  
Mr M. JASKARI, Counsellor, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki  
Ms S. MATTILA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms S. SAMMALKIVI, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**GRECE**

M. A. CAMBITSIS, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**HONGRIE**

Mr T. TÓTH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. RÁTKAI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**INDE**

Dr S. P. AGARWAL, Director-General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare,  
New Delhi  
Mr D. SAHA, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr A. K. CHATTERJEE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**INDONESIE**

Dr M. WIBISONO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr S. M. SOEMARNO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr A. P. SARWONO, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr A. C. SUMIRAT, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')**

Mr P. SEADAT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**IRLANDE**

Mrs M. WHELAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr R. FALLON, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Ms O. KEANE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr B. PHELAN, Department of Health and Children, Dublin  
Ms M. AYLWARD, Department of Health and Children, Dublin  
Dr J. KIELY, Department of Health and Children, Dublin  
Mr D. WEAKLIAM, Health Specialist, Development Cooperation Ireland, Dublin

**ISRAEL**

Mr I. LEVANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr I. SEVER, Director, Department of International Relations, Ministry of Health, Jerusalem  
Ms N. FURMAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms E. GOULDMAN ZARKA, Permanent Mission, Geneva

**ITALIE**

Dr F. CICOGNA, Direction générale pour les Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome  
Mme L. FIORI, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève  
Dr G. MAJORI, Laboratoire de Parasitologie, Institut supérieur de la Santé, Rome  
Mme M. P. RIZZO, Ministère des Affaires étrangères, Rome  
Dr L. BERTINATO, Responsable des Relations internationales, région de Veneto

**JAPON**

Dr Y. FUKUDA, Director, International Cooperation Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo  
Dr Y. NAKAMURA, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo  
Dr Y. NISHIJIMA, Unit Coordinator, Intergovernmental Organization Unit, International Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo  
Mr T. YAMAGUCHI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Ms T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**JORDANIE**

Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**KAZAKHSTAN**

Mr K. ABUSSEITOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr M. ZHAGIPAROV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LETTONIE**

Ms G. VITOLA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LIBAN**

Dr K. KARAM, Minister of State, Beirut

**MALAISIE**

Mr Wan A. YUSRI WAN A. RASHID, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**MALTE**

Mr S. F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr R. SARSERO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr J. BUSUTTIL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr T. BONNICI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**MAROC**

Mme S. BOUASSA, Ministre, Mission permanente, Genève

**MEXIQUE**

Sr. P. MACEDO, Embajador, Representante Permanente Alterno, Ginebra

Sra. D. M. VALLE, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**MONACO**

M. P. BLANCHI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mlle C. LANTERI, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**MONGOLIE**

Mlle G. DAVAASUREN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**MYANMAR**

Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr KYAW THU NYEIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**NICARAGUA**

Sr. E. CASTILLO PEREIRA, Representante Permanente Alterno, Encargado de Negocios a.i.,  
Ginebra  
Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra  
Sra. P. CAMPBELL GONZÁLEZ, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**NORVEGE**

Mr S. RØREN, Deputy Director-General, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr W. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. BULL, Senior Adviser, Ministry of Labour and Social Affairs, Oslo  
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms E. RØINE, Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr S.-I. NESVÅG, Adviser, Ministry for Foreign Affairs, Oslo  
Ms B. BLAKER, Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr J. GUSLUND, Director, Norwegian Directorate of Health and Social Welfare, Oslo  
Ms L.-U. HERSVIK, Adviser, Norwegian Directorate of Health and Social Welfare, Oslo

**NOUVELLE-ZELANDE**

Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

**PARAGUAY**

Sr. F. BARREIRO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**PAYS-BAS**

Mr I. DE JONG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr P. SCIARONE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Ms M. MIDDELHOFF, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Unit, International Affairs, Ministry of Health,  
Welfare and Sport, The Hague  
Mr H. VAN DER HOEVEN, Senior Policy Adviser, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

**PEROU**

Sra. E. ASTETE RODRÍGUEZ, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra  
Srta. E. BERAUN ESCUDERO, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

**POLOGNE**

Ms R. LEMIESZEWSKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Ms A. SZCZEPAŃSKA, Permanent Mission, Geneva

**PORTUGAL**

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Directeur national de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne  
M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

**REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE**

Mme S. ABBAS, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**REPUBLIQUE DE COREE**

Mr H.-H. AHN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr K.-D. PARK, Director, Division of Noncommunicable Disease Control, Ministry of Health and Welfare, Seoul  
Mr S.-H. RYUK, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

**REPUBLIQUE DOMINICAINE**

Dra. M. BELLO DE KEMPER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**REPUBLIQUE POPULAIRE DEMOCRATIQUE DE COREE**

Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD**

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London  
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr D. HARPER, Chief Scientific Officer, Deputy Chief Medical Officer, Department of Health, London  
Mr T. KINGHAM, Global Health Lead, International Branch, Department of Health, London  
Ms H. NELLTHORP, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr S. TYSON, Head of Profession (Health), Department for International Development, London

Mr G. TURKINGTON, Head, Specialized Agencies, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

Ms S. BALDWIN, Senior Health Adviser (Africa Division), Department for International Development, London

Ms P. TARIF, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms L. REID, Desk Officer, United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, London

Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

Miss L. DEMMING, International Business Manager, Department of Health, London

### **SAINT-MARIN**

Mme F. BIGI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

### **SENEGAL**

M. O. CAMARA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. D. M. SENE, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève

M. A. BASSE, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

### **SERBIE-ET-MONTENEGRO**

Ms V. RADONJIĆ, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

### **SINGAPOUR**

Dr B. SADASIVAN, Senior Minister of State for Health, Singapore

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Professor CHEW Suok Kai, Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health, Singapore

Mr S. MANIAR, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr ONG Soo Chuan, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr M. BASHA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Ms G. GOH, Senior Health Policy Analyst, Ministry of Health, Singapore

### **SLOVAQUIE**

Ms J. BARTOSIEWICZOVÁ, Ministry of Foreign Affairs, Bratislava

Ms Z. ČERVENÁ, Ministry of Health of the Slovak Republic, Bratislava

Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

### **SLOVENIE**

Mr I. JUKIČ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva



**SRI LANKA**

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr D. D. M. S. B. DISSANAYAKE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SUEDE**

Ms E. BORSIIN BONNIER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr B. PETTERSSON, Deputy Director-General, National Institute of Public Health, Stockholm

Ms D. ALOPAEUS-STÅHL, Director, Ministry for Foreign Affairs, Stockholm

Ms H. PEDERSEN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A. HILMERSON, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Ms K. NILSSON KELLY, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Ms U. KÖRNELL, Desk Officer, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm

Ms B. NORDSTRÖM, Desk Officer, Swedish International Development Cooperation Agency, Stockholm

Dr O. CARLSSON, Professor, Swedish Institute for Infectious Disease Control, Stockholm

Dr G. TOMSON, Professor, International Health System Research, Karolinska Institute, Stockholm

**SUISSE**

M. G. SILBERSCHMIDT, Chef, Division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. G. KESSLER, Chef, Section des Organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. A. VON KESSEL, Chef suppléant, Section des Organisations internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

Mme S. ZOBRIST, Cheffe suppléante, Section des Questions thématiques internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

Mme A. OCHIENG, Section des Questions thématiques internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. J. LUTHY, Chef, Service de la Nutrition, Office fédéral de la Santé publique, Berne

Mme I. ABDERHALDEN, Section Alcool, Office fédéral de la Santé publique, Berne

M. D. MÄUSEZAHN, Service de la Politique du Développement social, Direction du Développement et de la Coopération, Berne

M. F. DEL PONTE, Domaine aide humanitaire, Direction du Développement et de la Coopération, Berne

M. J. MARTIN, Conseiller (Développement/santé), Mission permanente, Genève

Mme B. SCHAER BOURBEAU, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**TUNISIE**

M. K. KHIARI, Chargé d'affaires a.i., Mission permanente, Genève

M. H. LANDOULSI, Conseiller, Mission permanente, Genève

**TURQUIE**

Mr H. KIVANÇ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr H. ERGANI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)**

Sra. R. POITEVIEN, Embajadora, Representante Permanente Alternativa, Ginebra  
 Sr. E. BITETTO, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**ZAMBIE**

Mr A. ZULU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**ZIMBABWE**

Mr C. CHIPAZIWA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
 Dr S. T. MUKANDURA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
 Mr R. T. CHIBUWE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**OBSERVATEURS D'UN ETAT NON MEMBRE****SAINT-SIEGE**

Mgr S. M. TOMASI, Nonce Apostolique, Observateur permanent, Genève  
 Mgr F. NWACHUKWU, Conseiller, Mission permanente, Genève  
 Mgr J.-M. MPENDAWATU, Conseil pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé  
 Dr G. RIZZARDINI, Expert

**REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES  
ET DES INSTITUTIONS APPARENTEES****Organisation des Nations Unies**

Mr I. GORITA, Chairman, Joint Inspection Unit, Geneva  
 Mr E. FONTAINE-ORTIZ, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva  
 Mr L. D. OUEDRAOGO, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

**Fonds des Nations Unies pour l'Enfance**

Dr E. HOEKSTRA, UNICEF Office, Geneva  
 Dr S. KUMAR, Regional Health/Nutrition Officer, UNICEF Office, Geneva

**Programme des Nations Unies pour l'Environnement**

Ms A. SUNDEN-BYLÉHN, Senior Scientific Officer, UNEP Chemicals, Geneva  
 Mr S. MILAD, Scientific Affairs Officer, UNEP Chemicals, Geneva

**Programme des Nations Unies pour les Etablissements humains**

Ms S. LACROUX, Director, UN-HABITAT Geneva Office  
 Mr D. TIPPING, Human Settlements Officer, Office of the Executive Director, UN-HABITAT  
 Ms M. MEJIA, UN-HABITAT Geneva Office

**Fonds des Nations Unies pour la Population**

Dr V. FAUVEAU, Maternal Health Adviser  
 Mr E. PALSTRA, Officer-in-Charge, UNFPA Office in Geneva  
 Ms K. NILSEN, Information Officer, UNFPA Office in Geneva

**Programme alimentaire mondial**

Ms A. WALDVOGEL, Liaison Officer, WFP Geneva Office

Ms M. WARD, Head, International  
Organization Unit

**Office de Secours et de Travaux des Nations  
Unies pour les Réfugiés de Palestine dans le  
Proche-Orient**

Dr F. MOUSA, Director of Health  
Mr M. BURCHARD, Chief, UNRWA Liaison  
Office in Geneva

**Haut Commissariat des Nations Unies pour  
les Réfugiés**

Ms N. EZARD, Senior Public Health Officer,  
Technical Support Section  
Ms F. ABDALLA, Senior Nutritionist,  
Technical Support Section  
Mr M. LOFTUS, Head, Inter-Organization  
Desk

**ONUSIDA**

Dr P. PIOT, Executive Director

Dr K. CRAVERO, Deputy Executive Director  
Ms P. MANE, Director, Social Mobilization  
and Information Department  
Dr M. SIDIBE, Director, Country and  
Regional Support Department  
Mr B. PLUMLEY, Director, Chief of the  
Executive Office  
Ms C. HANKINS  
Ms M. GRUNITZKY-BEKELE  
Mr L. LOURES  
Mr E. MURPHY  
Mr E. HAARMAN  
Ms J. GIRARD  
Mr J. FLEET  
Ms B. BAGASAO  
Mr J. TYSZKO  
Mr E. SAPIENZA

**Organe international de Contrôle des  
Stupéfiants**

Professor H. GHODSE, President  
Mr K. KOUAME, Secretary of the Board

**INSTITUTIONS SPECIALISEES**

**Organisation internationale du Travail**

Dr I. HERREL, Senior Adviser in Health,  
Social Protection Sector  
Mr M. CICHON, Chief, Social Security,  
Financial, Actuarial and Statistical Services  
Mr F. LEGER, Social Security, Financial,  
Actuarial and Statistical Services  
Dr SHENGLI NIU, InFocus Programme on  
Safety and Health at Work and the  
Environment  
Ms O. FRANK, InFocus Programme on  
HIV/AIDS and the World of Work  
Mr W. SALTER, Conditions of Work and  
Employment Programme  
Mrs X. SCHEIL-ADLUNG, Social Security  
Policy and Development Branch

**Organisation des Nations Unies pour  
l'Alimentation et l'Agriculture**

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

**Organisation mondiale de la Propriété  
intellectuelle**

Mrs K. LEE RATA, Senior Counsellor,  
External Relations and Cooperation with  
Certain Countries in Europe and Asia

**Agence internationale de l'Energie  
atomique**

Ms J. RISSANEN, External Relations Officer,  
IAEA Geneva Office

**Organisation mondiale du Commerce**

M. R. KAMPF, Conseiller, Division de la  
Propriété intellectuelle  
M. W. MEIER-EWERT, Juriste, Division de la  
Propriété intellectuelle

## REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

### Comité international de Médecine militaire

Dr A. PASTUREL, Médecin Général  
Inspecteur (2S), Président du Conseil  
scientifique

### Commission européenne

Mr B. MERKEL, Head of Unit, Directorate  
General for Health and Consumer  
Protection

Ms C. THOMPSON, Directorate General for  
Health and Consumer Protection

Mr J. PELLEGRIN, Directorate General for  
Health and Consumer Protection

Ms G. G. KJAESERUD, Directorate General  
for Health and Consumer Protection

Mr C. DUFOUR, Permanent Delegation

Mr O. R. B. SLOCKOK, First Secretary,  
Permanent Delegation, Geneva

### Ligue des Etats arabes

M. S. ALFARARGI, Ambassadeur,  
Observateur permanent, Genève

M. M. L. MOUAKI BENANI, Conseiller,  
Délégation permanente, Genève

Dr O. EL HAJJE

### Office international des Epizooties

Dr J.-L. ANGOT, Chef, Service administratif  
et financier

### Organisation de la Conférence islamique

Mr M. A. JERRARI, Minister Counsellor,  
Permanent Observer Mission, Geneva

### Organisation internationale pour les Migrations

Dr D. GRONDIN, Director, Migration Health  
Services

### Secrétariat du Commonwealth

Dr D. DE SILVA, Adviser and Head of  
Health, Social Transformation Programmes  
Division

### Union Africaine

Mrs S. A. KALINDE, Ambassador, Permanent  
Observer, Geneva

Mr V. WEGE NZOMWITA, Counsellor,  
Permanent Delegation, Geneva

## REPRESENTANTS D'ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES EN RELATIONS OFFICIELLES AVEC L'OMS

### Alliance internationale des Femmes

Mrs H. SACKSTEIN  
Mrs M. PAL

### Association du Commonwealth pour les Handicaps mentaux et les Incapacités liées au Développement

Dr G. SUPRAMANIAM

### Association internationale d'Epidémiologie

Dr R. SARACCI

### Association internationale des Consultants en Lactation

Ms M. LEHNERS-ARENDT

### Association internationale des Lions Clubs (Lions Club International)

Mr G. E. CANTAFIO

### Association internationale pour la Prévention et le Dépistage du Cancer

Dr H. E. NIEBURGS

**Association internationale pour la Santé de la Mère et du Nouveau-Né**

Dr R. KULIER

**Association médicale mondiale**

Dr D. HUMAN  
 Dr O. KLOIBER  
 Dr Y. COBLE  
 Professor J. WILLIAMS  
 Dr Y. BLACHAR  
 Dr J. L. CALLOC'H

**Association mondiale des Sociétés de Pathologie et Biologie médicale**

Dr U. MERTEN

**Collège international des Chirurgiens**

Professor P. HAHNLOSER  
 Professor N. S. HAKIM  
 Dr R. DIETER  
 Professor LEE Chun-Jean  
 Mr M. DOWNHAM

**Comité inter-africain sur les Pratiques traditionnelles ayant effet sur la Santé des Femmes et des Enfants**

Mrs B. RAS-WORK  
 Mrs J. KOCH

**Comité international catholique des Infirmières et Assistantes médico-sociales**

Mrs D. ROSIERS

**Commission médicale chrétienne – L'Action des Eglises pour la Santé**

Ms A. LINDSAY  
 Mrs A. BEUTLER  
 Ms A. STÜCKELBERGER  
 Mr M. DOSANJH  
 Ms G. JOURDAN  
 Ms G. UPHAM

**Confédération internationale des Sages-Femmes**

Mrs K. HERSCHDERFER  
 Mrs R. BRAUEN  
 Mrs J. BONNET

**Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement**

Professor C. IJSSELMUIDEN  
 Mrs S. DE HAAN

**Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales**

Dr J. E. IDÄNPÄÄN-HEIKKILÄ  
 Dr J. VENULET  
 Mr S. FLUSS

**Conseil international des Femmes**

Mrs P. HERZOG  
 Dr A. KING

**Conseil international des Infirmières**

Dr J. A. OULTON

**Conseil international pour la Lutte contre les Troubles dus à une Carence en Iode**

Mr J. C. LING  
 Dr H. BURGI  
 Dr M. ZIMMERMANN

**Consumers International**

Mr B. MISRA  
 Ms S. GOMBE  
 Ms E. F. M. 'T HOEN  
 Ms M. EWEN  
 Mr T. GARDINER  
 Ms M. CHILDS  
 Mr T. BALASUBRAMANIAM  
 Ms A. ALLAIN  
 Ms N. EL RASSI  
 Dr L. LHOTSKA  
 Ms A. LINNECAR  
 Ms E. STERKEN  
 Mrs P. RUNDALL

**Corporate Accountability International**

Ms K. MULVEY

**Fédération dentaire internationale**

Dr YOON Heung-Ryul  
 Dr J. T. BARNARD  
 Dr H. BENZIAN  
 Mrs C. NACKSTAD  
 Dr R. BEAGLEHOLE

**Fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique**

Dr R. KULIER

**Fédération internationale de l'Industrie du Médicament**

Dr H. BALE  
 Dr E. NOEHRENBERG  
 Mr B. AZAIS  
 Ms O. MORIN  
 Mrs R. KRAUSE  
 Mr M. GAJEWSKI  
 Mrs K. ELEMESOVA  
 Mr T. SANO  
 Ms A.-L. BOFFI  
 Ms L. JANSSON  
 Ms P. CARLEVARO  
 Mr S. BRUPBACHER  
 Ms S. CROWLEY  
 Ms A. VILA  
 Mr M. OJANEN  
 Mr J. PENDER  
 Mr P. HEDGER

**Fédération internationale des Associations d'Etudiants en Médecine**

Mr A. RUDKJØBING

**Fédération internationale des Etudiants en Pharmacie**

Ms T. WULJI  
 Mr S. DALGLIESH  
 Mr J. MEULENAAR  
 Ms L. ZWICKER  
 Ms M. LESKO

Ms Y. NGUYEN  
 Mr M. N. FORS

**Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et commerciales**

Ms M. GERBER  
 Ms G. GONZENBACH

**Fédération internationale des Hôpitaux**

Professor P.-G. SVENSSON  
 Mr D. MOE  
 Miss S. ANAZONWU

**Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques**

Dr A. BRONNER  
 Mr M. DE SKOWRONSKI  
 Mr K. DE JONG  
 Ms J. KEITH  
 Mr D. HAWKINS  
 Ms C. DROTZ-JONASON  
 Mr THIEN LUONG VAN MY  
 Mr M. MIRANDA  
 Ms H. MOUCHLY WEISS  
 Ms K. BOLOGNESE  
 Ms S. RIBAS  
 Mr R. CLARKE  
 Ms M. CREEDON  
 Ms D. MALONE  
 Mr H. SCHOLICK  
 Mr C. BURCKY  
 Mr D. SPEIGEL

**Fédération internationale des Sociétés d'Oto-rhino-laryngologie**

Professor J. J. GROTE

**Fédération internationale pharmaceutique**

Mr T. HOEK  
 Ms S. SIISKONEN  
 Ms T. ALVES

**Fédération mondiale des Sociétés d'Acupuncture et de Moxibustion**

Professor NGUYEN TAI THU

**Fédération mondiale du Coeur**

Ms J. VOÛTE  
Ms H. ALDERSON  
Ms D. GRIZEAU-CLEMENS

**Fédération mondiale du Thermalisme et du Climatisme**

Professor N. STOROZHENKO  
Professor U. SOLIMENE  
Ms E. MINELLI

**Fédération mondiale pour la Santé mentale**

Dr S. FLACHE  
Mrs M. LACHENAL

**Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine**

Dr H. KARLE  
Professor L. CHRISTENSEN

**Fondation pour la Médecine et la Recherche en Afrique**

Dr H. JEENE

**Forum mondial pour la Recherche en Santé**

Mr S. MATLIN  
Ms M. A. BURKE  
Mr A. DE FRANCISCO  
Mr A. GHAFAR  
Ms S. OLIFSON

**Industrie mondiale de l'Automédication responsable**

Dr D. WEBBER

**International Association for the Study of Obesity**

Mr N. RIGBY

**Ligue internationale des Sociétés dermatologiques**

Professor J.-H. SAURAT

**Ligue internationale La Leche**

Ms H. KUONEN-GOETZ

**Organisation internationale de Normalisation**

Mr T. HANCOX  
Mr K. MCKINLEY

**Rotary International**

Mr G. COUTAU  
Mr R. HÖRNDLER

**Soroptimist International**

Ms I. S. NORDBACK

**The Network: Towards unity for Health**

Dr P. KEKKI

**The Save the Children Fund**

Ms R. KEITH  
Ms J. LAMBO

**Union internationale des Architectes**

Mme S. CHATZICOCOLI-SYRAKOU  
Mme A. C. SYRAKOY

**Vision mondiale internationale**

Dr M. AMAYUN

---





## COMITES ET GROUPE DE TRAVAIL<sup>1</sup>

### 1. Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

Mme J. Halton (Australie), Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), M. I. Shugart (Canada), Dr Yin Li (Chine), Dr W. R. Steiger (Etats-Unis d'Amérique), Professeur W. Dab (France), Dr M. Camara (Guinée), M. D. Á. Gunnarsson (Islande, membre de droit), Dr M. Phooko (Lesotho), Dr A. A. Yoosuf (Maldives, membre de droit), Dr H. N. Acharya (Népal), M. M. N. Khan (Pakistan), Professeur B. Fišer (République tchèque), Mme Sudarat Keyuraphan (Thaïlande)

**Première réunion, 12-14 janvier 2005 :** Dr A. A. Yoosuf (Maldives, Président), Mme J. Halton (Australie, Vice-Président), Dr A. W. M. Abdul Wahab (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh), M. D. MacPhee (Canada, suppléant de M. I. Shugart), Dr Qi Qingdong (Chine, suppléant du Dr Yin Li), Mme A. Blackwood (Etats-Unis d'Amérique, suppléant du Dr W. R. Steiger), Dr J.-B. Brunet (France, suppléant du Professeur W. Dab), Dr M. Camara (Guinée), M. T. J. Ramotsoari (Lesotho, suppléant du Dr M. Phooko), Dr H. N. Acharya (Népal), M. M. Bouček (République tchèque, suppléant du Professeur B. Fišer), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande, suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan)

### 2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), Dr F. Lamata Cotanda (Espagne), Dr A. A. Yoosuf (Maldives), Dr A. B. Osman (Soudan), Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam)

**Réunion du 18 janvier 2005 :** Dr F. Huerta Montalvo (Equateur, Président), Dr F. Lamata Cotanda (Espagne), Dr A. A. Yoosuf (Maldives), Mme I. I. M. Elamin (Soudan, suppléant du Dr A. B. Osman), Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam)

### 3. Comité de la Fondation Léon Bernard

Le Président et les Vice-Présidents du Conseil et le Dr Hansen-Koenig (Luxembourg)

**Réunion du 19 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), Dr Yin Li (Chine), Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), Dr A. A. Yoosuf (Maldives), Dr I. M. Abdulla (Soudan, suppléant du Dr A. B. Osman), Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg)

---

<sup>1</sup> On trouvera ci-dessous la composition des comités et groupes de travail, ainsi que la liste des participants aux réunions qui ont eu lieu depuis la précédente session du Conseil.

**4. Comité de la Fondation Jacques Parisot**

Le Président et les Vice-Présidents du Conseil et le Professeur M. Cinteza (Roumanie)

**Réunion du 19 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), Dr Yin Li (Chine), Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), Dr A. A. Yoosuf (Maldives), Dr I. M. Abdulla (Soudan, suppléant du Dr A. B. Osman), Dr L. Sanda (Roumanie, suppléant du Professeur M. Cinteza)

**5. Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille**

Le Président du Conseil, le Président de l'Université Bilkent, Ankara, ou son délégué, et un représentant du Centre international de l'Enfance, Ankara

**Réunion du 20 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), Professeur M. Bertan (représentant du Président de l'Université Bilkent), Mme N. Grasser (représentant du Centre international de l'Enfance)

**6. Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé**

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil

**Réunion du 20 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), Professeur K. Kiiikuni (représentant du fondateur), Dr V. Tangi (Tonga)

**7. Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé**

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil représentant un Etat Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale

**Réunion du 18 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), M. N. K. Al Budoor et M. A. H. Al Humood (représentants du fondateur), Dr A. W. M. Abdul Wahab (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh)

**8. Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé**

Le Président du Conseil, un représentant du fondateur et un membre du Conseil représentant un Etat Membre de la Région OMS de la Méditerranée orientale

**Réunion du 19 janvier 2005 :** M. D. Á. Gunnarsson (Islande, Président), Dr A. Al-Saif (représentant du fondateur), M. M. N. Khan (Pakistan)

---

## **PROCES-VERBAUX**

### **PREMIERE SEANCE**

**Lundi 17 janvier 2005, 9 h 35**

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)**

- 1. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR :** Point 1 de l'ordre du jour provisoire (documents EB115/1 et EB115/1 Add.1)

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent quinzième session du Conseil exécutif.

- 2. EXPRESSION DE SYMPATHIE ET DE SOLIDARITE AVEC LES PEUPLES ET LES PAYS EPROUVES PAR LE TREMBLEMENT DE TERRE ET LE TSUNAMI SURVENUS EN ASIE DU SUD**

**A l'invitation du Président, le Conseil observe une minute de silence en mémoire de toutes les personnes qui ont perdu la vie dans les événements tragiques d'Asie du Sud.**

- 3. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR :** Point 1 de l'ordre du jour provisoire (reprise)

Le PRESIDENT propose, après consultations entre les membres du Conseil de la Région africaine, que le Dr Ndong (Gabon) soit élu Rapporteur de la session, en remplacement du Dr Nyikal (Kenya) qui n'a pu y assister.

**Il en est ainsi convenu.**

Le PRESIDENT, passant à l'ordre du jour provisoire (document EB115/1), déclare que, compte tenu du nombre important de points déjà inscrits à l'ordre du jour, certains des points proposés par les Etats Membres ont dû être reportés à la cent seizième session du Conseil. Le document EB115/1 Add.1 contient une proposition des Etats-Unis d'Amérique tendant à inscrire, en application de l'article 10 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, un point supplémentaire à l'ordre du jour relatif à la pandémie de grippe : préparation et action, compte tenu de l'urgence de la situation. Si le Conseil en décide ainsi, le point sera examiné au titre du point 4 de l'ordre du jour, Questions techniques et sanitaires.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) propose, au vu de cette proposition, que l'examen du point 5 de l'ordre de jour, Questions relatives au programme et au budget, soit avancé de façon à ce que les objectifs et les stratégies décidés soient pris en compte lors de l'examen du point 4.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) appuie la proposition d'inscription d'un point supplémentaire à l'ordre du jour compte tenu de l'augmentation de la charge des maladies infectieuses nouvelles et émergentes, dont la grippe aviaire et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Il faut d'urgence améliorer les systèmes de surveillance épidémiologique pour permettre de repérer et de maîtriser rapidement toute flambée, compte tenu de la forte possibilité de réassortiment génétique des virus de la grippe aviaire et de la grippe humaine au cours des épidémies.

Le PRESIDENT déclare que, s'il n'y a pas d'autres observations, il considérera que l'inscription du point supplémentaire à l'ordre du jour est acceptable.

**L'ordre du jour, ainsi amendé, est adopté.<sup>1</sup>**

#### **4. ORGANISATION DES TRAVAUX**

Compte tenu de l'intérêt exprimé par les Etats Membres, qui ont souhaité une mise au point sur les effets du récent tsunami en Asie du Sud et sur l'action de l'OMS, le PRESIDENT propose que le point 4.3, Aspects sanitaires des situations de crise, soit examiné en premier au titre du point 4, Questions techniques et sanitaires. De nouveaux ajustements de l'emploi du temps pourront être apportés ultérieurement en fonction des délibérations du Conseil et des faits nouveaux éventuels. Se référant à la proposition du membre de la Bolivie, il suggère que, étant donné que ce changement présente des inconvénients pour plusieurs membres du Conseil dont les experts des questions budgétaires n'étaient censés participer à la session qu'à la fin de la semaine, le Conseil pourrait décider d'avoir une brève discussion sur le budget immédiatement après le débat sur le point 3 de l'ordre du jour, Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

Le Président considère que les changements proposés sont acceptables.

**Il en est ainsi convenu.**

Le PRESIDENT souligne qu'en application de l'article 7 du Règlement intérieur, les points 7.1 et 7.2 concernant la nomination de deux Directeurs régionaux seront examinés en séance ouverte. Il propose qu'en vue de l'attribution de distinctions, comme à la cent treizième session du Conseil, les rapports des groupes de sélection soient examinés et les lauréats désignés en séance publique, au titre du point 7.5, Rapports des comités des fondations. Les rapports des groupes de sélection concernant les prix à attribuer en 2005 continueront d'être distribués aux membres du Conseil sous forme de documents à distribution restreinte. Si un membre du Conseil estime que les propositions contenues dans ces rapports devraient être examinées autrement qu'en séance publique, une proposition à cet effet pourra être faite et examinée par le Conseil à l'ouverture du débat sur le point en question.

Le Président considère que le Conseil accepte ces propositions.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la deuxième séance, section 1.)

---

<sup>1</sup> Voir p. ix.

## 5. **RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL** : Point 2 de l'ordre du jour (document EB115/2)

Le DIRECTEUR GENERAL déclare que la catastrophe provoquée par le tsunami a dévasté les pays riverains de l'Océan indien et fait plus de 160 000 morts. Si l'attention s'est portée avant tout sur les pays les plus gravement touchés, il ne faudrait pas oublier que des communautés plus éloignées des zones sinistrées ont également été touchées.

Au cours de sa récente visite en Indonésie et à Sri Lanka, il a été très impressionné par le travail que faisaient les agents de santé locaux qui avaient survécu à la catastrophe, en prenant en charge des milliers de blessés, ainsi que par les rescapés eux-mêmes qui commencent déjà à reconstruire leurs maisons et leurs communautés.

L'aide internationale et nationale massive a été très efficace. Un système d'alerte et d'intervention précoce en cas d'épidémie a été mis en place et aucune flambée n'a encore été signalée. On procède actuellement à des évaluations des services de santé, qui aideront également à déterminer les besoins en matière de reconstruction dans les zones touchées. Les chaînes d'approvisionnement du système de santé sont en cours de rétablissement et les services de santé publique en voie de remise en état. L'OMS s'attache à répondre aux besoins en santé mentale immédiats et à plus long terme des survivants, de leur famille et des dispensateurs de soins, et aide également les autorités nationales à coordonner l'action du personnel national et local et des agents de santé des organisations intergouvernementales et non gouvernementales.

Le Directeur général interrompt son discours pour une visioconférence avec le Dr Rob Holden, responsable des opérations de l'équipe chargée de l'évaluation de la crise d'Asie du Sud, le Dr Wayan Widaya, spécialiste des maladies transmissibles, Centre de Recherche, de Développement et de Lutte contre la Maladie (Indonésie), le Vice-Amiral Crowder, Commandant des forces navales des forces de secours communes, le Dr Eigil Sorensen, Représentant spécial de l'OMS pour la coordination des secours en cas de catastrophe en Indonésie, et le Dr Georg Petersen, Représentant de l'OMS en Indonésie, qui décrivent le travail qu'ils accomplissent pour aider à répondre aux besoins des sinistrés en matière de santé et de reconstruction.

Reprenant son allocution, le Directeur général confirme que la phase d'urgence se transforme rapidement en une phase de relèvement et d'autosuffisance. Le but à long terme est de faire en sorte que les gens soient protégés des menaces pour leur santé par un système mondial efficace d'alerte et d'action. Le passage de la phase de secours à celle de la reconstruction doit être durablement soutenu de façon à garantir que les communautés ne soient pas maintenues de longues années dans un état de dépendance, avec des niveaux élevés de morbidité et de mortalité, la reconstruction des infrastructures risquant de prendre plusieurs années. Il sera par ailleurs essentiel d'investir dans les ressources humaines, car des milliers d'agents de santé et autres employés des services publics ont été tués.

La catastrophe a gravement compromis les acquis du développement social, économique et sanitaire de ces dernières années dans la région. Il est donc impératif de répondre aux besoins tant immédiats qu'à long terme et que l'aide internationale soit suffisante, efficace et durable, mais cette aide doit être dirigée et coordonnée par les pays touchés eux-mêmes.

Sur les US \$67 millions demandés la semaine précédente par l'OMS dans le cadre de l'appel d'urgence des Nations Unies, les deux tiers ont déjà été promis. La réaction internationale généreuse qui a fait suite à la catastrophe et la capacité de résistance dont font preuve les populations aux niveaux local et national laissent espérer une reconstruction et une remise en état rapides. Il est cependant essentiel que les ressources promises soient utilisées efficacement et que cette aide ne soit pas apportée au détriment d'autres crises dans le monde. Le lancement par l'Organisation des Nations Unies d'un « plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement » montrant les investissements nécessaires pour atteindre ces objectifs d'ici 2015 aidera à maintenir la dynamique de cet effort mondial. Pour célébrer le lancement de ce plan, une manifestation axée sur ses composantes sanitaires sera organisée au Siège de l'OMS le lendemain.

La réaction mondiale face à la situation d'urgence provoquée par le tsunami a témoigné de la volonté des gouvernements et du grand public d'aider les communautés sinistrées. L'ONU et ses institutions spécialisées ont été créées dans le même esprit pour répondre aux besoins mondiaux par un système d'aide et de coopération efficace et durable. Le rapport du groupe de personnalités de haut

niveau sur les menaces, les défis et le changement récemment publié par le Secrétaire général de l'ONU souligne le rôle indispensable joué par l'OMS pour garantir la sécurité internationale. L'Assemblée de la Santé y est invitée à examiner la recommandation qui lui est faite d'accroître les ressources destinées à la surveillance mondiale et à l'action face aux maladies infectieuses émergentes, signalant ainsi l'importance de faire en sorte que l'OMS soit dotée d'un budget ordinaire suffisant au cours des périodes biennales futures.

La demande d'activités mondiales de santé publique pour lutter tant contre les maladies infectieuses que contre les maladies non transmissibles a augmenté rapidement ces dernières années. Le danger d'une pandémie, par exemple de SRAS, de grippe aviaire ou de grippe, exige la mise en place de systèmes capables de réagir rapidement. La nécessité de traiter les déterminants sociaux de la santé apparaît également de plus en plus clairement. Tout cela s'ajoute à la nécessité qu'il y a de se préparer aux catastrophes imprévisibles, comme le tsunami survenu en Asie du Sud.

Ce ne sont là que quelques-unes des préoccupations des Etats Membres dont il a été tenu compte dans le projet de budget programme 2006-2007, lequel recommande une augmentation globale de 12,8 % ; l'augmentation proposée de l'élément budget ordinaire est de 9 %. Le projet de budget programme comporte également des mesures visant à réduire les coûts par des gains d'efficacité et une meilleure responsabilité comptable. La bonne volonté que traduisent les contributions volontaires, qui sont restées une ressource majeure pour l'OMS, est un motif de satisfaction mais une augmentation des contributions est néanmoins proposée pour permettre à l'Organisation de remplir sa triple obligation d'agir de façon déterminée, cohérente et impartiale.

La Journée mondiale de la Santé 2005 a pour thème « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant ». Chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent, dont 40 % au cours du premier mois de la vie, et 500 000 femmes meurent de causes liées à la grossesse. Pratiquement tous ces décès, qui pourraient être en grande partie évités si les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement étaient disponibles, surviennent dans les pays en développement. S'attaquer à ce problème sera l'un des grands axes de l'action de l'OMS en 2005.

La Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique achèvera ses travaux et présentera son rapport en 2006 et la Commission OMS des Déterminants sociaux de la Santé sera lancée à Santiago en mars 2005. Les ressources humaines pour le développement sanitaire restent également l'un des grands axes de l'action de l'OMS en 2005 et constitueront le thème du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et de la Journée mondiale de la Santé 2006.

Les besoins sanitaires ayant plus que jamais retenu l'attention, l'OMS a dû non seulement réagir rapidement face à des situations d'urgence, mais également maintenir ses activités en matière de prévention et de lutte. Pour répondre à ces obligations, elle a dû évoluer pour s'adapter à une situation sanitaire mondiale en pleine mutation.

Le PRESIDENT observe que la réaction rapide de l'OMS face à la catastrophe provoquée par le tsunami montre combien il est important de pouvoir compter sur une organisation forte capable de faire face à de telles situations d'urgence aussi rapidement que possible.

**Il en est ainsi convenu.**

## **6. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour**

### **Aspects sanitaires des situations de crise : Point 4.3 de l'ordre du jour (document EB115/6)**

Le PRESIDENT invite le Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est à prendre la parole avant que le Secrétariat n'informe le Conseil de la situation actuelle en vue du débat sur les activités de l'OMS en général.

Le Dr SAMLEE PLIANBANGCHANG (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) déclare que les événements du 26 décembre 2004, qui ont essentiellement frappé les pays de la Région, resteront à jamais inscrits dans la mémoire de l'humanité. Les pays les moins touchés ont été le Bangladesh et le Myanmar, mais l'Inde, l'Indonésie, les Maldives, Sri Lanka et la Thaïlande ont été durement frappés. Pour faire face à la crise, un groupe spécial et une salle des opérations ont été installés et travaillent 24 heures sur 24. Le groupe spécial travaille en étroite coordination avec le Siège et les différents pays touchés afin de suivre la situation de la santé publique, de mobiliser des ressources et de coordonner l'information. Un site Web du Bureau régional, créé dès le lendemain, fournit des rapports de situation et donne accès à un large éventail de lignes directrices essentielles pour la gestion des situations d'urgence. Des téléconférences quotidiennes entre les pays touchés, le Siège et le Bureau régional permettent de renforcer encore la coordination. En outre, des communications par satellite ont été établies avec Aceh, en Indonésie, les Maldives et Sri Lanka, et des unités opérationnelles de l'OMS ont été créées en Indonésie et à Sri Lanka,

Dès le début, la priorité a été donnée à la fourniture d'avis techniques. Des personnels OMS chargés des situations d'urgence et des personnels de terrain travaillant pour d'autres programmes ont été déployés dans les zones touchées. Des fournitures médicales essentielles ont été fournies. L'OMS a également répondu rapidement à une demande d'avis et de conseils techniques concernant le traitement des conséquences psychosociales. La principale tâche du Bureau régional a toutefois consisté à coordonner l'action avec les autres institutions internationales afin d'évaluer les dégâts provoqués aux infrastructures sanitaires, de rétablir les services de santé de base et de conseiller les gouvernements en ce qui concerne le relèvement. Un bulletin de santé spécial sera publié régulièrement et une stratégie pour l'action sanitaire au cours des 100 premiers jours a été mise en place, axée sur cinq domaines principaux : surveillance des maladies et action, y compris systèmes d'alerte précoce ; coordination des activités sanitaires dans le cadre des opérations de secours ; accès aux soins de santé essentiels ; fourniture d'avis techniques concernant des questions vitales de santé publique et amélioration des services de santé généraux ; et coordination des efforts afin de rétablir les chaînes d'approvisionnement médical.

Afin de répondre aux besoins immédiats des pays touchés, l'OMS a mobilisé plus de 60 fonctionnaires de la catégorie professionnelle pour travailler en Indonésie, 20 aux Maldives, 50 à Sri Lanka et 27 en Thaïlande. De plus, des épidémiologistes et d'autres spécialistes sont en réserve et pourront être déployés si le besoin s'en fait sentir. Des fournitures et du matériel supplémentaires, tels qu'un laboratoire mobile, ont également été mis à disposition avec l'aide de nombreux pays.

Des équipes de responsables se rendront dans les pays touchés afin de vérifier l'efficacité du travail mené, d'évaluer sur place les activités et d'assurer la coordination entre le personnel de l'OMS et celui des autres organismes internationaux. L'emploi des ressources financières sera également suivi de près pour garantir la transparence et la responsabilité comptable. Un plan stratégique de relèvement a également été élaboré et sera mis en oeuvre, dès le début de la deuxième phase, en consultation étroite avec la Banque mondiale et d'autres partenaires clés.

Mais les efforts de l'OMS, pour importants qu'ils soient, restent modestes par rapport à la réaction dans de nombreux pays. L'ampleur de la catastrophe a fait qu'aucune organisation n'aurait pu à elle seule y faire face, et la contribution de tous est grandement appréciée. Jamais encore le système des Nations Unies n'avait montré une telle aptitude à réagir à une crise avec autant d'unité, de professionnalisme et de rapidité. Cette réaction a été sans précédent. Il remercie le Directeur général et tous les Directeurs régionaux de la sympathie, de l'attention et de la solidarité qu'ils ont manifestées en aidant la Région de l'Asie du Sud-Est en ce moment difficile.

Chaque catastrophe est une occasion d'améliorer les capacités de préparation aux situations d'urgence. Les efforts de l'OMS devraient donc viser également à aider à reconstruire et à renforcer l'infrastructure sanitaire en place avant le tsunami. Le défi est immense, mais le Dr Samlee Plianbangchang est convaincu que les efforts seront couronnés de succès et porteront leurs fruits à long terme.

Le PRESIDENT salue au nom du Conseil les efforts réalisés par la Région et se demande si le Conseil peut prendre des mesures quelles qu'elles soient pour apporter son concours.

Le Dr SAMLEE PLIANBANGCHANG (Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est) répond qu'un renforcement de la solidarité mondiale serait incontestablement très utile. Il est extrêmement important de soutenir tous les efforts menés sur le terrain par la mobilisation de ressources humaines, de fournitures et de matériel. La deuxième phase permettra de développer les capacités de chaque pays, et cela durablement.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise), décrivant brièvement la coopération avec d'autres institutions et pays ainsi que l'action de l'OMS face aux crises humanitaires partout dans le monde, dit qu'il est essentiel que l'OMS intervienne dans toutes les crises car, quelle que soit la cause de ces crises, il y a toujours un grand nombre de blessés ou de personnes exposées à des maladies. C'est par son personnel sur le terrain, par le Siège, ses bureaux régionaux et ses centres collaborateurs que l'Organisation fournit des conseils et des compétences spécialisés. Ses avis aussi bien sur l'Internet que dans les médias au niveau mondial ou local sont de plus en plus recherchés.

Aceh, en Indonésie, et d'autres parties de la région ont été dévastés. Plus de 160 000 personnes ont été tuées et des millions d'autres touchées ; des services vitaux assurant notamment l'approvisionnement en eau et en produits alimentaires, les soins et l'assainissement ont été désorganisés ; et même après trois semaines, de nombreuses régions restent inaccessibles. Les agents de santé ont été parmi les premiers à réagir à la catastrophe, en se concentrant sur les groupes les plus vulnérables et en s'employant à préserver la vie, en fournissant de l'eau potable et des moyens d'assainissement et en mettant l'accent sur l'hygiène et un environnement favorable à la santé. On s'est constamment efforcé de garder les familles ensemble et d'aider les communautés. Plusieurs pays ont subi de lourdes pertes en vies humaines et d'autres conséquences graves, et enregistré des décès parmi les touristes issus de nombreuses parties du monde qui étaient présents dans la région au moment de la catastrophe.

A mesure que l'ampleur de l'urgence se précisait, l'OMS a commencé à coordonner les secours offerts par divers groupes : ainsi, dans les quelques heures qui ont suivi la catastrophe, le personnel en place à Sri Lanka s'est employé à assurer des soins vitaux, stocker les approvisionnements dans d'autres entrepôts, évaluer les besoins, fournir les compétences requises en santé publique et coordonner l'assistance. Quelque 120 membres du personnel dans la région ont été déployés pour aider ceux qui étaient touchés par la crise. Des fournitures médicales destinées à plus de 2 millions de personnes ont été livrées ainsi qu'un million de trousse anti-choléra, et des unités équipées de moyens de télécommunication en état de fonctionnement ont été installées dans les communautés affectées en dépit de conditions météorologiques parfois difficiles. Grâce à la générosité des Etats Membres et à la volonté du Directeur général de débloquer des capitaux, les pays ont pu disposer de fonds en quelques jours. Le point de la situation est fait chaque jour : des systèmes de surveillance précoce des maladies transmissibles sont déjà opérationnels à 75 % et des stratégies de santé publique en place à 70 % ; toutefois, c'est la coordination des actions sanitaires qui s'est le mieux déroulée. Le personnel a collaboré avec les ministères nationaux de la santé, la Banque mondiale et la Banque asiatique de Développement pour s'assurer que les questions relevant du secteur de la santé étaient dûment prises en compte lors des opérations de reconstruction et de relèvement, tout particulièrement en Inde, en Indonésie, aux Maldives, à Sri Lanka et en Thaïlande.

Bien que la réaction initiale ait été rapide, elle s'est parfois heurtée à des difficultés d'ordre logistique. Néanmoins, le Centre d'information sanitaire stratégique à Genève et la salle des opérations mise en place au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ont permis de travailler en étroite collaboration avec toutes les personnes concernées et, grâce aux unités opérationnelles récemment créées, il est actuellement possible de travailler efficacement dans chaque pays. Les Régions de l'OMS ont toutes fourni aussi bien des ressources en personnel que des compétences spécialisées. Tous les Départements du Siège et du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ont offert un appui administratif et technique, et de nombreux membres du personnel ont renoncé à leurs congés annuels afin de se porter volontaires pour les opérations de secours. Les groupes d'intervention contre les maladies transmissibles, déjà mis à l'épreuve lors de la crise du SRAS, ont joué un rôle déterminant, et le réseau



mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, qui regroupe des professionnels de nombreux Etats Membres, a été activé, avec succès.

Le soutien de l'OMS revêt différentes formes selon les pays. Le Gouvernement indien a réagi rapidement aux conséquences spectaculaires du tsunami sur les côtes australe et orientale du pays et sur les îles Nicobar et Andaman, où des blessés nécessitaient un traitement médical. La priorité a été donnée à l'approvisionnement en eau potable, aux moyens d'assainissement, à l'infrastructure et à l'hygiène, et le réseau existant de surveillance de la maladie a été renforcé. Le Gouvernement a fourni une aide substantielle aux pays voisins et collaboré étroitement dans le cadre des partenariats existants avec l'OMS et l'UNICEF pour donner un degré de priorité élevé à la santé mentale, la surveillance de la maladie et la vaccination antirougeoleuse.

En Indonésie, la destruction massive de l'infrastructure oblige de poursuivre les évaluations et on trouve encore des groupes de personnes nécessitant de l'aide. La moitié du personnel de santé serait mort ou porté disparu. Des cas de tétanos ont été signalés et il existe un risque de paludisme, de maladies diarrhéiques et de dengue. La coopération entre les autorités civiles et militaires est exemplaire et les systèmes d'approvisionnement sont améliorés en adaptant les interventions aux besoins. Les évaluations systématiques entreprises en liaison avec le personnel militaire, le porte-avions *USS Abraham Lincoln* servant de base, ont permis d'obtenir des rapports extrêmement utiles qui ont été immédiatement affichés sur les sites Web.

La Malaisie et le Myanmar, deux pays où les victimes ont été nombreuses, ont collaboré avec l'OMS pour faire face à la catastrophe.

Aux Maldives, le nombre de morts a été relativement faible mais l'infrastructure du pays a été sérieusement endommagée et, à moins de remettre rapidement en état les ports et les embarcadères, il est probable que l'économie, les services sociaux et les autorités locales ressentiront encore longtemps les effets de cette catastrophe. Les risques de maladies transmissibles sont examinés avec soin. Il y a pénurie d'eau potable mais un système de surveillance de la maladie a pu être mis en place et les établissements de soins sont en cours d'évaluation.

En Somalie, où 30 000 personnes ont été touchées, 4000 déplacées et où plus de 150 personnes ont perdu la vie, l'OMS a travaillé conjointement avec le Ministère de la Santé pour rassembler des données de surveillance, évaluer les maladies, identifier les besoins, distribuer des kits sanitaires d'urgence, coordonner le secteur de la santé et détacher des équipes d'intervention d'urgence.

A Sri Lanka, où une ceinture côtière étroite a été dévastée, les personnes déplacées ont pu bénéficier d'une assistance rapide. Un système de surveillance de la maladie a été mis en place. Aucune flambée importante de maladies diarrhéiques ou d'autres maladies graves n'a été signalée. Tous les hôpitaux fonctionnent actuellement et les travaux de remise en état sont en cours.

Sur la côte ouest de la Thaïlande, dans les six provinces frappées par la catastrophe, il a fallu fournir en priorité de l'eau potable, des moyens d'assainissement et des services d'hygiène aux personnes déplacées, et identifier les morts. Le Gouvernement thaïlandais s'est rapidement employé à mettre en place un système de surveillance de la maladie et, de fait, aucune flambée n'a été signalée. Un important programme de santé mentale et de soutien psychologique a été initié et des mesures ont été prises rapidement pour réinstaller les communautés de pêcheurs et d'autres communautés dans la région touchée.

Les communautés interrogées sur place laissent entendre qu'il faudra aller au-delà des secours d'urgence : il faudra aider à reconstruire des vies, rétablir les moyens de subsistance, remettre en état les infrastructures des services gouvernementaux et sociaux. Pour cette raison, les opérations de secours doivent contribuer à la reconstruction des systèmes de santé ainsi qu'au relèvement de l'économie. D'un autre côté, il sera essentiel de renforcer la capacité locale de préparation aux interventions afin que plus jamais une catastrophe naturelle ne puisse provoquer de tels dégâts.

Le Secrétariat, qui a largement contribué à coordonner les efforts des organismes du système des Nations Unies, s'est toujours efforcé de rester en liaison étroite avec les Etats Membres. Il a également agi en étroite coopération avec les autorités civiles et militaires des pays affectés et aussi avec celles de l'Allemagne, de l'Australie, des Etats-Unis d'Amérique, de la France et de Singapour. Il participe déjà aux travaux de remise en état et de reconstruction et se concentrera ces prochains mois

sur le relèvement des systèmes vitaux. Les moyens de contenir les flambées existent déjà et le risque de voir surgir une épidémie majeure est donc improbable.

Les réactions face au tsunami ne seront pas sans effet sur les futures initiatives qui seront prises pour intervenir plus efficacement dans des situations de crise, essentiellement des conflits de longue durée auxquels se trouvent confrontés actuellement une quarantaine d'Etats Membres. Avant même le tsunami, le Secrétariat, déjà bien occupé à répondre aux besoins des communautés victimes de conflits ou de catastrophes naturelles, avait mis en place une stratégie pour renforcer les interventions en recherchant de nouvelles ressources auprès des Etats Membres et en engageant tous les secteurs de l'Organisation dans un programme visant à améliorer l'exécution des opérations.

En aidant les Etats Membres à se préparer aux crises et à y faire face, l'OMS remplit quatre fonctions essentielles : évaluation de la situation sanitaire, coordination des interventions, comblement des lacunes et renforcement des systèmes et des capacités au niveau local. Grâce à l'expérience acquise, d'ici trois ans, l'action de l'Organisation face aux crises devrait être plus efficace et mieux adaptée, la coopération avec d'autres organismes des Nations Unies et partenaires clés améliorée, et les procédures administratives mieux rodées. Ainsi, parce qu'elle sera plus efficace, l'Organisation sera mieux à même de faire face au défi que représente le VIH/SIDA et de s'occuper de questions sur la sexospécificité, la santé de la femme, la santé mentale et les systèmes de santé dans les communautés menacées par les crises, de favoriser le relèvement après les conflits et de faciliter la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans les pays dotés d'une économie et d'un système de gouvernance fragiles.

Le Dr YOOSUF (Maldives) indique que son pays, qui est composé de 1200 petites îles – dont 200 sont désertes –, a une population de seulement 280 000 habitants. Le tsunami a ravagé la totalité du pays qui, du fait de sa pauvreté, a eu beaucoup de mal à réagir de manière appropriée à la crise. Il n'y a pratiquement plus d'eau potable, le sol a été lessivé et le gros de la couche arable emporté, détruisant l'agriculture du pays. Quelque 15 000 personnes se sont retrouvées sans abri. Les bateaux de pêche et les installations portuaires ont été détruits ; de toute façon, les pêcheurs sont trop occupés à reconstruire leurs maisons pour aller pêcher. L'industrie du tourisme a été sérieusement touchée : 25 % des stations touristiques sont toujours fermées et les taux de réservation sont en baisse, les touristes ne souhaitant pas se rendre sur les lieux d'une catastrophe ou redoutant des risques sanitaires possibles. L'impact sur les trois principales sources de revenu du pays – tourisme, pêche et agriculture – se fera sentir longtemps encore, affectant l'état nutritionnel de la population. De nombreux survivants, en particulier les enfants, nécessitent un soutien psychologique, qui est assuré par des organisations non gouvernementales et des organismes intergouvernementaux.

Quels enseignements pouvons-nous tirer de cette catastrophe ? En premier lieu, l'OMS ne pouvait pas intervenir seule : de nombreux autres partenaires, nationaux et internationaux, civils et militaires doivent être associés aux interventions. Ensuite, il faut que soient établis des protocoles et des procédures à l'intention des différents partenaires afin que le nombre de pertes en vies humaines puisse être réduit au minimum et que la reconstruction soit organisée de manière plus efficace.

Il n'existe actuellement en Asie du Sud aucun système d'alerte précoce pour les catastrophes naturelles. Le tsunami a frappé Sri Lanka une bonne heure avant qu'il n'atteigne les Maldives, mais il n'a pas été possible de donner l'alerte. Le Centre d'information sanitaire stratégique de l'OMS, avec sa capacité de surveillance 24 heures sur 24 au Siège et ses contacts permanents avec les bureaux régionaux, pourrait peut-être assumer cette responsabilité.

Le Dr Yoosuf remercie l'OMS, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, les Nations Unies et les organismes intergouvernementaux et bilatéraux de leur bonne volonté et des secours qu'ils ont fournis, et espère qu'ils maintiendront leur appui. Mais il faut que les offres en ressources humaines, en matériel et en médicaments soient correctement coordonnées. Son pays souhaite retrouver aussi rapidement que possible, grâce à l'assistance de la communauté internationale, le niveau de développement dont il jouissait avant le tsunami.

Le Dr AL-SAIF (suppléant du Dr Al-Jarallah, Koweït) pense, lui aussi, qu'une salle des opérations en veille 24 heures sur 24 est nécessaire pour coordonner les besoins sanitaires, notamment

en cas de catastrophe naturelle. Un peu plus tard dans la journée, le Ministre koweïtien de la Santé remettra un chèque de US \$500 000 au Directeur général en tant que contribution au financement du Centre d'information sanitaire stratégique.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, se félicite également de l'action de l'OMS et d'autres organisations internationales face à la catastrophe. Les groupes les plus vulnérables, en particulier les femmes et les enfants, ont été les plus touchés, et il souligne combien il est nécessaire en temps de crise de protéger les membres de ces groupes contre tout trafic ou exploitation.

La Région africaine, qui, toutes Régions confondues, est celle qui compte le plus grand nombre de pays les moins avancés, est en proie à des crises permanentes, aussi bien naturelles qu'humaines ; la famine en Erythrée et en Ethiopie, les conflits armés au Libéria, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo et au Soudan, les flambées de maladie et l'invasion de criquets n'en sont que quelques exemples. Chaque jour en Afrique des milliers de personnes meurent à cause de tels événements ou d'autres problèmes comme les complications de la grossesse et de l'accouchement, le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les maladies non transmissibles, que la pauvreté et le sous-développement ne font qu'aggraver. Le Dr Phooko salue l'engagement et la solidarité que le monde a manifestés à l'égard de l'Asie du Sud, mais invite instamment la communauté internationale à ne pas oublier l'Afrique.

La mise en place de systèmes d'alerte précoce pour contrecarrer les effets des catastrophes naturelles s'impose d'urgence. Le secteur de la santé doit améliorer son système mondial de préparation aux flambées de maladie et d'intervention. La révision actuelle du Règlement sanitaire international arrive à point nommé.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom de l'Union européenne et des pays candidats, la Roumanie et la Turquie, dit que les menaces sanitaires qui guettent aujourd'hui des milliers de personnes déplacées et de sans-abri après le tsunami confèrent au travail de l'OMS une poignante actualité. Il faut féliciter l'Organisation pour sa réaction efficace et rapide à cette catastrophe, pour la disponibilité de son personnel et pour la pertinence des analyses entreprises.

L'Union européenne a réagi à cette catastrophe par un élan de solidarité sans précédent : les Etats Membres ont accordé €1,5 milliard en aide publique et la société civile a fait preuve d'un engagement financier tout aussi exceptionnel. L'Union européenne a associé l'OMS à sa planification de la crise et apprécie la coordination qui en est résultée de même que la qualité de sa coopération, y compris sa participation à la réunion du Conseil de l'Union européenne sur cette catastrophe (Bruxelles, 7 janvier 2005). Il est aujourd'hui plus important que jamais que l'Organisation ait la capacité institutionnelle de mobiliser, de centraliser et d'agir dans de telles situations de crise. La mobilisation humanitaire sans précédent ne doit pas faire perdre de vue le fait que le relèvement et la reconstruction représenteront un défi majeur pour la communauté internationale et qu'il existe aussi d'autres besoins humanitaires dans d'autres régions du monde.

Notre responsabilité première à l'égard des survivants est de fournir une assistance et de redonner l'espoir, mais la communauté internationale se doit de se pencher sur les moyens de prévenir les conséquences des catastrophes naturelles, y compris les conséquences sanitaires. Lors de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes qui se tiendra à Kobe, Hyogo, au Japon du 18 au 22 janvier 2005, l'Union européenne s'exprimera en faveur d'un renforcement des mesures de prévention, d'alerte précoce et de préparation aux catastrophes en coordination avec les Nations Unies. Dans cet esprit, elle étudie les possibilités de développement d'une capacité de réaction rapide de l'Union, qui devrait revêtir une dimension à la fois médicale et sociale.

Les catastrophes naturelles sont les plus dévastatrices dans les pays démunis qui jouissent d'un niveau de santé moindre, le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme et d'autres menaces sanitaires rendant ces populations plus vulnérables encore. L'amélioration de l'état de santé des populations non seulement répondra à l'objectif premier de l'OMS, mais contribuera notablement à rendre les nations et les communautés plus aptes à résister aux conséquences sanitaires possibles des situations de crise.

Le Professeur CİNTEZA (Roumanie) indique que son Gouvernement a accordé une aide d'environ €400 000 à différents pays touchés par le tsunami. Aider ces pays à planifier leur reconstruction à long terme et à se préparer aux catastrophes représente un autre défi, et la Roumanie soutient des initiatives telles que la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes.

Le programme triennal de renforcement de l'action de l'OMS dans des situations de crise représente un cadre d'action mondial et un plan de travail unifié dont il faut se féliciter ; l'orateur souligne l'importance de la mise en place du forum sur les interventions sanitaires en cas de crise qui renseignera les Etats Membres sur l'évolution de la situation concernant les interventions. Pour que l'OMS puisse répondre aux besoins sanitaires de toutes les populations victimes de catastrophe ou de crise, il faut lui en donner les moyens. Mais il ne faut pas oublier qu'il existe bien d'autres groupes de population vulnérables dans des situations de crise, y compris les femmes et les enfants, les personnes âgées, ainsi que les personnes souffrant de traumatismes aigus, de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale ou de handicaps.

Il en appelle au Directeur général pour que les aspects sanitaires des systèmes nationaux de préparation aux catastrophes et d'organisation des secours reçoivent le soutien technique nécessaire, que des ressources suffisantes soient affectées au domaine d'activité relatif à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours, que les procédures administratives et financières et les procédures concernant le personnel soient rationalisées et que des ressources supplémentaires soient mobilisées afin de maintenir le bon fonctionnement de l'OMS.

Le Dr ACHARYA (Népal) fait part de sa profonde compassion à l'égard des victimes du tsunami et félicite l'OMS pour son travail, en particulier pour les opérations réalisées sous la direction du Directeur régional pour l'Asie du Sud-Est. Il espère qu'il sera possible de résoudre les problèmes immédiats tels que l'approvisionnement en eau, la mise en place de moyens d'assainissement, la lutte contre les épidémies, les séquelles psychologiques et le relèvement à long terme.

Le Dr YIN LI (Chine) estime que la réaction extrêmement rapide de l'OMS au tsunami prouve que l'Organisation est indispensable, car aucune autre organisation internationale n'aurait pu intervenir comme elle l'a fait pour prévenir et combattre la maladie dans les zones touchées par la catastrophe.

Le Gouvernement chinois a accordé 500 millions de renminbi aux pays frappés par la catastrophe et 20 millions pour les opérations de secours. Il a également détaché cinq équipes chargées des soins et des analyses ADN en Indonésie, à Sri Lanka et en Thaïlande. Le Dr Yin Li s'est personnellement rendu dans quatre des pays touchés par le tsunami et estime que l'OMS devrait jouer un rôle de direction et de coordination dans toutes les opérations de secours et de prévention de la maladie. A l'avenir, l'Organisation devrait s'employer à renforcer la capacité de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours et à mieux sensibiliser le monde à la nécessité d'une coopération internationale pour s'occuper des problèmes de santé publique.

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

**La séance est levée à 12 h 30.**

## **DEUXIEME SEANCE**

**Lundi 17 janvier 2005, 14 h 10**

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)**

### **1. ORGANISATION DES TRAVAUX** (suite de la première séance, section 4)

Le **PRESIDENT**, compte tenu de la requête du membre du Soudan et des discussions avec les membres désignés par d'autres Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale au sujet des dispositions relatives aux travaux le jour de la fête musulmane de l'Aïd-el-Adha, dit qu'il est proposé de supprimer la séance du matin le jeudi 20 janvier 2005.

Le Dr **LARIVIÈRE** (suppléant de M. Shugart, Canada) indique que la question de l'observance des pratiques religieuses a déjà été soulevée et que le Conseil a adopté une décision sur ce sujet. Si l'Organisation observait toutes les fêtes des principales religions pratiquées dans le monde, et dont les dates s'échelonnent au fil de l'année, le nombre des jours ouvrés s'en trouverait sensiblement réduit. L'arrangement proposé par le Président risque de créer un précédent au nom duquel il faudrait dorénavant satisfaire à toutes les requêtes du même ordre. L'intervenant ne conteste pas l'arrangement proposé mais il tient à lancer un avertissement.

Le **PRESIDENT** dit que, en l'absence d'objection, il considérera que le Conseil accepte le changement proposé dans l'organisation des travaux de la session en cours, étant entendu que cela ne crée pas un précédent.

**Il en est ainsi convenu.**

### **2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

**Aspects sanitaires des situations de crise : Point 4.3 de l'ordre du jour (document EB115/6) (suite de la première séance, section 6)**

Le Dr **AHMED** (Ghana) exprime la profonde sympathie et les condoléances de son pays pour les victimes du récent tsunami. Le Président du Ghana a lancé un appel à l'aide et des établissements privés et des particuliers ont fait don de matériel et de fonds, la coordination locale de cette action étant assurée par le PNUD.

Le Ghana salue le discernement de l'OMS qui a tenté d'évaluer la situation au moyen du centre d'information sanitaire stratégique, dont l'épreuve de la catastrophe a établi l'efficacité ; il conviendrait de maintenir ce centre pour surveiller d'éventuelles catastrophes ultérieures.

Le Dr **STEIGER** (Etats-Unis d'Amérique) dit que les Etats-Unis, associés de près à une grande partie de la planification et de la mise en oeuvre des mesures déployées à la suite du tsunami, estiment que ce sont probablement là les opérations de secours internationales les mieux organisées depuis de nombreuses années. Les aspects sanitaires des opérations ont été menés à bien en grande partie grâce au rôle directeur assumé par l'OMS. Son pays est fier de travailler en partenariat avec l'OMS, les

autres organisations de la coalition et les gouvernements concernés. Les Etats-Unis ont déjà versé environ US \$100 millions sur les 350 annoncés par le Président Bush.

La coordination des secours a été si efficace que c'est là un modèle dont l'OMS pourra s'inspirer à l'avenir. Il note avec satisfaction que les investissements de son Gouvernement et d'autres pays en faveur du centre d'information sanitaire stratégique pendant la crise ont eu pour effet de resserrer les liens entre le Siège, les bureaux régionaux, les donateurs et les Etats Membres. La liaison vidéo établie dans la matinée a témoigné de l'excellente relation qui existe entre les forces militaires et civiles des Etats-Unis d'Amérique sur le terrain et les organisations internationales – niveau de coopération encore inégalé ou presque.

Il remercie les nombreux membres du personnel de l'OMS qui n'ont pas ménagé leurs efforts dans l'action menée après le tsunami, et il espère qu'à la suite de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005), l'OMS sera en mesure d'appliquer les enseignements tirés à ses activités futures, comme à ses tâches quotidiennes.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que son Gouvernement a décidé de fournir une aide et des biens, et notamment des médicaments et des vaccins, d'un montant de US \$450 000 aux pays touchés par la catastrophe. Il s'est félicité de la tenue du sommet de l'ANASE sur les conséquences du séisme et du tsunami (Djakarta, 6 janvier 2005) et de la promesse des dirigeants mondiaux de créer un système d'alerte précoce pour l'Océan indien, qui pourrait sauver des vies si la catastrophe se reproduisait.

Le Viet Nam salue la rapidité avec laquelle l'OMS a conseillé les autorités nationales, les autres organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales pour veiller à ce que soient pris en compte les besoins de santé publique dans les zones touchées par le tsunami. Il est favorable aux mesures prises par l'OMS pour établir un système d'alerte précoce en cas de flambée de maladie, assorti d'un solide élément surveillance des maladies et appui de laboratoire, dans les pays affectés. Il adhère sans réserve à l'appel lancé par l'OMS pour recueillir US \$67 millions destinés à prévenir les flambées de maladies dans les zones affectées de l'Asie du Sud-Est ainsi qu'à la stratégie connexe applicable aux urgences de santé publique, incluant cinq objectifs principaux, qui vise à assurer le relèvement et la reconstruction rapides des services de santé publique.

La catastrophe nous a donné une leçon sur les systèmes d'alerte précoce : elle a signalé aux pays qu'il était temps qu'ils examinent les moyens dont ils disposent pour faire face à de futures catastrophes naturelles et elle a montré qu'un système d'information efficace était indispensable. La coopération régionale et internationale en matière de préparation aux catastrophes doit être encore renforcée. Son pays est favorable à un renforcement des capacités de l'OMS pour faire face aux crises et aux catastrophes naturelles.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) salue les mesures mises en oeuvre par l'OMS dans les zones où elle est à l'évidence mieux à même de coordonner les activités sanitaires. Comme l'a montré le lien vidéo avec l'Indonésie, la collaboration étroite avec les organisations sur le terrain et la somme des compétences des spécialistes de nombreux pays aideront à soulager les souffrances immédiates et à évaluer les besoins à plus long terme.

Les Canadiens ont versé quelque US \$425 millions aux pays affectés par le tsunami, dont une grande partie sera consacrée aux secours humanitaires et au relèvement. Les activités de reconstruction canadiennes viseront le relèvement à plus long terme des communautés afin qu'elles retrouvent leur autonomie. L'efficacité des mesures mises en oeuvre passe par une bonne préparation, et l'expérience de l'OPS à cet égard peut servir d'exemple à l'OMS pour étayer et renforcer ses activités. Les douloureux enseignements tirés de la récente catastrophe pourront s'appliquer aux activités de l'Organisation dans un large éventail de zones en crise.

Le Dr BUSS (Brésil), s'exprimant au nom des pays du MERCOSUR, salue la rapidité et l'efficacité des mesures mises en oeuvre par les responsables de l'OMS et ses équipes techniques face à ce terrible défi. Il faut aussi signaler l'admirable élan de solidarité des gouvernements et des particuliers, partout dans le monde, qui ont fait des dons aux populations éprouvées. S'il faut retenir

un aspect positif dans toute cette tragédie, c'est ce sentiment de compassion et de solidarité qui anime encore le monde.

M. PIROGOV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que la tragédie en Asie du Sud a montré de façon saisissante qu'il est indispensable de créer des mécanismes appropriés et efficaces pour relever tous les défis pour la santé humaine, et notamment les catastrophes naturelles. L'intention du Secrétariat de consacrer de nouvelles activités à la préparation aux situations d'urgence est donc un motif de satisfaction. Il est reconnaissant des informations directes sur les activités déployées dans les zones affectées et salue le travail accompli par l'OMS pour atténuer les conséquences du tsunami, travail auquel son pays est prêt à participer activement.

Les équipes de secours et le personnel paramédical de son pays sont arrivés parmi les premiers dans les pays touchés. Des douzaines de cargaisons aériennes, des milliers de tonnes d'aide humanitaire et des équipes de médecins, épidémiologistes et secouristes russes ont été envoyées dans les zones affectées. Le Gouvernement a décidé d'allouer US \$22 millions aux opérations de secours, dont 3,5 millions seront versés directement à l'OMS. La Fédération de Russie fournit non seulement une aide financière et des contributions en nature, mais également les moyens d'acheminer jusqu'aux victimes les biens venant de Russie et d'autres pays. Cette activité continuera.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) déclare que si les séismes ne peuvent être prévus, l'étendue des dommages qui en résultent peut être anticipée avec précision. Mieux vaut prévenir que guérir ; et il faut dire que le système d'alerte précoce n'a pas bien fonctionné. La solidarité internationale, y compris la participation de ses compatriotes et de son Gouvernement aux opérations de secours, est encourageante et importante, mais insuffisante. Bien que de telles catastrophes soient susceptibles de se produire une fois par siècle, des événements aléatoires ont statistiquement toutes les chances de se succéder à des intervalles très brefs. On peut donc s'attendre à ce qu'une autre catastrophe survienne quelque part dans le monde dans un avenir proche.

En dépit de la croissance économique, ni les gouvernements des pays en développement ni ceux des pays développés n'allouent des crédits en prévision des crises potentielles. Il faut trouver un bon équilibre entre la promotion de la croissance économique et la protection de la vie et de la santé des populations. La solidarité, une fois les opérations de secours achevées, est également de la plus haute importance. Les pays développés, moyennant un apport financier et des capacités scientifiques, peuvent aider à créer un plan d'action approprié pour prévenir les catastrophes partout dans le monde et les gérer le cas échéant.

Mme HALTON (Australie) dit que le rôle important joué par l'OMS et ses partenaires dans l'action déployée ne doit pas être ignoré ; il faut aussi prendre acte des contributions remarquables des particuliers, à titre personnel ou professionnel.

L'Australie a alloué au total A \$1,06 milliard aux opérations de secours et de reconstruction directes, sous la forme d'un partenariat de cinq ans avec l'Indonésie pour la reconstruction et le développement, ainsi que A \$60 millions pour l'aide humanitaire et les secours d'urgence immédiats dans les pays touchés. A ce jour, les contributions individuelles de la communauté australienne pour les opérations de secours s'élèvent à plus de A \$1 million. Les Forces armées australiennes ont dépêché des équipes médicales et acheminé par voie aérienne des fournitures de secours et des moyens techniques, y compris ceux nécessaires au fonctionnement d'une station d'épuration d'un débit journalier de plus de 480 000 litres d'eau propre à Banda Aceh. Plus de 30 agents de la Police fédérale australienne ont en outre aidé sur place à l'identification des victimes de la catastrophe.

L'action australienne a visé principalement à apporter les secours urgents nécessaires aux communautés touchées et à éviter les menaces secondaires, comme les maladies. Les A \$60 millions d'aide d'urgence sont fournis par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales australiennes, d'organismes internationaux et d'institutions spécialisées des Nations Unies dans des secteurs tels que l'aide alimentaire, la santé, l'eau et l'assainissement, l'habitat, l'éducation, la protection des personnes vulnérables, la protection de l'environnement, l'appui aux opérations logistiques et la coordination de l'aide.

La crise a bien montré l'importance de la contribution de l'OMS dans le cadre de l'aide fournie par la communauté internationale au secteur de la santé. L'OMS devrait poursuivre son action afin d'assurer l'intégration des mesures des Gouvernements indonésien, sri lankais et autres dans le secteur de la santé ainsi que sa participation efficace aux interventions des Nations Unies. Outre les mesures régionales immédiates à court terme mises en oeuvre depuis la catastrophe, il conviendrait d'établir un programme à long terme fondé sur les enseignements tirés et insistant sur une meilleure préparation aux situations d'urgence et une coordination accrue entre les institutions spécialisées des Nations Unies et les partenaires principaux.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) se félicite de l'importance accordée par le Conseil à la catastrophe du tsunami et, au nom de la population thaïlandaise, remercie tous les pays, la société civile internationale et les organisations intergouvernementales de leur formidable solidarité et de leur soutien massif aux opérations de secours d'urgence. Deux médecins principaux de Bangkok et de Phuket, directement associés à la mise en oeuvre des mesures après la catastrophe, assistent à la présente session et peuvent fournir des informations directes aux personnes qui souhaitent recueillir des données supplémentaires.

La Thaïlande a tiré de nombreux enseignements de cette crise. Alors que le tsunami a touché le sud de la Thaïlande au petit matin, les premières équipes médicales – mobilisées dans tout le pays pour seconder les services locaux – ne sont arrivées qu'après minuit malgré la présence sur place du Premier Ministre venu diriger personnellement les opérations. Le premier enseignement est que la population, dans les premiers temps, doit compter sur ses propres ressources, car l'aide extérieure prend du temps pour arriver : d'où la nécessité impérieuse de mettre en place des infrastructures sanitaires adéquates dans tout le pays. Il est donc important de renforcer les programmes de l'OMS pour le développement des services de santé, les infrastructures sanitaires de base et les ressources humaines pour la santé dans les Etats Membres afin d'améliorer la préparation aux crises à venir. Un rang de priorité supérieur devrait également être accordé à cette question dans le projet de budget programme 2006-2007.

Même si des responsables nationaux ont critiqué la gestion des opérations de secours thaïlandais, il n'en demeure pas moins que des témoignages de reconnaissance ont été envoyés du monde entier, saluant les secours d'urgence apportés par le Gouvernement et le peuple thaïlandais et le puissant civisme qui a prévalu. Immédiatement après la catastrophe, le Ministère thaïlandais de la Santé a établi un poste de commandement central à Bangkok et un poste de commandement provincial à Phuket. Ces postes auraient incontestablement pu être plus efficaces si l'état de préparation aux situations d'urgence avait été meilleur.

Le comité national de lutte contre la grippe aviaire a souhaité l'établissement d'urgence d'un plan de préparation aux pandémies de grippe, car la Thaïlande pourrait être à l'origine d'une nouvelle pandémie de grippe. Pareille situation serait pire encore que la catastrophe du tsunami, car tout le monde, et notamment les parents proches et le personnel de santé, éviterait les personnes touchées au lieu de leur venir en aide. Il est donc important d'établir des plans de préparation non seulement aux catastrophes naturelles, mais aussi à d'autres crises sanitaires. C'est pourquoi la capacité de l'OMS à apporter un soutien technique efficace aux pays doit être renforcée.

Un autre enseignement tiré est que des mesures doivent être prises contre les rumeurs qui accompagnent les situations de crise afin de prévenir les mouvements de panique. Ainsi, des rumeurs ont circulé selon lesquelles le tsunami allait se reproduire, la présence des cadavres entraînerait la propagation de maladies infectieuses ou la contamination de l'eau et des aliments. Il est essentiel que des informations exactes soient diffusées rapidement par des sources dignes de foi et l'OMS est l'Organisation la mieux placée à cet égard. Des organisations nationales et internationales ont par ailleurs insisté sur le risque d'épidémies. Si bien intentionnées aient-elles été, ces déclarations ont été préjudiciables. Un système de communication efficace géré par des professionnels est essentiel en situation de crise. La capacité de l'OMS à communiquer rapidement, précisément et efficacement en temps de crise, observée avec justesse pendant l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), doit être réactivée pour faire face aux crises futures.



Grâce à des investissements antérieurs en ressources humaines et en infrastructures, la Thaïlande a pu mettre en place, immédiatement après la catastrophe, un système de surveillance épidémiologique de grande envergure opérationnel 24 heures sur 24, qui a montré qu'il n'y avait pas de signe d'épidémie de choléra ni d'autre maladie infectieuse. Il faudrait que les organisations internationales, y compris l'OMS, et les Etats Membres utilisent les dernières informations disponibles auprès de ces systèmes de surveillance pour actualiser leurs avertissements de voyage afin d'éviter à l'avenir que la situation prévalant dans les zones touchées ne soit inconsidérément noircie.

La catastrophe du tsunami a également permis d'acquérir une expérience considérable de la prise en charge des corps. Plusieurs milliers d'étrangers comptant parmi les morts, il a fallu recourir à des méthodes de récupération, d'identification et d'inhumation acceptables au plan international. Plus de 300 médecins légistes venus de plus de 25 pays travaillent actuellement en Thaïlande, situation requérant une gestion professionnelle systématique. Les Centres de Lutte contre la Maladie (Atlanta, Géorgie, Etats-Unis d'Amérique) et le Gouvernement chinois ont apporté leur soutien dans ce domaine. L'OMS manquant de compétence en la matière, il faudra inclure ces aspects dans le programme Interventions sanitaires en cas de crise.

Les incidences psychologiques et sociales de la catastrophe nécessitent la mise en oeuvre de mesures propres à atténuer le stress post-traumatique, un solide réseau social et un soutien psychologique. Le Dr Suwit Wibulpolprasert regrette à cet égard le faible niveau des crédits alloués à la santé mentale dans le projet de budget programme 2006-2007.

La catastrophe a suscité un élan massif de soutien dont la coordination a constitué un surcroît de travail gigantesque. L'OMS peut aider à coordonner l'assistance étrangère, ce qui déchargerait les autorités sanitaires locales, leur permettant ainsi de se consacrer à d'autres tâches ; dès les premiers stades de la catastrophe, la Thaïlande a disposé de moyens nationaux suffisants pour aider les personnes affectées et a souhaité que l'aide et le soutien aillent aux pays les plus démunis. Le Bureau régional s'est dit intéressé par la possibilité de mobiliser des équipes thaïlandaises pour soutenir d'autres pays. La Thaïlande est prête à se porter volontaire pour centraliser la coordination sous-régionale de l'action sanitaire en cas de crise.

L'expérience de la catastrophe a montré que le premier groupe d'action est la société civile, suivie du gouvernement national, puis des gouvernements étrangers et enfin des institutions spécialisées des Nations Unies, dont l'OMS. En tant qu'organisation technique non chargée d'assurer la mise en oeuvre, l'OMS devrait focaliser son attention, pour ce qui est des catastrophes, essentiellement sur la préparation aux situations d'urgence et le relèvement ultérieur, outre certaines activités utiles immédiatement, notamment celles en rapport avec la prévention et l'endiguement des maladies transmissibles et les mesures en faveur de la salubrité de l'environnement. Cependant, les crédits alloués à ce domaine d'activité dans le projet de budget programme 2006-2007 avoisinent US \$105 millions seulement, la quasi-totalité provenant de contributions volontaires réservées à certains domaines de crise. On ne voit guère comment le Secrétariat pourrait soutenir sur le long terme la préparation aux situations d'urgence avec seulement US \$8 millions prévus à cet effet dans le budget ordinaire. L'orateur invite donc instamment tous les Etats Membres à augmenter leurs contributions au budget ordinaire pour permettre une action accrue. Il demande également à tous les pays donateurs de répondre rapidement à l'appel de l'OMS visant à recueillir US \$67 millions pour la catastrophe du tsunami, dont US \$40 millions seulement ont été mobilisés à ce jour. Il demande en outre à tous les Etats Membres de soutenir le fonds d'urgence de l'OMS pour le programme Interventions sanitaires en cas de crise, dont le montant actuel n'est que de US \$500 000 alors que US \$10 millions sont nécessaires. Si des fonds supplémentaires sont recueillis, il faudra les utiliser sans délai et présenter des comptes clairs, précisant les sources. Il faudrait aussi que cet état d'urgence actuel serve à se préparer à d'autres catastrophes éventuelles.

Il propose donc de réunir un groupe formel de rédaction qui rédigera une résolution indiquant clairement les mesures à mettre en oeuvre, à soumettre au Conseil à sa présente session puis à l'Assemblée de la Santé.

Le PRESIDENT rappelle que l'Islande, il y a 30 ans environ, a appris à ses dépens qu'un pays doit compter sur lui-même pour les premières interventions après une catastrophe naturelle. Les pays

nordiques et les personnes secourues n'ont que des louanges pour les mesures mises en oeuvre par les autorités thaïlandaises après le tsunami.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit que même si rien ne peut compenser la perte de vies humaines, son pays et d'autres pays d'Afrique ont spontanément manifesté leur solidarité et leur sympathie avec les pays affectés et envoyé des dons, si modestes soient-ils, pour aider les victimes. Il apprécie la manière dont l'OMS et la communauté internationale ont réagi et il les invite à rester vigilantes vis-à-vis des situations d'urgence, quelle qu'en soit la cause, responsables de souffrances et de vies perdues.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que de nombreux petits pays de faible altitude du Pacifique ont fait des dons à leur portée pour soutenir les opérations de secours. Comme il ne fait guère de doute que d'autres tsunamis se produiront, il insiste sur la nécessité de se préparer aux urgences afin que des mesures efficaces puissent être mises en oeuvre. La réaction immédiate de divers pays, et notamment des pays riches, est réconfortante et il espère que les enseignements tirés seront précieux à l'avenir.

Mme FERNANDO (Sri Lanka)<sup>1</sup> indique que plus de 35 000 personnes ont perdu la vie dans son pays et que l'on compte plus de 15 000 blessés ; 88 000 habitations ont été entièrement détruites et plus de 800 000 personnes ont été déplacées. Le Gouvernement a entrepris d'évaluer l'ampleur des destructions subies par les infrastructures, y compris, selon les estimations, plus de 85 établissements de santé. La tragédie, pourtant, a permis à la population sri lankaise de montrer le meilleur d'elle-même et elle a rappelé que la compassion était l'un des piliers de sa société ; l'afflux de soutien de la population locale à toutes les victimes, sans discrimination, a été immédiat, et les systèmes de santé publics ont su faire face. Dans les deux heures qui ont suivi la catastrophe, des équipes médicales ont été détachées dans toutes les zones affectées et les médecins ont réagi magnifiquement, secondés par la Croix-Rouge nationale et les organisations non gouvernementales locales.

De plus, l'appel de son Gouvernement à la communauté internationale pour l'aider à subvenir aux besoins en matière de santé et d'assainissement a eu un formidable écho. La réaction du Siège et du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a été efficace, en particulier la dénonciation de certaines rumeurs par le Directeur général, par exemple au sujet de la contamination des poissons. Sri Lanka remercie beaucoup les nombreux gouvernements étrangers et les organisations non gouvernementales qui ont fait acheminer sur place des fournitures essentielles, des dons en espèces, des hôpitaux de terrain, des équipes médicales, des navires et des hélicoptères. Le Gouvernement a pu intervenir dans toutes les parties touchées du pays grâce au cessez-le-feu conclu avec les Tigres libérateurs de l'Eelam tamoul. Selon le Bureau régional, l'infrastructure médicale dans les zones contrôlées par les Tigres libérateurs est en bon état et des millions de dollars de médicaments et de fournitures d'urgence ont été acheminés dans ces zones, et aucun décès n'a été imputé à un dysfonctionnement du système. En outre, l'excellence de l'infrastructure sanitaire de son pays a aidé à prévenir la propagation de maladies et d'épidémies à la suite du tsunami. L'OMS a fait un travail remarquable pour assurer l'approvisionnement en eau potable et des moyens d'assainissement, ainsi que pour établir l'important projet de conseil destiné à traiter les traumatismes subis par les milliers de personnes déplacées.

Face à la catastrophe, la population sri lankaise a fait preuve de courage et d'adaptation et Mme Fernando est certaine qu'elle pourra continuer de compter sur le soutien, la solidarité et la générosité de la communauté internationale pendant la phase de relèvement et de reconstruction.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> dit qu'en Inde, le tsunami a causé des dommages considérables dans plusieurs régions. Le nombre des morts dépasse 10 700 ; près de 6000 personnes sont encore portées disparues ; la vie de quelque 3 millions de personnes a été affectée ; les cultures et les habitations ont subi des dégâts considérables ; et le coût total de la reconstruction est estimé à US \$1,56 milliard, sans

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

compter les Iles Andaman et Nicobar pour lesquelles un montant équivalent sera nécessaire. Tout l'appareil gouvernemental indien a été mobilisé pour les opérations de secours : les forces armées aussi bien que les professionnels médicaux et paramédicaux, dont l'objectif était plus spécialement d'atténuer l'impact psychologique de la catastrophe.

La situation a commencé à se stabiliser, sauf sur les Iles Andaman et Nicobar. Le plus important est de fournir des habitations provisoires et des emplois rémunérés, de rétablir les infrastructures et d'assurer la réadaptation des personnes. La pêche a repris, les commerces et les écoles ont rouvert, aucune pénurie de denrées alimentaires ou de médicaments n'est signalée, et les autorités des Etats s'efforcent de rétablir rapidement des conditions de vie normales. L'hygiène est maintenue dans les camps de secours et la situation sanitaire est surveillée. A ce jour, aucune épidémie n'a été déclarée.

Le chemin sera pourtant long et difficile pour ceux qui s'efforcent de reconstruire leur vie. Le Gouvernement indien est extrêmement reconnaissant des offres d'assistance qu'il a reçues de la communauté internationale ; à ce jour, grâce à son système solidement établi, fondé sur l'expérience, il est vite entré en action et a estimé qu'il pouvait y arriver seul. Il demande donc que les efforts internationaux bénéficient aux plus nécessiteux, tout en n'écartant pas l'option de pouvoir demander une aide spécifique, si nécessaire. Nombre des questions évoquées par les précédents orateurs, telles que la nécessité de dissiper les rumeurs non fondées, sont réelles et relèvent de professionnels.

L'Inde a contribué aux opérations de secours internationales en prêtant assistance aux pays voisins qui avaient été plus durement touchés encore et avaient souffert davantage. Pour Sri Lanka, une enveloppe de mesures de secours équivalant à US \$24 millions a été annoncée. Le jour du tsunami, un avion indien avec à son bord une équipe et des fournitures médicales a atterri à Colombo ; 16 hélicoptères ont été associés aux recherches et aux opérations de sauvetage et à l'évaluation des dommages ; un hôpital militaire de terrain mobile avec du personnel médical a été aéroporté à Sri Lanka et il fonctionne dans les zones les plus atteintes, et un navire-hôpital de 45 lits a été détaché. Des équipes militaires ont aidé à rétablir l'approvisionnement en eau et en électricité et à réparer des bâtiments et des systèmes de télécommunications. Une aide a également été fournie pour l'évacuation des corps et les opérations d'assainissement.

Pour les Maldives, des secours d'un montant de US \$1,15 million ont été annoncés et un avion indien a été fourni pour transporter des fournitures dans les zones isolées et mener des opérations de recherche et de sauvetage. Des conteneurs d'eau ont été acheminés et deux bâtiments des forces navales ont établi des camps médicaux et assurent le transport jusqu'aux îles éloignées. Les générateurs et le matériel de télécommunication sont en cours de réparation ; un navire-citerne et des installations d'épuration de l'eau sont également en place.

Le Gouvernement indien a en outre annoncé une aide en nature de US \$1 million pour l'Indonésie, incluant des abris provisoires, des médicaments et des denrées alimentaires. Immédiatement après la catastrophe, un navire-hôpital indien a été acheminé à Aceh. Pour la Thaïlande, une aide en nature d'un montant de US \$0,5 million a été approuvée.

La catastrophe a montré de nouveau l'importance du rôle coordonnateur qui incombe à l'OMS pour une prise en charge rapide des aspects sanitaires de telles crises. Le Dr Agarwal remercie l'OMS du soutien apporté à son pays et confirme que l'Inde continuera de fournir tout le soutien possible aux autres pays touchés de la région.

Le Dr SADASIVAN (Singapour)<sup>1</sup> dit qu'après la catastrophe le monde a réagi rapidement et généreusement ; l'OMS a coordonné l'aide fournie avec les gouvernements et les organisations, donné l'alerte en cas de risque de flambées de maladies, dispensé des conseils de santé publique et assuré l'accès aux soins de santé publique. L'Organisation a également aidé à coordonner la distribution des fournitures médicales nécessaires. L'action de son pays ne représente qu'une petite fraction de l'effort mondial, mais il s'est engagé à soutenir l'OMS et, compte tenu de sa proximité des zones affectées, il a aidé à acheminer par mer des fournitures de secours à Aceh (Indonésie), proposé l'utilisation de ses

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

bases aérienne et navale pour les opérations de secours et fourni des services de secrétariat, de télécommunication et de logistique. L'un des enseignements tirés de la catastrophe est l'importance de l'état de préparation et du renforcement des capacités. Il importe à présent de reconstruire les infrastructures et les capacités publiques, tâche gigantesque pour laquelle la communauté mondiale, loin de relâcher ses efforts, devra concrétiser ses plans. L'OMS devra jouer un rôle directeur essentiel au cours des prochains mois, et il prie instamment les Etats Membres de soutenir sans réserve cette entreprise.

Le Dr TSHABALALA-MSIMANG (Afrique du Sud)<sup>1</sup> dit que son Gouvernement s'est joint à l'initiative conduite par les Nations Unies pour apporter une assistance financière et matérielle sans précédent et s'est engagé à verser plus de 9 millions de rands à condition que la moitié de cette somme soit utilisée en Afrique. Plus de 3,5 millions de rands ont en outre été promis par appels téléphoniques, et un concert caritatif organisé par la Tourism and Leisure Association pour mieux sensibiliser le public aux catastrophes en général devrait permettre de recueillir plus de 10 millions de rands. L'Afrique du Sud a aussi fait don de plus de 40 tonnes de matériel et de médicaments aux Maldives, détaché deux hélicoptères avec des équipages de volontaires sud-africains (dont un médecin) en Indonésie pour aider à livrer des fournitures d'un montant de 4 millions de rands dans des zones isolées et fait don également de 180 tonnes de vêtements et d'autres fournitures. La compagnie South African Airways a offert de l'espace de chargement sur ses vols réguliers pour le transport de biens donnés selon les besoins. Des milliers de volontaires sud-africains de nombreux secteurs sont prêts à aider, question dont elle espère s'entretenir avec le Directeur général et son représentant pour les interventions sanitaires en cas de crise.

L'Afrique du Sud considère qu'il est de son devoir, par souci de solidarité internationale, d'agir comme elle l'a fait, alors qu'elle-même est confrontée à des catastrophes intérieures comme des inondations et une grave sécheresse. Le fait est que trois provinces d'Afrique du Sud ont subi de graves inondations le jour même où s'est produit le tsunami.

Il est extrêmement important d'étendre l'action de la communauté internationale aux communautés affectées en Afrique : les personnes qui ont traversé des épreuves inouïes dues aux inondations, à la sécheresse, à la guerre civile et à la famine se trouvent brutalement aux prises avec les difficultés supplémentaires liées au tsunami mais ne disposent pas des infrastructures, du capital humain et des ressources financières nécessaires. L'Afrique du Sud a envoyé une délégation en Somalie il y a deux semaines pour recueillir des informations sur les retombées du tsunami. Les informations selon lesquelles 300 personnes environ sont mortes, 54 000 autres ont été déplacées et les infrastructures détruites doivent être replacées dans le contexte de la situation politique et conflictuelle, où il est difficile, en l'absence d'évaluation et de capacité d'action locales, de recueillir des données exactes ; le nombre réel des victimes pourrait être bien plus élevé. La catastrophe a montré qu'il est nécessaire d'établir un système d'alerte précoce mondial pour réduire les conséquences éventuelles des catastrophes.

Le Dr FUKUDA (Japon)<sup>1</sup> est reconnaissant à l'OMS de son action prompte et appropriée à la suite du tsunami et des dernières informations sur la situation dans les pays affectés qui sont publiées sur son site Internet. Le Japon a décidé de verser US \$500 millions en espèces aux opérations de secours, dont la moitié sera allouée directement aux pays concernés, l'autre moitié donnée par le canal d'organisations internationales telles que l'OMS. Le Parlement japonais vient d'allouer US \$6 millions à l'OMS pour ses activités. Le Japon espère coopérer avec l'OMS pour prévenir et contenir la propagation des maladies infectieuses.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Dr KARAM (Liban)<sup>1</sup> remercie l'OMS de son action immédiate. Les rapports du Directeur général, du personnel de l'OMS et des secouristes dans la région ont été rassurants et les paroles du membre de la Thaïlande révélatrices. L'OMS a joué un rôle central exemplaire pour atténuer les souffrances et elle a encore un rôle à jouer pour veiller à ce que l'aide parvienne aux personnes à qui elle est destinée et que les montants annoncés dans le monde entier soient versés. Il propose qu'un comité d'Etats Membres non touchés par le tsunami, représentés au niveau ministériel, serve d'organe consultatif auprès du Directeur général pendant la durée de la crise. Son mandat sera déterminé par le Directeur général sur la recommandation du Conseil exécutif, et devra inclure notamment une disposition prévoyant de soutenir le travail du Secrétariat pour s'assurer que les promesses de dons sont tenues et qu'il n'y a pas chevauchement d'activités.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> prenant la parole au nom du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, dit que les pays de sa région, malgré leurs difficultés économiques, ont apporté l'aide qu'ils ont pu. Ils sont eux-mêmes exposés aux catastrophes naturelles et approuvent toute initiative visant à établir une stratégie à long terme pour réduire la vulnérabilité en cas de catastrophe. Le Groupe félicite le Secrétariat de sa prompte réaction et il l'encourage à poursuivre ses activités pendant la phase de reconstruction et de relèvement.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine)<sup>1</sup> adhère à la déclaration de l'orateur précédent, à la proposition du membre désigné par la Thaïlande concernant l'examen d'un projet de résolution par le Conseil et aux observations relatives à la prise en charge des corps et à la propagation de maladies. Une récente étude de l'OPS devrait être publiée. Elle propose l'inscription à l'ordre du jour de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé du sous-point à l'étude pour mieux informer les Etats Membres des activités de l'OMS dans ce domaine, des travaux du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, de la coopération civile-militaire en cas de catastrophe naturelle et de la Convention de Tempere sur la mise à disposition de ressources de télécommunication pour l'atténuation des effets des catastrophes et pour les opérations de secours en cas de catastrophe. Il convient d'espérer que le plan d'action qui sera examiné par la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) inclura la mise en place de systèmes d'alerte aux tsunamis et des programmes de sensibilisation pour les groupes vulnérables.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que la catastrophe a montré l'importance d'un système de santé solidement établi et bien organisé. La mise en oeuvre de mesures adaptées en cas de catastrophe passe par une amélioration continue des systèmes de santé. Il félicite le Directeur général qui, dans son rapport,<sup>2</sup> confirme que les soins de santé primaires sont un moyen essentiel d'atteindre cet objectif.

L'exposé qui aura lieu le lendemain sur le plan mondial pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement sera d'autant plus utile que les objectifs traitent de nombreux sujets soulevés indirectement dans la présente discussion et qu'ils constituent des défis majeurs pour les pays en développement.

Le Directeur général a aussi insisté sur l'importance de la Journée mondiale de la Santé 2005 – et de son thème « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant » –, qui sera l'occasion d'établir un lien entre la santé pour tous et les objectifs du Millénaire pour le développement. Il a également mentionné le rapport du groupe de personnalités de haut niveau des Nations Unies sur les menaces, les défis et le changement et le rôle de l'OMS qui y est décrit. Ce rapport a aussi un lien avec la présente discussion puisqu'il traite de menaces, naturelles ou dues à l'homme, des défis qu'elles représentent pour la santé pour tous et des changements auxquels l'Organisation devra s'adapter.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

<sup>2</sup> Document EB115/2.

Etant donné l'importance que le Directeur général attache aux activités mondiales de santé publique, il faut que les ressources financières de l'OMS, qu'elles proviennent du budget ordinaire ou des contributions volontaires, soient utilisées aussi efficacement que possible ; l'examen du projet de budget programme 2006-2007 de même que les augmentations qu'il contient sont donc très importants à cet égard.

M. JUNOR (Jamaïque) note que les enseignements tirés par les pays affectés par le tsunami confirment l'expérience récente de nombreux pays des Caraïbes. Pendant les sept années où il a occupé le poste de Ministre de la Santé, il a été frappé par la nécessité pour les pays d'avoir la capacité d'agir dans des situations où les victimes sont très nombreuses. Cette capacité, ainsi que l'a fait observer l'orateur précédent, ne peut reposer que sur un système de santé fonctionnel. Les pays des Caraïbes ont la chance, grâce à l'OPS, d'avoir mis en place un formidable potentiel régional d'intervention en cas de catastrophe touchant l'un ou l'autre d'entre eux. Il convient de remercier l'OPS et l'OMS qui ont aidé à rétablir une certaine normalité, notamment dans le secteur de la santé.

Le Dr LHOTSKA (Consumers International), invité par le PRESIDENT à prendre la parole et s'exprimant également au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, salue les opérations de secours mises en oeuvre. Le Réseau a déjà travaillé dans des situations d'urgence et il a participé à la rédaction d'un document sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des situations d'urgence, dont il est cosignataire, et au projet Sphere, charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes, qui encourage à adhérer au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé. Le Réseau est également membre du groupe de travail interorganisations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des situations d'urgence, qui a mis au point deux modules de formation donnant des conseils techniques pratiques au personnel des opérations de secours d'urgence.

Les risques, notamment de maladies diarrhéiques et d'autres infections, liés à la consommation de produits laitiers et de substituts du lait maternel et à l'utilisation d'articles pour l'alimentation des nourrissons dans des situations d'urgence, sont aggravés par le manque d'hygiène, la promiscuité et l'accès limité à l'eau potable et au carburant. L'allaitement au sein de même que la protection et le soutien de l'allaitement au sein exclusif et continu sont donc particulièrement importants pour garantir durablement la sécurité alimentaire et permettre l'espacement des naissances en l'absence de contraceptifs. Il faudrait que dans des situations d'urgence, les substituts du lait maternel soient fournis après une évaluation rigoureuse afin d'être distribués seulement aux enfants qui en ont besoin et pour la durée nécessaire et d'éviter qu'ils ne soient utilisés pour encourager les ventes. Il est préférable de nourrir les enfants séparés de leur mère avec des produits fabriqués localement, étiquetés dans la langue du pays et distribués avec des instructions précises sur leur utilisation en toute sécurité. Cela est particulièrement d'actualité compte tenu des récentes alarmes suscitées au plan de la santé publique par la distribution de préparations en poudre contaminées pour nourrissons et par le rappel international de certains produits.

Depuis le tsunami, Consumers International et le Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile se sont mobilisés pour fournir des informations, des conseils techniques et une aide pratique aux pays touchés ; ils ont créé un fonds spécifique et sont prêts à maintenir cette assistance. Le personnel d'autres organisations non gouvernementales travaillant sur le terrain a confirmé la valeur des matériels d'orientation fournis. Les Etats Membres devraient veiller à ce que la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein fassent partie intégrante de leurs politiques et de leurs programmes de préparation aux situations de crise, d'organisation des secours et d'activités de relèvement.

M. SUMIRAT (Indonésie)<sup>1</sup> exprime sa profonde gratitude à l'OMS pour l'aide et le soutien importants qu'elle a fournis à son Gouvernement et à la population indonésienne, en particulier aux habitants de la province d'Aceh, depuis le tsunami dans l'Océan indien. La qualité des soins de santé dispensés aux survivants est un élément fondamental qui concerne à la fois les secours et les activités de remise en état et de reconstruction dans les zones affectées. Jusqu'à présent, aucune épidémie grave n'a été signalée parmi les survivants en Indonésie, mais la menace de flambées de maladies diarrhéiques et de paludisme au cours des semaines à venir est très préoccupante. La coopération de l'OMS et d'autres organisations internationales sur le terrain est donc vivement appréciée.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise), faisant le point des débats, dit que les orateurs ont donné des conseils importants et relevé un certain nombre de difficultés non encore résolues. Nombre d'entre eux ont par ailleurs souligné qu'il était essentiel de tenir compte des questions sanitaires dans des situations de crise, qu'elles résultent de conflits ou de catastrophes naturelles. Les débats ont mis en lumière le rôle majeur des systèmes de santé et des professionnels de la santé. La capacité des systèmes de santé nationaux a de toute évidence une incidence considérable sur la situation sanitaire qui suit les situations d'urgence. Plusieurs choses sont nécessaires : systèmes d'alerte précoce efficaces pour les flambées de maladies, conseils et expérience solides en matière de santé publique, évaluation appropriée des événements en cours et travail de sensibilisation clair et précis par les professionnels de la santé. L'ensemble des orateurs ont manifesté leur solidarité à l'égard des pays touchés et offert une aide généreuse en espèces ou en nature, certaine comprenant le détachement de l'armée. L'OMS a été invitée à renforcer son aide aux pays de plusieurs manières : coordination des offres d'assistance pour qu'elles répondent aux besoins réels ; coordination de l'aide non planifiée parvenant aux pays ; appui à la mise en place de réseaux sociaux pour traiter les effets psychologiques de la crise ; aide à l'établissement de programmes et de politiques de préparation aux catastrophes et d'organisation des secours, y compris formulation de protocoles et exercices de formation ; mise sur pied de campagnes énergiques pour dissiper les rumeurs et rappeler à la communauté internationale les besoins d'autres régions où les catastrophes n'ont pas réussi à susciter une réaction aussi généreuse. Fournir ce type d'appui est une question complexe qui exige une organisation rigoureuse pour que l'action de l'ensemble du système des Nations Unies et de la communauté des donateurs ainsi que l'action sur le plan national et local soient plus efficaces.

Plusieurs orateurs se sont intéressés aux avantages respectifs du centre d'information sanitaire stratégique, des bureaux régionaux et des bureaux dans les pays pour assurer une action plus efficace. L'OPS, en particulier, possède de grandes compétences et fournit un appui important en ce qui concerne la crise actuelle. Par ailleurs, de nombreux membres du personnel de l'OMS et de nombreux volontaires participent activement aux opérations actuelles. Il est important, toutefois, de canaliser ces énergies de manière efficiente et efficace, par exemple au travers du programme triennal de renforcement de l'action de l'OMS en situation de crise et du forum pour les interventions sanitaires en cas de crise. Plusieurs orateurs ont laissé entendre qu'il faudrait que les Etats Membres augmentent leur soutien, y compris leurs contributions financières, afin de développer les activités de préparation aux situations d'urgence et de rendre l'OMS plus efficace dans des situations de crise.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) indique que le Secrétariat travaillera avec les parties intéressées à l'établissement d'un projet de résolution qui sera examiné dans le courant de la semaine.

Le PRESIDENT renouvelle les condoléances exprimées par l'ensemble des orateurs aux victimes du tsunami. Il remercie le Directeur général et ses collaborateurs pour les efforts

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

considérables qu'ils ont déployés face à la crise dans un esprit désintéressé. Il suggère de ne pas clore ce point de l'ordre du jour en attendant que soit examiné le projet de résolution.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 1.)

**3. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION : Point 3 de l'ordre du jour (document EB115/45)**

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, présente le rapport et dit que les participants ont estimé que la fusion en un seul et unique Comité représentait une amélioration par rapport aux dispositions précédentes, qui avait permis d'avoir des discussions plus complètes et plus vastes et de déboucher sur une série de recommandations concrètes à l'intention du Conseil.

A l'issue d'un long débat sur les domaines d'activité du projet de budget programme 2006-2007, le Comité a recommandé les points suivants : harmonisation des buts généraux par souci de cohérence ; examen des résultats escomptés afin de maintenir un niveau de qualité constant dans l'ensemble du document budgétaire ; examen des ressources nécessaires pour s'assurer qu'elles seront suffisantes pour obtenir les résultats escomptés ; et révision approfondie du domaine d'activité Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours. Le Comité a exprimé sa préoccupation devant la diminution rapide de la proportion du budget général de l'OMS représenté par le budget ordinaire, et demande instamment que des mesures soient prises afin d'éviter les conséquences indésirables de cette tendance. Le Comité a formulé des avis sur un certain nombre de sujets qui seront communiqués au fur et à mesure de l'examen par le Conseil des points de l'ordre du jour s'y rapportant.

Le Comité devrait tenir sa prochaine réunion le 13 mai 2005, soit juste avant l'ouverture de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il est suggéré d'évaluer le travail du nouveau Comité à l'issue d'un cycle complet de réunions en 2006.

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à formuler des observations générales sur le rapport et à attendre que le projet de budget programme soit examiné plus en détail pour des observations plus ciblées.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que la brièveté des observations faites dans le rapport sous les différents postes budgétaires, tels que celui sur la nutrition au paragraphe 26, ne facilite guère les commentaires constructifs. Le document budgétaire proprement dit (document PPB/2006-2007) est tout aussi obscur à certains endroits : ainsi, dans la section concernant la gestion des ressources humaines, il est impossible de juger comment il est prévu d'appliquer le module ressources humaines du système mondial de gestion, ou encore comment les procédures de gestion des postes clés sont améliorées et rationalisées. L'ensemble du document budgétaire repose sur le postulat selon lequel le gros des dépenses se ferait au niveau des pays ; or, dans certains cas, moins de 20 % des crédits budgétaires sont affectés aux pays. Si c'est en définitive dans les pays que seront dépensés l'essentiel des fonds alloués aux activités du Siège, il faudrait que cela soit clairement indiqué dans le document budgétaire.

Le Professeur DAB (France) attire l'attention sur la nécessité de prévoir un budget suffisant pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. La crise du tsunami a mis en lumière le lien indissoluble entre les situations de catastrophe et les situations d'urgence d'un côté et l'action à long terme de l'autre. Le membre de la Thaïlande a fourni plus tôt des exemples très concrets de ce lien. La préparation adéquate aux situations d'urgence doit être un poste essentiel du



budget ordinaire de l'OMS, et il ne faut pas se contenter d'une addition de budgets dédiés à des actions spécifiques. Par ailleurs, une stratégie budgétaire qui privilégie les contributions volontaires au détriment du budget ordinaire risque de compromettre la vocation même de l'Organisation. Chaque fois que l'Assemblée de la Santé fait une recommandation au Directeur général, il faudrait en évaluer d'abord l'impact budgétaire pour s'assurer que le Secrétariat peut y donner suite.

Le PRESIDENT dit que les questions soulevées par les membres de la Bolivie et de la France pourraient être étudiées en détail lorsque le Conseil examinera le point de l'ordre du jour relatif au projet de budget programme 2006-2007.

#### **4. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (reprise)**

**Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour : Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB115/4)**

Le PRESIDENT explique que le rapport du Secrétariat récapitule les discussions du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international, lors de sa première réunion en novembre 2004, et les résultats obtenus.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des 25 Etats Membres de l'Union européenne et des pays candidats – la Croatie et la Roumanie –, salue les progrès réalisés lors des consultations régionales et des négociations au cours de la réunion du groupe de travail intergouvernemental. L'Union européenne et ses Etats Membres continueront à participer activement au processus de révision afin de faire de ce Règlement un ensemble de règles cohérentes, contraignantes et utiles. Les opinions divergentes sur certaines questions importantes subsistent et un haut degré de coordination s'avère indispensable pour trouver des solutions consensuelles. L'OMS est invitée instamment à mettre en oeuvre les méthodes de travail les plus efficaces possibles afin que la prochaine réunion du groupe de travail intergouvernemental puisse déboucher sur un texte acceptable par tous.

En ce qui concerne l'annexe 2 du Règlement, l'Union européenne réaffirme la nécessité de disposer d'un algorithme qui semble être le meilleur moyen de prendre des décisions claires et de couvrir les caractéristiques et circonstances propres à chaque situation d'urgence. Il faut se féliciter que l'OMS ait convoqué sur ce sujet un groupe d'experts auquel l'Union européenne s'engage à participer de manière constructive pour parvenir à un compromis satisfaisant. Le Dr Hansen-Koenig ne doute pas que toutes les parties concernées feront preuve de la souplesse nécessaire pour surmonter les divergences qui subsistent, afin que, dans l'intérêt de tous les Etats Membres, le texte définitif soumis pour adoption à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé soit aussi fort que possible.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) se félicite des efforts déployés par le Secrétariat et le groupe de travail intergouvernemental pour achever le processus de révision. Comme l'orateur précédent, il estime qu'il faudrait disposer à l'annexe 2 d'un instrument de décision clair, et soutient vigoureusement l'inclusion d'une liste de maladies à déclaration obligatoire dans le Règlement.

Le Dr CAMARA (Guinée) se félicite également des progrès de la révision et de l'approche pragmatique et participative qui a consisté à associer tous les pays et toutes les Régions au processus de révision. Le Règlement doit véritablement traduire un consensus. L'inclusion de spécificités réduirait son efficacité et le rendrait plus difficile à appliquer. Les aspects techniques doivent être dissociés des aspects politiques et les termes utilisés être clairement définis. L'orateur insiste par ailleurs sur la nécessité de respecter la souveraineté nationale et sur la responsabilité des ministres de la santé en ce qui concerne l'annonce d'une urgence de santé publique. Il convient d'accorder une

attention particulière aux transports terrestres et à la nécessité, dans la Région africaine, d'appliquer le Règlement dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie.

Le Professeur CINTEZA (Roumanie), faisant siennes les remarques formulées par le membre du Luxembourg, dit que son pays soutient sans réserve la révision du Règlement pour que la communauté internationale puisse être alertée et réagir en cas de menace pour la santé publique. L'établissement d'un système national de surveillance pour satisfaire aux conditions du nouveau Règlement et de la décision (2003/542/EC) de juillet 2003 de la Commission européenne sur le fonctionnement des réseaux de surveillance spécialisés est une priorité pour la Roumanie. Le système roumain, outre les procédures et politiques écrites, disposera de son propre budget. En sa qualité de représentant de la Région européenne de l'OMS au bureau du groupe de travail intergouvernemental, la Roumanie salue l'occasion qui lui est donnée de définir une position régionale concernant la nouvelle proposition établie par le Président du groupe.

Le Dr PREECHA PREMPREE (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) se félicite de la conduite du processus de révision, qui a permis à toutes les parties prenantes d'y participer activement. La fréquence croissante des flambées de maladies infectieuses dans plusieurs Régions a suscité une mobilisation sans précédent pour collaborer à la révision du Règlement. Il est convaincu que, grâce à l'esprit collectif qui les a animés, les membres du Conseil auront su établir la base nécessaire à l'adoption du Règlement révisé par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

En ce qui concerne l'inclusion de maladies spécifiques à déclaration obligatoire, la Thaïlande propose que certaines maladies importantes figurent sur la liste des maladies à déclaration obligatoire et qu'un mécanisme de participation soit mis en place pour permettre de prendre les décisions qui s'imposent lorsqu'il faudra en ajouter de nouvelles. Quant à la composition et au travail du comité d'urgence, il souligne l'importance de la présence dans ce comité de personnes compétentes venant des pays touchés.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) se félicite du travail accompli jusqu'à présent ; des efforts considérables ont été déployés pour parvenir à un consensus sur les principes directeurs de la révision, ce qui a permis d'aboutir à une interprétation plus équilibrée du concept de l'urgence de santé publique de portée internationale. Grâce à cette base solide, le Règlement révisé pourra être appliqué afin d'accroître le plus possible la sécurité épidémiologique moyennant un coût minimum au regard des déplacements des populations et des marchandises. Les experts russes sont prêts à participer activement à la deuxième réunion du groupe de travail intergouvernemental pour trouver un consensus sur toutes les questions en suspens.

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

**La séance est levée à 17 h 35.**

## TROISIEME SEANCE

**Mardi 18 janvier 2005, 9 heures**

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)**

**Après une séance ouverte à 9 heures, la séance publique reprend à 10 h 05.**

### **1. QUESTIONS ADMINISTRATIVES : Point 7 de l'ordre du jour**

**Nomination du Directeur régional pour l'Afrique :** Point 7.1 de l'ordre du jour (document EB115/18)

Le Dr NDONG (Gabon), Rapporteur, donne lecture de la résolution suivante, adoptée par le Conseil en séance ouverte :<sup>1</sup>

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS ;

Vu la désignation et la recommandation faites par le Comité régional de l'Afrique à sa cinquante-quatrième session ;<sup>2</sup>

1. NOMME le Dr Luis Gomes Sambo en qualité de Directeur régional pour l'Afrique à compter du 1<sup>er</sup> février 2005 ;

2. AUTORISE le Directeur général à établir pour le Dr Luis Gomes Sambo un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> février 2005, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

Le PRESIDENT félicite le Dr Sambo de sa nomination.

**A l'invitation du PRESIDENT, le Dr SAMBO prononce le serment figurant à l'article 1.10 du Statut du Personnel et signe son contrat.**

Le Dr SAMBO (Directeur régional élu pour l'Afrique) se dit honoré d'avoir été nommé Directeur régional et adresse ses remerciements aux Etats Membres de la Région qui lui ont fait confiance. Sa participation aux travaux du Conseil et ses 15 années d'expérience au sein de l'Organisation lui ont été très utiles et le soutien constant du Dr Samba pendant la période où ils ont collaboré a contribué à le motiver pour cette nouvelle mission.

Le Dr Sambo est conscient de la gravité des problèmes de santé auxquels est confrontée l'Afrique, qui sont souvent liés à des questions de développement et, plus particulièrement, à la pauvreté. L'un des défis est la prévalence des maladies transmissibles, en particulier le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, mais aussi le poids croissant des maladies non transmissibles, des taux de mortalité maternelle très élevés, et de forts taux de mortalité infantile, tous concourant à une espérance de vie très basse dans la Région. Le VIH/SIDA est le problème de santé publique le plus préoccupant

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R1.

<sup>2</sup> Résolution AFR/RC54/R1.

en termes de morbidité et de mortalité, et aussi par son impact sur les performances économiques des Etats Membres. Tous les efforts seront faits, avec l'appui des partenaires, pour atteindre l'objectif de l'éradication de la poliomyélite. Un autre défi tient à la fragilité des systèmes de santé, surtout en ce qui concerne la disponibilité des ressources humaines, financières et technologiques.

L'engagement des pays africains en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé constitue une opportunité historique pour les gouvernements et pour l'OMS et ses partenaires, qui doivent reconnaître et renforcer cet engagement. Un accent particulier sera mis sur la promotion de l'excellence aux niveaux technique et gestionnaire, et en particulier sur la gestion fondée sur les résultats, la production de rapports et l'obligation redditionnelle.

Sous l'autorité du Directeur général, en coopération avec les Etats Membres et les partenaires, et en collaboration avec les autres Directeurs régionaux, le Dr Sambo s'attachera à réaliser le programme de travail de l'OMS en vue d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Le DIRECTEUR GENERAL accueille chaleureusement la nomination du Dr Sambo, qui travaille pour l'OMS depuis longtemps. Les défis qu'il aura à relever en Afrique, et notamment la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, sont considérables. Les capacités de soutien technique et les capacités administratives du Bureau régional et des bureaux de pays devront être renforcées, car l'efficacité de l'action de l'OMS dans la Région sera d'une importance capitale ces prochaines années. Le Dr Sambo devra exploiter les réalisations imposantes de son prédécesseur et il lui promet le soutien de l'Organisation dans cette entreprise.

Le Dr NDONG (Gabon), Rapporteur, donne lecture de la résolution suivante, adoptée par le Conseil en séance ouverte :<sup>1</sup>

Le Conseil exécutif,

Désirant, à l'occasion du départ à la retraite du Dr Ebrahim M. Samba, Directeur régional pour l'Afrique, lui exprimer sa reconnaissance pour les services qu'il a rendus à l'Organisation mondiale de la Santé ;

Sachant avec quel dévouement il a servi, sa vie durant, la cause de l'action de santé internationale et retenant plus particulièrement les 14 années et les 10 années pendant lesquelles il a rempli respectivement les fonctions de Directeur du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest et de Directeur régional pour l'Afrique ;

1. EXPRIME sa profonde gratitude et sa grande appréciation au Dr Ebrahim M. Samba pour son inestimable contribution à l'action de l'OMS ;
2. ADRESSE à cette occasion au Dr Ebrahim M. Samba ses vœux les plus sincères pour de nombreuses années encore au service de l'humanité.

Le Dr SAMBA (Directeur régional pour l'Afrique) rappelle que le Dr Sambo a été son collègue, son ami et son conseiller au cours de toutes ces années. Il est heureux d'avoir eu la possibilité de travailler pour l'OMS et d'y nouer des amitiés précieuses au fil des ans. Il a particulièrement apprécié celle du Directeur général, qu'il connaît depuis près de 20 ans, et celle de M. Gunnarsson, membre désigné par l'Islande.

L'Afrique est un continent difficile : le Conseil a examiné la veille les conséquences du tsunami survenu dans l'Océan indien pour la Somalie, mais en Afrique les situations d'urgence sont quotidiennes. Il exprime sa gratitude aux membres du Conseil pour leur soutien, à la Région africaine qui l'a élu pour servir l'Organisation, et à ses confrères, les autres Directeurs régionaux.

Le DIRECTEUR GENERAL rappelle que le Dr Samba a servi l'OMS pendant de longues années et avec beaucoup de dévouement. Son ouverture aux idées nouvelles a été très appréciée et il

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R2.

lui rappelle sa promesse de poursuivre l'action de l'OMS après sa retraite. Il souhaite au Dr Samba plein succès dans ses projets futurs.

Le Dr NDONG (Gabon), s'exprimant au nom du Groupe africain, remercie le Dr Samba de son excellent travail au service de l'humanité en général et de l'Afrique en particulier, et félicite le nouveau Directeur régional de son élection.

**Nomination du Directeur régional pour l'Europe :** Point 7.2 de l'ordre du jour (document EB115/19)

Le Dr NDONG (Gabon), Rapporteur, donne lecture de la résolution suivante, adoptée par le Conseil en séance ouverte :<sup>1</sup>

Le Conseil exécutif,

Vu l'article 52 de la Constitution de l'OMS ;

Vu la désignation et la recommandation faites par le Comité régional de l'Europe à sa cinquante-quatrième session ;<sup>2</sup>

1. NOMME de nouveau le Dr Marc Danzon en qualité de Directeur régional pour l'Europe à compter du 1<sup>er</sup> février 2005 ;
2. AUTORISE le Directeur général à établir pour le Dr Marc Danzon un contrat pour une période de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> février 2005, sous réserve des dispositions du Statut et du Règlement du Personnel.

Le Dr DANZON (Directeur régional pour l'Europe) se déclare honoré que le Conseil lui ait renouvelé sa confiance pour cinq nouvelles années à la tête du Bureau régional de l'Europe, et fera tout son possible pour ne pas décevoir ses attentes. Cette nomination pour un second mandat se produit dans un contexte mondial dramatique mais peut être aussi porteur d'espoir, celui d'un nouvel esprit de solidarité, comme en témoignent les réactions aux événements qui se sont produits en Asie du Sud. Pour l'OMS, qui est une organisation technique mais aussi détentrice de valeurs universelles, cette solidarité représente un devoir ; pour la Région européenne, c'est un encouragement à poursuivre l'amélioration des services fournis aux Etats Membres en vue de renforcer leurs systèmes de santé et de promouvoir leurs programmes de santé publique, en particulier ceux destinés aux populations fragiles.

Au cours des cinq prochaines années, le Bureau régional poursuivra son travail d'adaptation des grands programmes mondiaux aux besoins régionaux, en particulier concernant le VIH/SIDA, le programme « 3 millions d'ici 2005 », la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Région continuera également à améliorer sa connaissance des besoins de ses 52 Etats Membres pour adapter en permanence ses activités aux nécessités. Ce travail sera fait en partenariat avec le Directeur général et les collègues des autres Régions, et en coopération avec les autres organisations avec lesquelles l'OMS a des relations très étroites.

Le DIRECTEUR GENERAL félicite le Dr Marc Danzon de sa nomination.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, félicite le Directeur régional du travail qu'il a déjà accompli et l'assure du plein appui de l'Union au cours des cinq prochaines années.

<sup>1</sup> Résolution EB115.R3.

<sup>2</sup> Résolution EUR/RC54/R2.

Le PRESIDENT se joint aux orateurs précédents pour féliciter le Dr Danzon.

## 2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

**Révision du Règlement sanitaire international : mise à jour :** Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB115/4) (suite de la deuxième séance, section 4)

Le PRESIDENT déclare que cette révision du Règlement sanitaire international est probablement l'une des questions les plus importantes et les plus délicates dont est actuellement saisie l'OMS. La lenteur des progrès est préoccupante non seulement en raison de la nature du sujet mais parce que les délibérations prolongées absorbent des fonds qui pourraient être avec profit utilisés ailleurs.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) recommande de tenir des discussions parallèles dans le cadre de sous-groupes car c'est le meilleur moyen de progresser sur les points difficiles à résoudre.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) déclare que le soutien au processus de révision a été manifeste lors de la session de novembre 2004 du groupe de travail intergouvernemental, et des progrès ont été faits dans la recherche d'un consensus sur de nombreuses questions même s'il reste encore beaucoup à faire. Au cours de la prochaine session, les délégations devront donc faire preuve d'un esprit de collaboration et de coopération. Le Canada reste très attaché au calendrier défini pour l'adoption du Règlement révisé à l'Assemblée de la Santé en mai 2005 ; il ne fait guère de doute que le texte proposé par le Président devrait aider à orienter les négociations sur les points critiques.

Le Dr AHMED (Ghana) accueille avec satisfaction la stratégie pour la révision du Règlement sanitaire international et soutient la position de la Guinée concernant la souveraineté nationale. La question de propagation géographique doit être prise en compte dans la liste des maladies à inclure dans l'annexe 2. Il serait souhaitable de séparer les aspects politiques et techniques du Règlement.

M. JUNOR (Jamaïque) fait observer que la Jamaïque a été le seul pays anglophone des Caraïbes représenté à la première session du groupe en novembre 2004. Les amendements suggérés à la réunion régionale tenue en mars 2004 à la Grenade ont été intégrés au processus international de négociation. Parmi les questions clés figuraient la définition des maladies, la désignation des points focaux dans chaque Etat Membre, la détermination de la réaction appropriée à une urgence sanitaire internationale, l'assistance financière et technique requise par les Etats Membres pour mettre en oeuvre le Règlement dans les délais donnés, et l'équilibre à rechercher entre le respect des droits de l'homme et le caractère invasif des interventions médicales employées pour traiter certaines maladies ou lutter contre celles-ci. Les Etats Membres devront renforcer leur système de surveillance et revoir la législation existante concernant les procédures et les capacités nationales de mise en oeuvre du Règlement. La délicate question de savoir si les interventions médicales et autres du secteur public doivent être payantes et la question de savoir si les Etats Membres doivent avoir la possibilité de rejeter le Règlement, ou de formuler des réserves à son égard, devront être traitées.

La révision est pertinente et opportune car les Etats Membres doivent rester vigilants en ce qui concerne la sécurité compte tenu des menaces terroristes d'utilisation d'agents biologiques et de maladies transmissibles comme armes. C'est pourquoi la définition des maladies au XXI<sup>e</sup> siècle ne peut se limiter aux maladies infectieuses mais doit être étendue aux maladies provoquées par des substances chimiques et radionucléaires.

Mme HALTON (Australie) exprime son soutien au processus de révision, que la deuxième session devrait faciliter, ainsi qu'à la préparation de documents de fond sur des questions particulières. Elle privilégie la simplicité comme principe directeur et espère que le groupe d'experts qui doit se réunir avant la prochaine session pourra convenir d'un mécanisme pratique pour déclencher l'application du Règlement. La récente nomination de l'envoyé spécial du Directeur général devrait certainement favoriser l'obtention d'un consensus. Les récentes flambées de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire ont mis en lumière la nécessité d'un nouveau cadre mondial solide pour garantir une sécurité maximale contre la propagation internationale des maladies en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et aux échanges.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que l'une des questions dont il a été débattu au cours des consultations organisées dans la Région de l'Asie du Sud-Est a été le manque de capacités essentielles des Etats Membres pour mettre en oeuvre le Règlement dans les délais proposés. Il a donc été suggéré que l'on envisage une approche progressive qui laisse aux Etats Membres suffisamment de temps pour acquérir ces capacités. Il est indispensable d'évaluer les lacunes en matière de mise en oeuvre aux points d'entrée et de sortie, car l'application du Règlement représente un défi considérable pour des pays comme le Népal, qui ont des frontières ouvertes avec les pays voisins. On a également exprimé quelque inquiétude concernant le manque de clarté au sujet des points focaux nationaux et de leur rôle dans le processus de notification, de même qu'en ce qui concerne l'usage de sources d'information non officielles. Par ailleurs, le champ de la notification des événements chimiques et radionucléaires, et des dangers imputables à la libération délibérée d'agents chimiques suscite quelques préoccupations. On a le sentiment que cet aspect du Règlement pourrait être approfondi et que les inquiétudes exprimées par le membre des Etats-Unis d'Amérique sont compréhensibles. Un appui financier, technique et logistique important sera nécessaire dans certains pays pour développer les capacités de mise en oeuvre du Règlement comme indiqué dans la proposition.

Mme DENG Hongmei (Chine) salue les efforts déployés pour la révision du Règlement ; le processus de révision doit se poursuivre sous les auspices de l'OMS. Les considérations politiques ne doivent pas intervenir et le processus ne doit pas être retardé.

S'agissant de la mise en oeuvre, il faudra tenir compte des différences dans les législations, les réglementations et les conditions en vigueur dans certains pays en autorisant des délais plus longs avant l'entrée en vigueur de certains articles. Des négociations plus poussées seront nécessaires pour aplanir les divergences d'opinions sur des sujets importants. La Chine est prête à travailler avec les autres parties pour achever le processus de révision dès que possible.

Le Dr LAMATA COTANDA (Espagne) approuve la déclaration faite par le membre du Luxembourg lors de la réunion précédente et souligne l'importance qu'il y a à adopter ce Règlement révisé. Il est regrettable que, malgré les progrès réalisés, il n'ait pas été possible de soumettre un texte consensuel au Conseil. Des efforts supplémentaires devront donc être faits pendant la présente session du Conseil pour résoudre certaines difficultés techniques qui empêchent de parvenir à un accord, de sorte que le Règlement puisse être adopté à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, déclare que ses membres ont encore quelques préoccupations au sujet du texte. Il faudrait, en particulier, veiller à conserver un équilibre adéquat entre le mandat de l'OMS et la souveraineté des Etats Membres. Il convient d'accorder aux droits de l'homme l'importance voulue. En ce qui concerne les mesures sanitaires aux points d'entrée dans un pays, il faut prendre en considération le fait que l'entrée se fasse par route ou par rail, pour tenir compte de la situation des pays africains.

Le Groupe s'inquiète également de l'imposition possible de droits pour les mesures sanitaires prises au titre du Règlement et prie instamment le groupe de travail intergouvernemental de tenir compte des intérêts des pays en développement à cet égard. Les mesures supplémentaires proposées à l'article 39 pourraient conférer à certains pays la possibilité de prendre des mesures supplémentaires ;

or il est important de se garder des mesures unilatérales qui risqueraient de compromettre les efforts visant à promouvoir le multilatéralisme. La souplesse doit aller de pair avec la transparence et la non-discrimination, et les aspects techniques du cadre institutionnel du Règlement doivent être soigneusement séparés des aspects politiques. Les Etats Membres doivent faire en sorte que l’OMS agisse uniquement dans le cadre de son mandat et n’empiète pas sur celui d’autres organisations internationales.

En ce qui concerne la révision proposée de l’annexe 2, qui est au centre du Règlement, le Groupe africain a l’intention de participer au groupe spécial d’experts qui doit se réunir avant la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental. Il ne s’attend pas à ce que le groupe spécial examine le texte de l’annexe, mais plutôt à ce qu’il formule des avis d’experts afin de guider le groupe de travail intergouvernemental dans ses négociations.

Il faut éviter les contradictions possibles entre certains articles de la Constitution de l’OMS et les dispositions du Règlement sanitaire international, en particulier en ce qui concerne les réserves.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) déclare que, pour avoir été touché par les flambées de SRAS en 2003 et de grippe aviaire en 2004, le Viet Nam soutient pleinement la révision du Règlement sanitaire international, destiné à offrir le maximum de protection contre la propagation internationale des maladies tout en réduisant au minimum les entraves au trafic et aux échanges internationaux. Elle note qu’un consensus s’est dégagé sur un certain nombre de points et espère que le texte révisé sera soumis pour examen à l’Assemblée de la Santé en mai 2005.

Le Dr GAKURUH (Kenya) approuve la déclaration faite par le membre désigné par le Lesotho. Elle souligne la nécessité de définir ce que sont les sources formelles et informelles d’information et leur utilisation et, en ce qui concerne les pays en développement, d’évaluer convenablement à l’avance leur capacité de mise en oeuvre et les répercussions financières de cette mise en oeuvre.

Le Dr BUSS (Brésil) indique que les pays du MERCOSUR et du Pacte andin doivent se réunir en Uruguay fin janvier pour convenir d’une position commune en vue de la prochaine session du groupe de travail intergouvernemental.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> s’exprimant au nom du Groupe des pays d’Amérique latine et des Caraïbes, déclare que le groupe de travail intergouvernemental a fait des progrès à sa première session mais qu’il reste encore beaucoup à faire. Le Groupe des pays d’Amérique latine et des Caraïbes soutient la procédure proposée par le Président du groupe de travail intergouvernemental et la réunion du groupe spécial d’experts chargé d’examiner la révision de l’annexe 2 du Règlement. Ce groupe d’experts devrait compter le même nombre de membres que le Conseil pour garantir une représentation adéquate des groupes régionaux.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> déclare que des systèmes nationaux de surveillance efficaces ainsi qu’une coordination internationale sont essentiels pour prévenir la propagation des maladies. Il reste encore beaucoup à faire si le Règlement révisé doit être soumis à l’Assemblée de la Santé en mai 2005. En Inde, le texte proposé par le Président sera soumis aux partenaires nationaux pour observations ; des consultations régionales seront également organisées. L’Inde se félicite de la création d’un groupe spécial d’experts chargé d’examiner l’annexe 2 du Règlement.

M. ERGANI (Turquie)<sup>1</sup> s’associe à la déclaration faite la veille par le membre désigné par le Luxembourg.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l’article 3 de son Règlement intérieur.



Mme THOMPSON (Commission européenne), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de la coopération étroite entre l'OMS et la Commission européenne en ce qui concerne les activités destinées à prévenir la propagation des maladies transmissibles. L'Union européenne, en tant qu'organisation d'intégration économique régionale, et ses 25 Etats Membres s'efforceront de parvenir à un consensus sur la révision du Règlement à la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental. Des questions importantes restent à résoudre, y compris la façon de déterminer s'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, la portée du Règlement, la souveraineté des Etats Membres et les rôles et responsabilités de l'OMS. Il faudra améliorer l'efficacité des méthodes de travail et faire preuve de plus de souplesse et d'imagination lors de la deuxième session si l'on veut que la révision soit achevée à temps pour la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

M. ANGOT (Office international des Epizooties (OIE)), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, déclare que l'OIE souhaite développer sa collaboration avec l'OMS, en particulier dans le domaine des maladies émergentes et réémergentes, dont 75 % sont des zoonoses. Les Directeurs généraux des deux organisations ont signé, en décembre 2004, un accord qui souligne la nécessité d'accroître la surveillance et de prendre des mesures aussi proches que possible de la source de l'infection. Les maladies comme la grippe aviaire peuvent être maîtrisées si l'on élimine les pathogènes à la source. Il est essentiel de rétablir les systèmes de surveillance afin de dépister les zoonoses dans les pays touchés par le tsunami.

A la première session du groupe de travail intergouvernemental, l'OIE avait appelé l'attention sur les normes internationales adoptées par ses membres portant sur l'information sanitaire, le commerce international des animaux et des produits animaux et le rôle des services vétérinaires nationaux. La collaboration entre l'OMS et l'OIE porte également sur le système mondial d'alerte rapide sur les maladies transfrontières des animaux, la Convention des Nations Unies sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction, et l'antibiorésistance.

Le PRESIDENT, répondant aux observations du membre désigné par l'Espagne, indique qu'il a été informé par le Conseiller juridique que le Conseil lui-même n'avait pas mandat pour examiner le texte du projet de révision du Règlement sanitaire international, ce qui incombera au groupe de travail intergouvernemental le mois prochain.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) reconnaît les difficultés réelles qui demeurent et les différentes positions sur tout un éventail de questions. Il a noté en particulier les observations qui ont été faites en ce qui concerne l'importance de l'instrument de décision, celle de la liste des maladies, la portée du Règlement et la nécessité de respecter, et non de compromettre, la souveraineté nationale. Il semble que davantage d'attention doive être accordée au développement des capacités nationales, au rôle des points focaux et à la fourniture d'un soutien financier et technique à certaines parties. Les facteurs politiques ne devraient pas intervenir dans le processus, et les aspects politiques et techniques devraient être chaque fois que possible séparés. Il faut également plus de simplicité, prévoir une mise en oeuvre progressive tenant compte des capacités différentes des pays, et des méthodes de travail plus efficaces. La question des postes-frontières terrestres doit recevoir l'attention voulue et il faut parvenir à un consensus sur les droits et les réserves. Il est important que la souplesse offerte par les mesures supplémentaires soit assortie d'une transparence, mais aussi que soient respectés la Charte des Nations Unies, les droits de l'homme et la Constitution de l'OMS. Le rôle et les responsabilités de l'OMS doivent également être définis, ainsi que les activités de l'Organisation par rapport à celles d'autres institutions. Le bureau du groupe de travail intergouvernemental se réunira sous peu pour finaliser certains des arrangements pour la deuxième session et prendra certainement en considération les sentiments exprimés par le Conseil.

Mme WHELAN (Irlande),<sup>1</sup> prenant la parole en qualité de Président du groupe de travail intergouvernemental, se dit optimiste et pense que le groupe pourra terminer ses travaux conformément à son mandat et prie instamment les participants de faire preuve, lors de la prochaine session, de la même souplesse qu'en novembre 2004. Elle se félicite de l'importance accordée au texte proposé par le Président, qui sera disponible dans toutes les langues officielles avant la fin de la présente session du Conseil, de sorte qu'elle pourra recevoir les réactions des participants.

### **Le Conseil prend note du rapport.**

#### **Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation** : Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB115/5)

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne et des pays candidats, la Croatie, la Roumanie et la Turquie, déclare que le tsunami constitue un rappel des responsabilités qui nous incombent en ce qui concerne la préparation aux épidémies et leur prévention. La mondialisation s'avère être un terrain propice à la propagation des maladies et il importe dès lors que chaque région du monde soit dotée de systèmes d'alerte et de surveillance pour les épidémies afin de réduire les menaces pour la santé mondiale. La révision du Règlement sanitaire international est une priorité absolue pour l'Union européenne et tous les efforts doivent être faits pour résoudre les questions en suspens.

Elle se félicite de l'accent mis sur les cinq nouveaux domaines de préoccupation émergents dans le projet de budget programme 2006-2007. Sans préjuger des discussions qui auront lieu à l'Assemblée de la Santé, elle appuie les six domaines d'activité prioritaires qui ont été définis, en particulier le domaine Pour une grossesse à moindre risque. Des précisions devront cependant être apportées quant à l'établissement des priorités, notamment en ce qui concerne les activités à réduire ou à arrêter. Le nouveau Centre européen de lutte contre les maladies devrait aider sous peu à rendre l'action communautaire plus efficace et faciliter les synergies entre l'OMS et l'Union européenne.

Plusieurs pays font un lien entre développement économique et santé. La flambée de SRAS de 2003 a montré que les systèmes de santé et les économies étaient également vulnérables. Les systèmes de santé peuvent être renforcés par la prise en compte de stratégies sanitaires dans les politiques de lutte contre la pauvreté et les programmes des donateurs. Il est vrai que si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il faudra investir davantage dans le domaine de la santé tout en considérant les questions de parité entre les sexes, d'équité et de cohésion sociale. L'Union européenne sera un partenaire engagé à cet égard, notamment auprès des pays particulièrement en retard sur la voie de la réalisation des objectifs.

De nombreux problèmes liés à la santé sapent le développement économique et social des pays et leurs efforts de lutte contre la pauvreté. Le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, décembre 2004) a souligné, par exemple, la nécessité de faire face à la pénurie massive d'agents de santé et de renforcer la coordination entre les donateurs. La tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles chroniques et le tabagisme compromettent sérieusement la réalisation de ces objectifs. L'Union européenne salue l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et jouera un rôle actif au sein de la Conférence des Parties.

A moins de redoubler d'efforts dans le domaine de la santé génésique, tant la mortalité maternelle et infantile que le VIH/SIDA s'avèreront des obstacles majeurs à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Des stratégies nouvelles et novatrices doivent être élaborées contre le VIH/SIDA, et l'Union européenne se félicite des mesures prises par l'OMS à cet égard. L'équilibre essentiel entre prévention et traitement doit être maintenu, et les services de prévention et de traitement doivent être mieux intégrés, rendus plus accessibles et dotés d'un personnel compétent et

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

motivé. Les dernières statistiques ayant confirmé la féminisation de l'épidémie de SIDA, les femmes doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les politiques de lutte contre le VIH/SIDA. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » reste un élément clé de la stratégie mondiale contre le VIH/SIDA et les Etats Membres devraient recevoir des informations sur sa mise en oeuvre et sur les autres mesures qui seront prises en 2005 pour atteindre les objectifs fixés. L'OMS devrait également collaborer avec tous les organismes coparrainants de l'ONUSIDA, en particulier au niveau des pays. Aux Conférences ministérielles européennes sur le VIH/SIDA qui se sont tenues à Dublin en février 2004 et à Vilnius en septembre 2004, il a été fait état d'une augmentation alarmante des nouvelles infections par le VIH dans les pays à revenu intermédiaire, y compris certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. Une feuille de route a été élaborée et des mesures spécifiques ont été prises par les gouvernements.

En ce qui concerne le projet de budget programme 2006-2007, le processus de réforme du système des Nations Unies devrait permettre à l'OMS de canaliser un appui plus efficace en faveur des pays en développement. Le Directeur général informera l'Assemblée de la Santé des progrès accomplis concernant ce processus de réforme et les options envisagées ou mises en oeuvre.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) fait observer que la première phrase du document EB115/5 rappelle la difficulté des problèmes qu'il reste à traiter. Avec le recul, des objectifs du Millénaire pour le développement pourraient même paraître avoir été choisis sans que l'on ait suffisamment pris en compte ce qui pouvait objectivement être réalisé.

Cependant, même si au moins 10 des 18 cibles fixées sont liées à la santé, le succès de leur réalisation dépendra dans la plupart des cas du degré de coordination entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Par exemple, le dilemme auquel est confronté le secteur de la santé quant à savoir s'il faut d'abord améliorer la santé pour favoriser le développement économique ou si au contraire la lutte contre la pauvreté serait plus efficace pour améliorer la santé ne peut être résolu que par la coopération avec les secteurs économiques, sociaux et politiques. De plus, même si les objectifs semblent être exclusivement orientés sur les pays pauvres et en développement, en réalité leur réalisation dépend de l'engagement de tous les pays, y compris des pays riches.

Un autre aspect à prendre en considération est l'inégalité des conditions de vie qui est à l'origine de l'émigration des pays pauvres vers les pays riches. Il sera très difficile de surmonter les nombreux obstacles économiques à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement – les facteurs économiques se répercutent sur le secteur de la santé mais sont difficiles à maîtriser. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003*,<sup>1</sup> le projet de budget programme 2006-2007 et les orientations stratégiques accordent la plus haute importance à cet aspect du développement sanitaire. Les relations futures entre l'OMS, les autres organisations du système des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods et l'OMC seront donc extrêmement importantes.

Le rapport de situation mentionne l'intention de l'OMS de soutenir le renforcement des capacités au sein des ministères de la santé pour leur permettre de participer plus efficacement aux débats macroéconomiques. Ces compétences pourraient également s'avérer utiles pour améliorer l'accès des pays les moins avancés à la connaissance, aux technologies et aux services. L'OMS doit donc repenser son rôle et la nature de sa coopération plutôt que d'encourager les pays à orienter leurs efforts et leurs budgets nationaux sur ses propres priorités budgétaires. On ne saurait trop insister sur l'importance de la coopération avec tous les autres secteurs et organisations, la nécessité de réexaminer les instruments nationaux et internationaux à cette fin et l'importance de renforcer le rôle directeur des ministères de la santé dans le processus décisionnel national.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), s'exprimant au nom du Groupe africain, se dit préoccupé par la conclusion du rapport selon laquelle les pays les plus pauvres n'atteindraient pas les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, aucune région du monde en développement n'est sur

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, 2003.

la bonne voie pour atteindre la cible en matière de mortalité infantile, et les taux de mortalité maternelle et néonatale dans la Région africaine sont les plus élevés au monde. Il rappelle l'engagement pris par les Ministres de la Santé africains et exprimé à la cinquante-quatrième session du Comité régional de l'Afrique à Brazzaville en 2004, d'accélérer la réalisation des objectifs liés à la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique. Conformément à la résolution adoptée, il demande l'appui et l'assistance technique de l'OMS pour accroître les investissements dans la santé de la mère et du nouveau-né ; élaborer, mettre en oeuvre, suivre et évaluer les plans d'action appropriés ; élaborer des outils et des principes directeurs pour renforcer les systèmes de prestation de soins de santé, en particulier pour les soins obstétricaux d'urgence ; et former des agents de santé de niveau intermédiaire aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Le projet de budget programme 2006-2007 comme le onzième programme général de travail 2006-2015 donnent la priorité à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, mais pour cela des fonds suffisants doivent être mis à disposition pour le programme de travail qui couvre une période de 10 ans.

Le Dr AHMED (Ghana), constatant que certains des facteurs qui expliquent la conclusion selon laquelle la plupart des pays pauvres n'atteindront pas les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ont été traités, pense qu'il faudrait accorder une attention particulière aux raisons de l'exode du personnel qualifié vers les pays développés.

Dans de nombreux pays, l'éducation et la diffusion de l'information concernant les objectifs du Millénaire pour le développement sont limitées, en particulier au niveau politique. L'OMS s'efforce de résoudre ce problème en développant son rôle de sensibilisation dans les pays. Bien que la stratégie consiste à faire participer tous les secteurs de la communauté, dans la pratique, elle a tendance à s'orienter plutôt en faveur du secteur de la santé. La décision d'inclure des cibles pertinentes localement est utile et tient compte du fait que les niveaux de développement varient selon les pays. La situation économique de nombreux pays pauvres crée un obstacle supplémentaire à la réalisation des objectifs et elle est également un domaine dans lequel l'action de sensibilisation de l'OMS et d'autres organismes internationaux pourraient apporter un réel changement en vue de la réalisation d'au moins une partie des objectifs d'ici 2015.

**La séance est levée à 12 h 35.**

## QUATRIEME SEANCE

Mardi 18 janvier 2005, 14 h 25

Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES** : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

**Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : rapport de situation** : Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB115/5) (suite)

Le Dr CAMARA (Guinée) accueille avec satisfaction le rapport de situation et présente les mesures prises par la Guinée pour réaliser les objectifs du Millénaire : d'une part l'élaboration d'un document qui définit un cadre de coordination, de planification et de mobilisation des ressources en vue de réduire la pauvreté et, d'autre part, le renforcement du système de santé par l'amélioration des services sanitaires de base, notamment des services d'urgence. Grâce à des partenariats avec l'AID des Etats-Unis d'Amérique, la France, le Japon, l'OMS et l'UNICEF, la Guinée a pu élaborer des programmes nationaux pour combattre le paludisme, rendre les grossesses plus sûres et garantir une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Les programmes de vaccination ont été renforcés. De façon générale, les services de santé ont été décentralisés pour les rapprocher des personnes qui en ont besoin et pour désenclaver des zones d'accès difficile. En dépit de ces mesures, la Guinée, comme d'autres pays africains, doit relever le défi des objectifs du Millénaire pour le développement alors qu'elle est confrontée à la pauvreté, à une mortalité infantile et maternelle élevée, à l'afflux de réfugiés de pays voisins instables et aux effets des ajustements structurels. Trop peu d'accouchements ont lieu en présence de personnel qualifié et il n'y a pas assez de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. L'approvisionnement en chloroquine, fer et acide folique, utilisés chez la femme enceinte comme traitement prophylactique de l'anémie, l'accès à l'eau potable et l'assainissement sont encore insuffisants. Il faut tenir compte des besoins particuliers des pays en développement, notamment des plus pauvres, si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire d'ici 2015.

Le Dr GAKURUH (Kenya) se félicite du rapport de situation et s'associe aux déclarations du membre désigné par le Lesotho. Concernant les nombreux problèmes auxquels la Région africaine est confrontée, il faut avant tout s'attacher à trouver des solutions politiques et économiques. Enumérant quelques-unes des conditions fondamentales de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, elle fait remarquer que la plupart des pays africains manquent de ressources humaines dans le domaine de la santé. Le Kenya doit faire face à une difficulté supplémentaire – l'impossibilité d'employer 6000 à 7000 infirmières qualifiées à cause d'un embargo sur l'emploi qui a entraîné une grave pénurie de personnel dans de nombreux dispensaires, voire la fermeture des établissements. La qualité des services de santé a pâti du manque de fournitures ou d'un approvisionnement irrégulier, du délabrement des infrastructures, d'un matériel inadéquat ou qui ne fonctionne pas.

Concernant la gestion, à cause du manque de moyens de transport et de communication, les systèmes d'orientation ont disparu et les patients n'ont pas confiance dans les établissements de santé de niveau inférieur. Les actions de santé entreprises au niveau communautaire sont moins nombreuses, car la situation s'est détériorée depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires.

Un engagement politique au plus haut niveau est nécessaire pour défendre, en s'appuyant sur des données factuelles, le développement des ressources humaines pour la santé et le partage des compétences au sein des Régions ; assurer le surcroît de financement indispensable pour acquérir ces

ressources humaines, se procurer des fournitures et du matériel et moderniser ou reconstruire les infrastructures ; et instaurer un nouveau mode durable de financement des soins de santé.

M. COSTEA (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) partage les vues du membre désigné par le Luxembourg. La Roumanie reconnaît que tous les Etats Membres doivent, d'urgence, redoubler d'efforts pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, faute de quoi ces objectifs ne seront pas atteints dans bien des endroits : aucun pays en développement n'a encore atteint les cibles fixées en matière de mortalité de l'enfant ; la mortalité maternelle n'a baissé que dans les pays où la mortalité était déjà faible et, dans les pays à mortalité élevée, la situation reste stationnaire ou même se dégrade. On pourrait tirer les leçons de l'expérience des pays en développement qui ont progressé dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

La réforme du secteur de la santé en Roumanie se fonde sur le principe d'accès équitable aux services de santé et sur une meilleure affectation des ressources et vise en particulier à faire baisser le taux de morbidité et le nombre de décès prématurés. Concernant l'objectif 6, des progrès remarquables ont été enregistrés dans la lutte contre le VIH/SIDA grâce à l'accès universel au traitement, à des plans d'action, à des interventions en faveur des personnes qui ont un comportement à risque et à l'accès gratuit aux services de conseil et de dépistage. Le traitement des femmes enceintes VIH-positives a permis d'éliminer presque totalement la transmission mère-enfant, et le risque de transmission nosocomiale a disparu.

Il souligne l'importance du plan pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement publié par le projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies ;<sup>1</sup> la Roumanie examinera soigneusement les recommandations pertinentes et elle est disposée à coopérer avec l'OMS tant au niveau national qu'au niveau régional.

Mme CHA-AIM PACHANEE (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) remercie l'OMS de son appui, notamment en ce qui concerne le renforcement des capacités et les conseils techniques, très utiles aux Etats Membres soucieux d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et dont la tâche est extrêmement difficile vu les tendances actuelles. Elle note aussi avec satisfaction que le rapport souligne la nécessité d'accroître les investissements en santé publique et de mieux utiliser le peu de ressources disponibles. En Thaïlande, le taux de mortalité maternelle a diminué de plus des trois quarts, entre 1980 et 1990, sans augmentation importante du budget consacré à la santé. Il faut que les fonds servent à améliorer l'accès aux services essentiels de soins de santé primaires, de préférence aux soins tertiaires destinés aux citoyens aisés. Seules la paix et la croissance économique rendront possible une augmentation durable du budget national de la santé pour répondre aux besoins. Alors qu'il y a 20 ans, la moitié du budget de la Thaïlande était consacré à la sécurité et au service de la dette publique, le retour à la paix et à une croissance économique rapide a permis d'augmenter progressivement les dépenses consacrées à l'amélioration des infrastructures, des services sociaux, de l'éducation et de la santé, et par la suite de mettre en oeuvre une politique d'accès universel à l'assurance-maladie et aux antirétroviraux. Il faut donc absolument que le Secrétariat collabore avec plusieurs secteurs pour contribuer à la paix, à l'établissement de relations commerciales constructives et à la mondialisation.

Elle est convaincue qu'il est utile d'avoir des informations pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs, vu l'absence de fiabilité de certaines statistiques. Les Etats Membres et les organisations internationales doivent apporter leur soutien au réseau de métrologie sanitaire afin d'élargir sa couverture.

Le budget ordinaire alloué au renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé ayant été réduit alors qu'il faut renforcer d'urgence ces systèmes, elle demande que les allocations budgétaires dans ce domaine soient réexaminées. Elle appelle également les Etats

---

<sup>1</sup> Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies 2005. *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York.

Membres à défendre la nécessaire augmentation des contributions pour couvrir ces domaines d'activité importants.

Le Secrétariat doit soutenir davantage le renforcement des capacités au sein des ministères de la santé afin qu'il soit possible de réaliser les objectifs. Il faut cependant que les ministères de la santé et d'autres ministères, la société civile et le secteur privé coopèrent étroitement si l'on veut que les objectifs soient atteints.

M. DELVALLÉE (suppléant du Professeur Dab, France) partage les vues du membre désigné par le Luxembourg et indique que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé sera l'axe principal des efforts de coopération internationale déployés par le Ministère français des Affaires étrangères, par le Ministère de la Santé, par d'autres organismes intervenant dans le domaine de la santé et par toutes les organisations non gouvernementales partenaires concernées. Par ailleurs, les objectifs seront la priorité de la coopération bilatérale, du renforcement des systèmes de santé et des relations avec l'OMS et les autres organisations du système des Nations Unies. Il est évident qu'aucun pays ne pourra atteindre les objectifs sans une réflexion collective sur les moyens de les financer. Les contributions nationales, qu'elles soient volontaires ou obligatoires, ne suffiront pas. Avec le soutien de 110 autres pays, la France a lancé l'idée d'une taxe internationale, dont le produit pourrait par exemple être consacré à la lutte contre le SIDA. Cette idée rejoint celle du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de créer un dispositif international pour financer la vaccination. Ces deux propositions cadrent avec la série de conférences sur les ressources du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, dont la première aura lieu en Suède en mars 2005, et avec l'examen de haut niveau des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs (New York, 14-16 septembre 2005). Il faut espérer que tous les pays participants conjugueront leurs efforts pour accélérer le développement et que la contribution de chaque Etat Membre à la réalisation des objectifs sera discutée à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr LAMATA COTANDA (Espagne) fait observer que, chaque jour dans le monde, 20 000 enfants meurent de faim et que la famine est l'une des principales causes de décès prématuré. Tous les peuples et tous les gouvernements devraient être sensibilisés au problème de la faim afin qu'ils prennent conscience de la nécessité de modifier les relations économiques pour promouvoir le développement. L'objectif 8 souligne que ce point est une condition préalable à une amélioration de la situation sanitaire. L'OMS pourrait constamment attirer l'attention sur le lien direct entre l'économie et la santé, bien que cela ne constitue pas sa mission principale. Les débats sur le tsunami survenu en Asie ont mis l'accent sur la nécessité de promouvoir la solidarité et la mobilisation des ressources. De la même manière, l'OMS pourrait attirer l'attention sur la catastrophe actuelle des décès prématurés dus à la pénurie alimentaire, afin d'inciter les gouvernements, les peuples, les individus et les organisations humanitaires à coopérer pour faire changer les choses. C'est peut-être la première fois dans l'histoire que l'on dispose du savoir-faire et de la technologie nécessaires pour opérer ce changement, mais la volonté et l'appui politiques sont eux aussi indispensables pour y parvenir.

Le renforcement des systèmes de santé, la formation des professionnels de la santé et la couverture universelle sont des objectifs essentiels qui pourraient être réalisés moyennant une augmentation du financement et une utilisation plus efficace des ressources. Du point de vue des donateurs, trop souvent, les activités se chevauchent ou sont ponctuelles et sans suite, ou les programmes en cours dans différents pays, voire dans un même pays ou groupe de pays, font l'objet de multiples évaluations. L'OMS pourrait et devrait jouer un rôle plus important en collaborant avec les pays concernés, afin de mieux coordonner et exploiter les fonds disponibles. Nous ne pouvons pas laisser passer la possibilité qui nous est donnée de faire disparaître le fléau de la faim au XXI<sup>e</sup> siècle.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) rappelle que, lors du récent séminaire du Conseil (Reykjavik, 9-10 décembre 2004), lorsqu'il a été question de l'avenir de la santé publique dans le monde, beaucoup ont insisté sur le fait que la santé et le développement ne font qu'un. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé passe donc d'abord par l'éradication de la pauvreté. Bien que la pauvreté ne relève pas expressément de la compétence de

l'OMS, elle est directement liée aux activités de l'Organisation et ne doit pas en être séparée. La pauvreté se propage facilement et la combattre, c'est tendre vers un objectif lié à la santé. Les questions politiques et techniques doivent être examinées ensemble. Il en va de même pour les objectifs du Millénaire : il faut faire de la santé un moyen de tous les atteindre. Tous les pays ayant les capacités nécessaires devraient coopérer à la réalisation des objectifs, y compris de ceux liés à la santé.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) soutient l'action que mène l'OMS à l'échelle de l'ensemble du système pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et qui requiert un engagement politique ferme et des efforts concertés de tous les secteurs. Il n'y a pas lieu d'être optimiste, car les activités liées à la santé sont émaillées de difficultés. Il faut donc analyser les principaux obstacles et y trouver des solutions, fixer des cibles étape par étape et procéder à une évaluation concrète, afin de faire de l'OMS le moteur de la réalisation des objectifs.

Il partage le point de vue de l'OMS selon lequel il faut privilégier les pays qui ont le plus de difficultés à réaliser les objectifs. Il faut, d'un autre côté, échanger des données d'expérience pour que, finalement, tous les pays atteignent ces objectifs. Cinq ans après l'adoption de la Déclaration du Millénaire, le moment est propice à une évaluation systématique des progrès accomplis. Il est particulièrement important d'inciter les organismes d'aide au développement à s'engager davantage, ce qui favoriserait une coopération entre les Etats pour un développement commun. La Chine espère que l'OMS prendra de nouvelles mesures pour contribuer à la réalisation des objectifs.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) fait observer que la Déclaration du Millénaire a donné à tous les Etats Membres une série d'objectifs clairs ; le plus difficile est de trouver les moyens de les réaliser. L'OMS, qui est tenue, en coopération avec les Etats Membres, de veiller à l'intégrité et à la qualité des rapports sur les objectifs du Millénaire liés à la santé, pourrait aussi favoriser une approche fondée sur des données factuelles et mieux coordonnée, afin de contrôler de plus près comment est acheminée et dépensée l'aide au développement et comment son impact est mesuré et évalué. Cependant, l'OMS ne devrait pas chercher à atteindre ces objectifs en participant à un débat sur la macroéconomie ou en conseillant les pays sur les accords de commerce internationaux. Ces démarches, qui, de toute façon, sont du ressort d'autres organisations internationales, grèveraient des ressources déjà trop modestes. Mme Valdez est quelque peu préoccupée par l'emploi par l'OMS de l'expression « droit à la santé » et propose d'utiliser la formule complète, telle qu'elle figure dans la Constitution de l'OMS et qui est reproduite en note au bas de la page 6 du rapport.

Il est clairement ressorti du débat qu'en dépit d'efforts concertés, les objectifs ne seront probablement pas atteints. A propos des observations formulées par les orateurs précédents, elle souligne le rôle fondamental que peut jouer l'OMS en montrant comment les investissements dans le domaine de la santé contribuent à la croissance et au développement économiques et en soulignant la nécessité d'un engagement politique au plus haut niveau. L'Organisation a également un rôle important à jouer auprès des Etats Membres en les aidant à garder les objectifs du Millénaire pour le développement au coeur du débat politique aux niveaux national et international.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) reconnaît l'importance du rapport de situation, qui non seulement fait le bilan de la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, mais également expose les principales orientations du onzième programme général de travail 2006-2015. On ne peut que se féliciter de l'étendue de la coopération entre l'OMS et les divers partenaires du système des Nations Unies. L'orateur approuve la position de principe qui consiste à renforcer les activités au niveau des pays, mais leur résultat dépend en grande partie de la qualification du personnel chargé de les mettre en oeuvre et de les superviser ; les Etats Membres et les bureaux régionaux doivent être attentifs sur ce point. Les pays ayant des systèmes sociaux et économiques moins développés et les pays en transition, dont le budget est limité, auront du mal à distribuer leurs ressources plus efficacement. Ces dernières années, cependant, la plupart de ces pays ont bénéficié d'un appui externe non négligeable. L'OMS pourrait contribuer à ce que cette assistance soit utilisée à bon escient.



Il approuve l'appui fourni dans le domaine des brevets, notamment en ce qui concerne les nouveaux médicaments, et aux fins de réduction des droits de douane et du prix des médicaments, du matériel et des produits médicaux. Il approuve également la supervision et la surveillance renforcées des activités menées à tous les niveaux pour atteindre les objectifs du Millénaire. Il serait utile, à cet égard, de fixer des critères communs pour les travaux des bureaux nationaux de la statistique.

Mme PEXOVÁ (suppléant du Professeur Fišer, République tchèque) se félicite des efforts déployés par l'OMS pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et demande si un projet de résolution sur leur réalisation sera rédigé pour être examiné par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

M. JUNOR (Jamaïque) dit que le rapport de situation fait une analyse réaliste de la situation concernant la réalisation des objectifs liés à la santé et qu'il relève même des évolutions très décevantes. Cinq ans après l'adoption de la Déclaration du Millénaire, le risque que l'écart se creuse entre pays développés et pays en développement et que les objectifs puissent être réalisés à l'échelle mondiale sans que l'état de santé des peuples les plus pauvres et les plus vulnérables s'en trouve amélioré est réel. L'opération pourrait ainsi manquer son but, d'où la nécessité impérieuse de mesures sérieuses ; il faut déterminer comment parvenir au résultat global voulu au niveau mondial. Il faut peut-être aussi accorder plus d'importance aux pays pauvres afin que la couverture tienne compte des disparités entre nations riches et nations pauvres, et que l'on ne croie pas, à tort, avoir réalisé les objectifs.

Certains pays ont déjà fait des progrès remarquables dans des domaines correspondant aux objectifs du Millénaire pour le développement et se sont donc fixé des cibles plus ambitieuses. Le Conseil doit aider les Etats Membres qui ne progressent pas dans la réalisation des objectifs à se pencher sur les raisons de leur échec. Dans certains pays, l'impossibilité de réaliser des objectifs semble venir d'une incapacité à mettre en oeuvre des stratégies, principalement en raison du manque de ressources humaines et d'infrastructures. L'enseignement, en particulier, doit être amélioré car un faible niveau d'instruction empêche de mettre durablement à profit l'assistance technique offerte.

On ne saurait trop insister sur la nécessité d'un financement approprié. Le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 fait état de taux d'exécution très médiocres dans les domaines d'activité correspondant aux objectifs 4 et 5 et indique clairement, en ce qui concerne le développement durable, qu'il reste beaucoup à faire pour arrêter des positions cohérentes dans l'Organisation et qu'en dépit des nombreux progrès enregistrés, la place de la santé dans le développement n'est pas encore assurée. Il constate avec inquiétude que, dans le projet de budget programme 2006-2007, une très faible proportion des fonds alloués aux domaines d'activité correspondant aux objectifs 4 et 5 provient des contributions au budget ordinaire. Ces domaines d'activité correspondent à des programmes normatifs et, selon ce document, les difficultés éprouvées par l'OMS pour atteindre ses objectifs sont dues en partie à une incertitude concernant ces programmes. Il faut examiner de près l'affectation des fonds provenant des contributions volontaires et des contributions au budget ordinaire. Etant donné leur importance pour l'humanité, l'OMS doit renouveler son engagement en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr YOOSUF (Maldives) espère, au sujet du partenariat entre l'OMS et les Nations Unies, que le nouveau plan pratique de lutte contre la pauvreté, censé être un modèle d'un bon rapport coût/efficacité pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, donnera des résultats. Pour atteindre les objectifs, il faut mobiliser et gérer efficacement les ressources aux niveaux national et international, ce qui suppose de former des gens dans les domaines de la santé publique et de la gestion sanitaire. Au niveau de l'élaboration des politiques et à d'autres niveaux, il faut aussi sensibiliser davantage ceux qui déterminent l'utilisation des budgets nationaux.

De nombreux pays, parmi ceux qui progressent difficilement sur la voie qui mène aux objectifs, disposent de systèmes de santé qui fonctionnent mal et traversent, d'une manière ou d'une autre, une crise naturelle ou causée par l'homme. Ainsi, les Maldives sont parvenues à faire baisser considérablement les taux de mortalité maternelle et infantile et à accroître notablement la couverture

vaccinale et l'espérance de vie. Six jours avant le tsunami, les Maldives avaient été retirées de la liste des pays les moins avancés. Il faudra de nombreuses années avant qu'elles puissent retrouver leur niveau de développement antérieur.

Pour atteindre les objectifs, il faudra améliorer la gouvernance, l'équité et la gestion des ressources. A cet égard, comme l'indique le rapport de situation, le contrôle, le suivi et la notification des ressources sont d'une importance cruciale.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) se félicite que l'OMS mette de nouveau en exergue la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et qu'elle appelle à investir davantage dans la santé publique et dans l'action collective, dans un cadre large tenant compte des questions de parité entre les sexes et d'équité. Il est inquiétant d'apprendre que la plupart des pays pauvres n'atteindront probablement pas les objectifs liés à la santé et, en particulier, qu'aucune région du monde en développement n'est en voie d'atteindre la cible concernant la mortalité de l'enfant. Manifestement, il est urgent d'intensifier l'action collective. Le membre désigné par la Jamaïque a raison de souligner qu'il faut intégrer les objectifs dans la planification budgétaire et, perspective encourageante, que le onzième programme général de travail couvrira la période allant jusqu'à la date butoir fixée pour la réalisation des objectifs. D'autres intervenants ont parlé du lien essentiel à établir entre la santé et le développement économique ; l'OMS devrait appuyer ce processus. Les manifestations qui doivent avoir lieu en 2005 offrent une excellente occasion de parvenir à un nouveau consensus mondial sur le renforcement de la coopération et de l'action internationales entreprises pour atteindre les objectifs, occasion que l'OMS devrait saisir pour créer de nouveaux partenariats utiles à cette fin.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par l'Islande, dit que, lors du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, 2-3 décembre 2004), il a été souligné que la réalisation des objectifs exigeait un financement plus important et une aide plus efficace. L'une des préoccupations majeures est de renforcer au plus tôt les systèmes de santé, notamment, comme l'a signalé le membre désigné par la Jamaïque, du point de vue des ressources humaines. Dans de nombreux pays pauvres, le manque de personnel est l'un des principaux obstacles à l'amélioration du système de santé. Il manque notamment des professionnels de la santé dans les communautés touchées par le VIH/SIDA. Il faut s'attaquer au problème à tous les niveaux, au niveau tant national qu'international. Le Secrétariat doit collaborer étroitement avec les Etats Membres, la Banque mondiale et le Fonds monétaire international dans le domaine des politiques macroéconomiques pour remédier à ce problème complexe.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> dit que certains objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ne seront atteints que si les stratégies sanitaires plus générales tiennent compte du contexte local concernant l'équité, l'appartenance éthique, les spécificités propres aux hommes et aux femmes, et les principaux déterminants de la santé. Le cinquième anniversaire du Sommet du Millénaire offre une occasion unique de dresser un bilan et de réaffirmer l'engagement mondial à réaliser les objectifs. Pour sa part, l'Inde est déterminée à réduire des deux tiers, d'ici 2015, le taux de mortalité de l'enfant qu'elle enregistrait en 1990, à réduire de moitié le taux de mortalité infantile actuel pour le ramener à 30 pour 1000 en 2010, et à adopter un programme d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois. Elle prévoit de mettre en place progressivement la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans tout le pays et de réduire la mortalité maternelle en faisant en sorte que toutes les femmes enceintes soient recensées et bénéficient des soins prénatals de base et d'une vaccination antitétanique, en encourageant l'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, en améliorant l'accès aux anesthésistes et aux banques de sang et en assurant des services de santé génésique et de pédiatrie dans les régions reculées. L'Inde entend également réduire la morbidité et la mortalité palustres de 25 %

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

d'ici 2007 et de 50 % d'ici 2010 et, d'ici 2010 aussi, éliminer la leishmaniose et réduire de moitié la mortalité par tuberculose. Concernant le VIH/SIDA, elle continuera à faire porter l'essentiel de ses efforts sur la prévention de la transmission mère-enfant, la réduction de la transmission par voie sanguine, les soins et le traitement des personnes vivant avec le VIH, et sur une amélioration de la surveillance, afin d'obtenir des données épidémiologiques sur l'évolution de l'infection à VIH dans le temps.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'OMS devrait fixer des normes et des principes directeurs concernant les programmes par maladie pour qu'il soit possible de mesurer leur impact sur les systèmes de santé nationaux. Un personnel soignant bien formé, soutenu et motivé étant indispensable au bon fonctionnement d'un système de santé, il faudrait que la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé puisse consacrer suffisamment de temps à la pénurie actuelle de ressources humaines. Il serait bon d'établir un rapport sur la mise en oeuvre de la résolution WHA57.19 relative aux migrations internationales des personnels de santé. Elle approuve l'idée de l'OMS de consacrer le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* aux ressources humaines et de tout mettre en oeuvre en 2006 pour remédier à la crise des ressources humaines pour la santé. Constatant que les dépenses de santé ont encore appauvri les plus démunis, elle engage les ministres de la santé et des finances, l'OMS et les donateurs à suivre l'exemple de l'Ouganda, en faisant en sorte que les services de santé essentiels soient gratuits au point d'accès. La question du montant facturé aux utilisateurs doit être examinée d'urgence. Pour que les objectifs liés à la santé soient atteints, l'OMS et les donateurs doivent mieux soutenir la recherche opérationnelle dans les pays en développement sur les mécanismes de financement de la santé qui favorisent les pauvres et garantissent ainsi une plus grande équité. L'organisation que Mme Keith représente aidera à acquérir les connaissances nécessaires à cette fin et demande à l'OMS, aux donateurs et aux milieux universitaires de collaborer avec les organisations non gouvernementales pour recueillir des informations sur les meilleures pratiques en la matière. Elle soutient également les initiatives visant à améliorer la qualité et étendre le champ des systèmes d'information sanitaire et de notification des progrès réalisés sur la voie des objectifs du développement ; elle souhaiterait néanmoins que le suivi des objectifs du Millénaire repose aussi sur des indicateurs des ressources humaines au sein des systèmes de santé. The Save the Children Fund partage les préoccupations de l'OMS au sujet de l'importance accordée aux indicateurs de résultats.

Le Dr ROSES PERIAGO (Directeur régional pour les Amériques) indique que les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont considéré certaines mesures comme indispensables pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : progresser plus vite vers une nette réduction des inégalités en santé, vers l'accès aux services de base et la sécurité sociale ; augmenter les dépenses et les investissements sanitaires et répartir plus rigoureusement les ressources sectorielles ; accorder plus d'attention aux soins de santé primaires et à la promotion de la santé ; faire des efforts soutenus pour renforcer l'infrastructure de santé publique ; et concevoir et mener des politiques et des activités intersectorielles qui influent sur les déterminants économiques et sociaux des cibles sanitaires énoncées dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Il en résultera une plus grande cohésion sociale et un plus grand respect du droit à la santé. Les politiques, plans et programmes sanitaires des pays de la Région viseront donc à inverser les tendances qu'affichent la plupart des indicateurs sanitaires ; s'ils n'y parviennent pas, il sera impossible d'atteindre les cibles fixées pour 2015. C'est pourquoi le quarante-cinquième Conseil directeur de l'OPS a adopté en septembre 2004 la résolution CD45.R3 sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les cibles sanitaires, qui fixe des objectifs aux Etats Membres de l'OPS, car peu d'entre eux ont complètement intégré les objectifs dans leurs politiques, plans, programmes et budgets. Enfin, le droit à la santé suppose un régime démocratique fort conjugué à la cohésion sociale, car il n'y aura de vraie démocratie que si tous les habitants de la Région profitent sans exception des avantages du développement.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), auquel s'associe le Dr BUSS (Brésil), propose que le Secrétariat rédige un projet de résolution sur les liens étroits entre le développement en général et la santé, qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) fait observer que le projet du Millénaire vient tout juste de publier son rapport.<sup>1</sup> Il sera difficile de rédiger un projet de résolution pendant la présente session du Conseil ; il faudra d'abord analyser le rapport plus à fond. Il suggère que le Secrétariat rédige un projet de résolution, dans les deux semaines qui viennent, et le distribue par courrier électronique pour avis et commentaires. Le projet de résolution serait ensuite présenté par le Directeur général à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. En réponse à la question posée par le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), il précise qu'il n'y a rien d'inhabituel à ce que le Directeur général présente le texte d'un projet de résolution à l'Assemblée de la Santé pour examen.

### **Il en est ainsi convenu.**

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) constate que l'engagement envers la Déclaration du Millénaire et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ne faiblit pas. Mais les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs sont inégaux, voire insuffisants dans certains cas. De nouveaux instruments, de nouvelles méthodes de collaboration, d'autres sources de financement s'imposent et il faut réaffecter les fonds existants. Certains Etats Membres ont affirmé que c'est aux Etats Membres eux-mêmes de suivre l'évolution de la situation au niveau des pays, mais l'OMS peut les aider à obtenir des données fiables, à renforcer les systèmes d'information et à ventiler les données, afin de s'en servir pour décider des orientations générales à tous les niveaux. D'autres ont estimé qu'il fallait profiter des manifestations prévues en 2005 pour nouer de nouveaux partenariats. A cet égard, l'OMS traite avec les institutions de Bretton Woods et d'autres institutions financières, et continuera de le faire. Le Dr Leitner comprend les mises en garde contre le risque que l'Organisation ne se disperse, mais la participation du Secrétariat est sollicitée dans le débat sur les droits de l'homme et les négociations commerciales pour que les questions de santé soient dûment prises en compte. Mais pour cela et pour faciliter la participation des ministères de la santé aux tribunes régionales et internationales sur ces questions, il faut un minimum de personnel. Le secteur de la santé doit en particulier renforcer les systèmes de santé, s'attaquer aux questions de personnel de santé et d'information sanitaire et s'occuper de la prévention et de l'atténuation des conséquences.

Le débat qui se déroule ici, le rapport de situation et le Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Abuja, 2-3 décembre 2004) ont tous mis en lumière la situation particulière des pays en crise qui ont le moins de chances d'atteindre les objectifs. Il faut trouver un moyen de surmonter la crise pour pérenniser les progrès accomplis sur la voie du développement socio-économique durable.

### **Le Conseil prend note du rapport.**

#### **La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : Point 4.4 de l'ordre du jour (document EB115/7)**

Le PRESIDENT rappelle que la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a décidé que le projet de résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant qui lui était soumis

---

<sup>1</sup> Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies 2005. *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York.

serait examiné par le Conseil à sa présente session.<sup>1</sup> Il appelle l'attention sur le rapport faisant l'objet du document EB115/7 et sur le projet de résolution qui y figure.

Le Dr TANGI (Tonga) précise qu'il s'exprime principalement au nom des petits Etats insulaires du Pacifique, auteurs du projet de résolution initial examiné en Commission A lors de la précédente Assemblée de la Santé. D'après les procès-verbaux, 16 orateurs étaient favorables au projet, 6 étaient contre ou souhaitaient avoir plus de temps pour l'examiner et 2 avaient demandé son examen immédiat. Le texte révisé et le texte initial sont tous deux présentés au Conseil pour comparaison. Nul doute que le Secrétariat était animé des meilleures intentions quand il a établi le projet de texte révisé, mais une grande partie du texte initial a été supprimée et le projet de résolution soumis au Conseil est complètement différent du premier. Il répartit autrement les responsabilités, ce qui le rend inacceptable aux yeux des auteurs. La question a entre-temps été abordée avec l'un des auteurs, le Népal, mais, pour une raison inconnue, les cinq petits Etats insulaires du Pacifique, eux aussi à l'origine du projet, n'ont pas été consultés. L'un d'entre eux a su que le texte avait été amendé et a chargé le Dr Tangi, en tant que membre du Conseil originaire de la Région, d'enquêter sur la question. Le Conseil devrait examiner le projet de résolution initial, comme l'a demandé l'Assemblée de la Santé, selon la procédure prévue à l'article 9 du Règlement intérieur du Conseil exécutif. Le Conseil ne devrait pas créer un précédent dangereux en dérogeant à cette règle.

Pour le Dr ACHARYA (Népal), le rapport indique clairement que l'Assemblée de la Santé a demandé au Conseil d'examiner, à sa cent quinzième session, le projet de résolution proposé par les six Etats Membres énumérés au paragraphe 1 et de le présenter à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé pour examen. En d'autres termes, il a été demandé au Conseil d'examiner le même projet de résolution que celui soumis à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé. Le Népal a répondu à temps au sujet du projet de résolution amendé et a fait part de ses observations par l'intermédiaire de sa mission permanente à Genève, mais il semble que les autres auteurs du projet initial n'ont pas été consultés. Il note avec satisfaction que le membre désigné par les Tonga a pu s'entretenir avec les pays depuis lors.

Dans le projet de résolution amendé, le texte du paragraphe 1.3) (numéroté 1.1) dans l'original) est inutilement dilué et laisse à penser que seuls les nourrissons des groupes à haut risque courent un danger. Le Népal propose donc de rétablir le paragraphe 1.1) du texte initial, à savoir : « de s'assurer que les personnels soignants, les parents et les personnes ayant la garde d'enfants sont informés de l'éventuelle contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par des micro-organismes pathogènes et que cette information est communiquée par des mises en garde explicites sur les étiquettes ». Le paragraphe 1.4) devrait être modifié de la manière suivante : « de travailler en étroite collaboration avec toutes les parties intéressées pour continuer à réduire la concentration et la prévalence des agents pathogènes, dont *Enterobacter sakazakii*, dans les préparations en poudre pour nourrissons en faisant les recherches et en prenant les mesures nécessaires ». Au paragraphe 1.5), il conviendrait de remplacer « organismes chargés de fixer les normes alimentaires » par « organisations chargées de fixer les normes alimentaires, y compris en ce qui concerne la recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, qui ne doit pas être soumise à des influences commerciales ». Il est particulièrement important d'ajouter ce dernier membre de phrase. Le Népal est également fermement opposé à la suppression du paragraphe 1.3) du texte initial et propose de le rétablir. Le paragraphe 2.1) devrait être modifié de la manière suivante : « de continuer à tenir dûment compte des résolutions de l'Assemblée de la Santé pertinentes dans le cadre de son mandat opérationnel lors de l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations, y compris lors de la révision des normes et des lignes directrices concernant l'étiquetage, la qualité et la sécurité des aliments transformés destinés au nourrisson et au jeune enfant ».

---

<sup>1</sup> Document WHA57/2004/REC/3, procès-verbal de la huitième séance de la Commission A, p. 167.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) se félicite du rapport et salue les efforts faits pour apporter au projet de résolution les changements proposés par les Etats Membres pendant et depuis la dernière Assemblée de la Santé. Le Canada attache la plus haute importance à la nutrition chez le nourrisson, le jeune enfant et la mère, et se félicite de l'action continue que l'OMS et la FAO mènent dans ce domaine, et notamment de la fixation de normes par la Commission du Codex Alimentarius. Depuis quelques années, le Canada s'efforce tout particulièrement de prévenir les carences en micronutriments en veillant à ce que le régime alimentaire comprenne des nutriments essentiels comme le fer, la vitamine A et l'iode. A la suite du rapport sur la carence en iode publié par l'OMS,<sup>1</sup> plusieurs membres du Conseil, Etats Membres et organisations internationales, en particulier le Conseil international de Lutte contre les Troubles dus à la Carence en Iode, ont établi un projet de résolution à examiner par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il faut poursuivre et, au besoin, intensifier l'action menée pour éliminer les troubles dus à la carence en iode.

En novembre 2004, Santé Canada a recommandé de nourrir exclusivement au sein, pendant les six premiers mois, les enfants en bonne santé nés à terme ; cette recommandation est conforme à celle de l'OMS.

Le Dr SOPHIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) reprend à son compte les observations du membre désigné par les Tonga et soutient le projet de résolution initial. Elle partage également les préoccupations du Canada concernant les troubles dus à la carence en iode. Il est vital pour la santé et le développement des générations futures, et pour l'avenir de toutes les nations, d'observer les meilleures pratiques nutritionnelles dans l'alimentation du nourrisson et de l'enfant. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est encore appliqué de façon inégale alors que tous les Etats Membres devraient l'appliquer sérieusement. Il devrait être renforcé par un cadre juridique prévoyant des peines réelles en cas de violation, et le principe de sanctions sociales pour non-observance devrait être promu. Le congé de maternité de six mois prévu par le Code, qui est l'une des grandes stratégies pour encourager l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, devrait devenir une norme internationale. Dans nombre de pays en développement, le congé de maternité dure un mois seulement. De toute évidence, la coopération des employeurs des secteurs public et privé est indispensable. L'alimentation de complément, après l'âge de six mois, est elle aussi cruciale. L'OMS devrait préconiser la consommation d'aliments nutritifs d'origine locale, de préférence à l'importation de produits étrangers coûteux. Vu que l'allaitement maternel exclusif dépend surtout des mères, il faudrait leur faire prendre conscience des avantages de l'allaitement au sein et qu'il est important qu'elles restent en bonne santé. D'après un article publié en 2003 dans *The Lancet*, l'allaitement au sein permet d'éviter une proportion non négligeable des décès chez les enfants de moins de cinq ans. Le Conseil devrait constituer un groupe de rédaction pour examiner le projet de résolution.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) estime lui aussi que les gouvernements et le secteur privé doivent se préoccuper du risque de contamination des préparations pour nourrissons et autres produits de ce type par des agents pathogènes. Il faudrait adopter des politiques et des normes nationales fondées sur les meilleures données scientifiques dont on dispose. Une résolution de l'OMS sur le sujet est cependant prématurée et pourrait même être contre-productive. La Commission du Codex Alimentarius, qui a pour mission d'élaborer des normes, lignes directrices et autres textes internationaux concernant l'alimentation, la nutrition et l'étiquetage des aliments, est en train de revoir les normes applicables aux préparations pour nourrissons, notamment les normes de fabrication des préparations en poudre, en raison du risque de contamination par *E. sakazakii* et d'autres agents pathogènes pendant la fabrication. Les Etats-Unis ont signalé le danger d'une telle contamination à l'attention de la Commission au moment où elle révisait le Code d'usages international recommandé

---

<sup>1</sup> De Benoist B et al., eds. *Iodine status worldwide: WHO global database on iodine deficiency*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge. Le Comité du Codex sur l'Hygiène alimentaire a constaté que les données sur ce type de contamination présentaient encore d'importantes lacunes. Il faut donc faire d'autres recherches pour évaluer les risques. Des progrès ont certes été faits, mais ce n'est que lorsque les processus engagés auront abouti que les Etats Membres pourront débattre de la situation en connaissance de cause et adopter des politiques nationales adaptées. La question doit être examinée à la lumière de données scientifiques, en tenant compte de tous les cas de figure pour prévenir la contamination par *E. sakazakii* et en étudiant notamment les méthodes sûres de préparation et de manipulation des préparations en poudre. Des experts scientifiques du Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique ont été consultés ; d'après eux, même s'il y a un risque que cet agent pathogène provoque une maladie chez certains nourrissons, les plus vulnérables sont les prématurés nés après moins de 36 semaines de gestation pendant les 4 ou 6 semaines qui suivent leur naissance, les enfants immunodéprimés de tous âges et les enfants nés à terme soignés dans des unités de soins néonataux intensifs de niveau 2 ou 3. Le risque est probablement faible pour les nourrissons nés à terme et en bonne santé. La situation est telle qu'il faudra adopter des solutions complexes et différentes selon les besoins nationaux et culturels, y compris trouver de bonnes solutions de remplacement des préparations pour nourrissons afin d'éviter d'exposer les enfants à haut risque, et aussi faire plus de pédagogie auprès de différents acteurs des réseaux de santé publique et de distribution et auprès des personnes qui ont la charge de nourrissons et des fabricants de produits. Etant donné que la Commission du Codex Alimentarius est déjà en train d'examiner tous ces aspects, le mieux serait que le Conseil reconnaisse les progrès importants accomplis jusqu'ici et ne prenne aucune mesure qui pourrait entraver l'avancée des travaux.

Le Dr AHMED (Ghana) indique que la question de la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant revêt un caractère d'urgence dans les pays africains en développement, où l'allaitement au sein, encore fréquent en milieu rural, l'est de moins en moins en milieu urbain à cause de l'évolution des modes de vie. Dans ce cas, l'analphabétisme ou de mauvaises conditions de réfrigération et de stockage peuvent entraîner un risque important pour les enfants à qui l'on donne des préparations pour nourrissons. De plus, les enfants de faible poids de naissance ou de mère VIH-positive, plus souvent nourris au moyen de préparations que les autres, sont exposés au risque d'infection par les agents pathogènes présents dans les produits non stériles. Les personnes qui s'occupent de ces enfants doivent être informées, par l'étiquette ou par d'autres moyens, que ces produits peuvent être contaminés. En plus des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, l'OMS devrait elle-même agir dans ce domaine. Il est tout à fait partisan d'appliquer la recommandation sur l'allaitement au sein, comme le préconise le membre désigné par la Thaïlande.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne et de la Croatie, de la Roumanie et de la Turquie, pays candidats à l'adhésion, insiste sur l'importance du sujet pour les Etats européens. Elle espère que les travaux de la Commission du Codex Alimentarius vont avancer rapidement. L'OMS doit cependant prendre position, compte tenu notamment des événements survenus récemment dans un Etat Membre de l'Union européenne. L'Union européenne est favorable à une résolution sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, mais propose plusieurs amendements au texte qui figure dans le document EB115/7. Au paragraphe 1.3), il faudrait supprimer le membre de phrase « axée sur les besoins particuliers des pays en développement », car les informations et la formation concernant la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons ne doivent pas être circonscrites à certaines zones géographiques. Au paragraphe 2.2), il faudrait ajouter « de manière à assurer que les utilisateurs soient informés que le produit n'est pas stérile et doit être préparé et conservé de manière appropriée » après les mots « correctement étiquetés ». Au paragraphe 3.2), il faudrait insérer « indépendante » après « recherche ».

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) constate avec satisfaction que la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant<sup>1</sup> est suivie d'effets. Il apprécie le travail effectué par le Secrétariat à l'appui de cette stratégie. Il ne fait aucun doute que la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois donne de bons résultats, mais il reste encore beaucoup à faire. Tous les pays devraient prendre des mesures efficaces pour que les nourrissons et les jeunes enfants soient mieux nourris. En ce qui concerne les préparations en poudre pour nourrissons, les produits ne sont manifestement pas exempts de risques. Les fabricants doivent veiller à ce que les consommateurs les utilisent correctement. Il note que, depuis 10 ans, l'OMS oeuvre de concert avec l'UNICEF pour la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.

Il est favorable à la proposition de soumettre une résolution sur la lutte contre la carence en iode à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) fait savoir que son pays soutiendra lui aussi une résolution sur la carence en iode, mais que la question de la contamination des préparations pour nourrissons est plus urgente encore. Le membre désigné par les Tonga a déjà expliqué l'évolution du texte du projet de résolution. La présentation de textes différents émanant de sources différentes et aboutissant à des conclusions différentes prête à confusion. Le Conseil ne dispose pas d'informations suffisantes pour se prononcer sur l'étiquetage des préparations pour nourrissons et décider s'il suffit d'indiquer sur l'étiquette que le produit n'est pas stérile. Il souhaiterait avoir des explications sur les cas de contamination qui ont eu lieu en France. Les membres du Conseil souhaiteraient aussi que le Secrétariat leur donne des orientations, car il est en mesure de récapituler les informations techniques fournies par tous les Etats Membres. Le Conseil est aujourd'hui saisi d'un projet de résolution modifié à l'insu des pays qui en sont les auteurs et sur des données techniques insuffisantes. Il importe de savoir avec certitude à quelle température les bactéries présentes dans les préparations en poudre sont tuées et si le processus de stérilisation détruit les vitamines, comme certains travaux l'affirment. Il n'est pas concevable d'adopter la résolution, même amendée, sans disposer des données techniques nécessaires pour tirer ces questions au clair.

Le Professeur DAB (France) explique qu'en France, entre le 25 octobre et le 13 décembre 2004, la contamination de préparations en poudre par *E. sakazakii* a entraîné la mort de deux nourrissons sur neuf (quatre nourrissons infectés et cinq nourrissons dont le tube digestif avait été colonisé par la bactérie). Les cas sont survenus dans cinq hôpitaux et une enquête épidémiologique approfondie a permis d'établir que les neuf souches de bactéries en cause n'étaient pas distinguables les unes des autres ni de celles mises en évidence dans les échantillons d'un produit qui représente 50 % des laits en poudre commercialisés en France. Dans un premier temps, deux lots de ce produit ont été retirés du marché, mesure de compromis entre la nécessité de protéger la population et la volonté de ne pas désorganiser l'approvisionnement. Il a ensuite été décidé avec les fabricants de retirer complètement le produit sous forme de poudre en France et ailleurs ; la même préparation sous forme liquide stérile continue d'être utilisée. Des discussions sont en cours avec l'ensemble des firmes concernées, et notamment avec les fabricants du produit, pour fixer les conditions dans lesquelles il pourra être réintroduit sur le marché.

Malgré l'étendue des compétences techniques de la Commission du Codex Alimentarius, il est légitime et même urgent que l'OMS se saisisse de la question, vu que *E. sakazakii* a provoqué des décès dans un pays où l'hygiène est bonne. D'après les enquêtes, le risque de contamination résulte d'une conjonction de facteurs. Il est difficile de stériliser les produits selon les techniques existantes, comme il est difficile d'en faire l'analyse microbiologique, et les méthodes pour ce faire ne sont pas standardisées. Les procédés de contrôle de la qualité présentent eux aussi des lacunes. Pour un certain nombre de lots de produits fabriqués au début de 2004, aucun échantillon n'a été conservé, de sorte qu'il est impossible de faire une analyse rétrospective pour déterminer à quel stade de la production

---

<sup>1</sup> Résolution WHA55.25.



une erreur a pu se produire. Les problèmes de préparation et de conservation ne concernent pas que la France et la formation des professionnels de la santé est manifestement insuffisante en la matière.

Il s'agit donc véritablement d'un problème de santé publique, auquel il faut remédier. Le grand public, les professionnels de la santé et les médecins pensent que les préparations pour nourrissons sont stériles, alors que, d'après ce qu'on sait aujourd'hui, ce n'est pas toujours le cas. Il est donc indispensable d'informer le plus rapidement possible les utilisateurs professionnels et les parents, comme le recommandent d'ailleurs les industriels avec lesquels le secteur de la santé traite en France.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que son pays s'inquiète, comme d'autres Etats Membres, de la qualité des préparations en poudre pour nourrissons. Le Conseil doit adopter une résolution sur la question. Il approuve la proposition de constituer un groupe de rédaction.

Le Dr YOOSUF (Maldives) considère, lui aussi, que le projet de résolution dont est saisi le Conseil n'est pas acceptable en l'état. Suffisamment d'éléments montrent le danger que présente *E. sakazakii* pour que le public en soit averti. La raison pour laquelle le projet de résolution initial a été modifié n'est pas claire. Il est difficile d'imaginer qu'un membre du Conseil ou du Secrétariat puisse souhaiter que les professionnels de la santé soient parrainés par les fabricants de substituts du lait maternel ou que la recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit soumise à des influences commerciales ; or les paragraphes du projet initial destinés à éviter de telles situations ont été supprimés. Le Dr Yoosuf est lui aussi partisan de constituer un groupe de rédaction.

Mme HALTON (Australie) estime qu'une nutrition de bonne qualité est sans aucun doute une priorité absolue pour un bon départ dans la vie et un bon état de santé à l'âge adulte. La promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est une priorité pour l'Australie. Outre les préparations pour nourrissons, la carence en iode a été évoquée, et Mme Halton attend avec intérêt l'examen de cette question à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le membre des Tonga a fait part des préoccupations légitimes concernant la procédure ; il faudra en tirer des leçons. Pour ce qui est du fond, elle note que la Commission du Codex Alimentarius s'occupe des aspects techniques et des normes de la réglementation de l'étiquetage. Les travaux progressent mais ils ne sont pas encore terminés. Le Conseil ne devrait pas adopter une résolution couvrant des domaines dans lesquels il n'a pas forcément les compétences techniques nécessaires pour juger. En revanche, il est clairement dans les attributions de l'OMS d'encourager l'allaitement au sein. Les prescriptions techniques en matière d'étiquetage, les données scientifiques, le respect des bonnes pratiques de fabrication, le rappel des produits et l'éducation des consommateurs pour qu'ils utilisent correctement les produits sont autant de points sur lesquels l'OMS devrait donner son point de vue mais dont, compte tenu de leur complexité, un groupe de rédaction serait mieux à même de s'occuper.

Mme STERKEN (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT ainsi qu'au nom du Réseau international des Groupes d'Action pour l'Alimentation infantile, estime que tous les parents, où qu'ils soient, ont le droit d'être informés du problème de la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii*. Le rappel récent d'un de ces produits au niveau international et la mort de deux nourrissons en France montrent que le risque est réel. Il est donc particulièrement important que l'étiquette indique que les préparations en poudre pour nourrissons ne sont pas stériles. En France, les mères déplorent que cette information capitale soit donnée par les médias et les services d'assistance téléphonique des industriels au lieu de figurer sur les étiquettes ou dans les mises en garde des autorités.

Les procédures de la Commission du Codex Alimentarius sont longues : il se peut que celle engagée n'aboutisse pas avant 2008 ou 2010. Entre-temps, des bébés meurent. Concernant l'alimentation du nourrisson, les parents ont droit à des informations complètes, exactes et fondées sur des travaux scientifiques sérieux, financés par des sources indépendantes. Les arguments alléguant des

avantages sanitaires et nutritionnels sont des procédés de marketing destinés à induire en erreur les futurs ou nouveaux parents. Sur aucun substitut du lait maternel ne devraient figurer des arguments faisant valoir ses avantages pour la santé, puisque les données scientifiques confirment que les taux de mortalité et de morbidité ont tendance à être plus élevés chez les enfants nourris artificiellement, que leur croissance comme leur développement cognitif et visuel ne sont pas optimaux et qu'ils sont davantage exposés au risque d'obésité.

Le parrainage des professionnels de la santé par les fabricants d'aliments pour nourrissons donne lieu à des conflits d'intérêts. Certains gouvernements ont déjà promulgué des lois interdisant différentes formes de parrainage par l'industrie. Il est indispensable que l'Assemblée de la Santé adopte une résolution, dans laquelle elle demande instamment à tous les gouvernements d'éviter les conflits d'intérêts en interdisant le parrainage commercial. Une résolution ferme et claire donnerait des orientations sans équivoque à la Commission du Codex Alimentarius.

Mme LEHNERS-ARENDT (Association internationale des Consultants en Lactation), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, indique que l'Association a fait sienne la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dont il est question dans la résolution WHA55.25, et que ses membres sont en mesure d'apporter une assistance pratique, clinique et fondée sur des données probantes pour la mise en oeuvre de cette stratégie. Les gouvernements devraient entreprendre de se fixer des buts et des objectifs nationaux en matière d'allaitement maternel, avec des échéances réalistes, et mesurer les réalisations et les résultats. L'application de la stratégie mondiale peut permettre d'éviter 19 % de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Les arguments nutritionnels et sanitaires ont pour but d'augmenter les ventes de substituts du lait maternel et doivent être interdits. Une résolution s'impose sur *E. sakazakii*, afin de répondre au souhait des parents que des informations complètes figurent sur les étiquettes des substituts du lait maternel, notamment la mention que les préparations en poudre pour nourrissons ne sont pas stériles. La question du parrainage par les fabricants de préparations pour nourrissons n'est pas simple, mais il serait bon que d'autres suivent l'exemple des membres de l'organisation qu'elle représente en refusant le parrainage. La recherche sur la santé et la nutrition infantiles est à la base des politiques publiques en matière d'alimentation du nourrisson et ne devrait subir aucune influence commerciale. Elle engage le Conseil à présenter un projet de résolution ferme sur tous ces points à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Dr BRONNER (Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que son organisation met depuis longtemps ses compétences au service de l'OMS pour combattre la malnutrition et élaborer des produits qui répondent mieux aux besoins nutritionnels particuliers du nourrisson et du jeune enfant. Les fabricants d'aliments pour nourrissons font des efforts concertés pour limiter au maximum la présence d'entérobactéries. Les préparations en poudre sont sûres lorsqu'elles sont manipulées, préparées et conservées de façon hygiénique conformément aux instructions du fabricant. Il est ressorti d'un atelier conjoint FAO/OMS sur *Enterobacter sakazakii* et d'autres micro-organismes présents dans les laits en poudre (Genève, 2-5 février 2004) que la conjugaison de plusieurs mesures de lutte était le moyen le plus efficace de réduire le risque et que les milieux de la santé devraient s'attacher à donner des lignes directrices sur la façon de manipuler et de conserver correctement les produits.

Les arguments alléguant des avantages sanitaires et nutritionnels sont utiles aux professionnels de la santé, car ils les aident à déterminer si les produits sont adaptés aux besoins nutritionnels du nourrisson et du jeune enfant. Ils permettent également au consommateur d'exercer son droit de faire un choix éclairé et ils offrent un moyen de garantir une nutrition optimisée quand les enfants ne sont pas nourris au sein. La solution aux problèmes d'éthique que posent les influences commerciales n'est pas de supprimer purement et simplement le parrainage de travaux de recherche indispensables, mais de créer une tribune ou un mécanisme défendant des principes de financement qui protègent l'intégrité de toutes les parties concernées.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) propose que soit rédigé un document qui reflète tous les points de vue exprimés et qui sera distribué à tous les Etats Membres sous forme électronique, en vue de son examen à la prochaine Assemblée de la Santé. Il est impossible d'attendre cinq ans que la Commission du Codex Alimentarius achève ses travaux, car, pendant ce temps, des enfants meurent.

Le DIRECTEUR GENERAL relève l'un des points importants soulevés au cours du débat : la question de savoir si le Secrétariat a fait le nécessaire en temps voulu pour informer le grand public et les Etats Membres du risque de contamination des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii*. Un comité d'experts s'est réuni en avril 2004 et a rédigé un rapport sur la question. Après la flambée survenue en France à la fin de 2004, le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments a communiqué des informations sur les incidents constatés aux autorités de sécurité sanitaire des aliments des Etats Membres.

Le PRESIDENT, faisant observer que les solutions proposées par les membres désignés par la Thaïlande et par l'Equateur ne sont pas incompatibles, dit que, en l'absence d'objections, il considérera que le Conseil souhaite, dans un premier temps, constituer un groupe de rédaction.

### **Il en est ainsi convenu.**

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) précise que l'omission dont il vient d'être question dans la procédure suivie n'est pas intentionnelle et que le Secrétariat ne manquera pas d'en tirer des leçons. Pour ce qui est du fond, il y a deux questions interdépendantes ; l'une concerne la santé publique, l'autre l'établissement de normes. On peut intervenir tout de suite sur le front de la santé publique et, une fois que la Commission du Codex Alimentarius a fixé des normes, revoir les politiques publiques pour en tenir compte. Le Conseil et l'Assemblée de la Santé devraient régulièrement faire le point sur les normes de sécurité sanitaire des aliments et les mesures de précaution à incorporer dans la politique de santé publique. D'un côté, les politiques de santé publique ne doivent pas devancer l'élaboration des normes ; de l'autre, l'élaboration de normes prend du temps. Il faut trouver un équilibre entre les deux. Il ressort également des débats que la résolution doit s'appliquer à tous les Etats Membres et non pas aux seuls pays en développement. Il reconnaît que le Secrétariat, bien qu'animé de bonnes intentions, ne s'est qu'imparfaitement acquitté de sa tâche : d'où la nécessité de poursuivre le travail de rédaction pour établir un texte qui convienne à tous.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 1, p. 218.)

**La séance est levée à 17 h 55.**

## CINQUIEME SEANCE

**Mercredi 19 janvier 2005, 9 h 5**

**Président : M. D. Á. GUNNARSON (Islande)**

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

**Systèmes de sécurité sociale : Point 4.5 de l'ordre du jour (document EB115/8)**

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur), se référant au paragraphe 1.1) du projet de résolution, se dit favorable à l'idée de systèmes qui permettent de répartir le risque, mais craint que l'on ne confonde le paiement anticipé avec les systèmes de prépaiement privés, qui ne sont pas un système de cotisations fondées sur le revenu à une caisse générale. Il est également important de déterminer l'étendue des systèmes dits de sécurité sociale, qui sont un système traditionnel reposant sur les versements des salariés. Il faudrait des systèmes de sécurité sociale plus larges faisant partie d'un plan sanitaire intégré, référence de base pour les assureurs publics et privés, offrant aussi bien une couverture universelle aux individus et aux familles plutôt que des services tels que les traitements et les soins, que la prévention et la maîtrise des risques liés à l'environnement. Le concept de financement extérieur, qu'il s'agisse ou non de fonds publics, demande également à être clarifié pour s'assurer que les modèles de financement ne sont pas établis sur la base de la dette extérieure, car ils ne seraient alors pas viables. Le projet de résolution pourrait également prévoir la participation des citoyens et un mécanisme de contrôle.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) propose, pour éviter les recommandations divergentes de deux organisations internationales, situation déjà rencontrée il y a trois ans, d'insérer, au paragraphe 2.2) du projet de résolution, les termes « en coordination avec la Banque mondiale » après le membre de phrase « de fournir aux Etats Membres ».

Le Dr GAKURUH (Kenya) se félicite de l'attention accordée fort à propos à cette question, fondamentale pour le secteur de la santé dans la Région africaine, où le manque criant de ressources financières fait de la réforme des soins de santé un véritable combat. Au Kenya, l'adoption d'une loi créant un système de sécurité sociale s'avère difficile, surtout en raison de la résistance du secteur des assurances privées. Elle est donc entièrement favorable au projet de résolution, en particulier compte tenu de la nécessité pour les pays de pouvoir bénéficier d'un appui non seulement de la Banque mondiale, mais également de toutes les parties prenantes pour faire face à l'un de leurs problèmes les plus importants, l'élaboration d'un document de sensibilisation politique.

Le Dr CAMARA (Guinée) souscrit pleinement au projet de résolution. En Guinée, beaucoup de gens ont du mal à payer les tarifs pourtant raisonnables fixés par l'Etat en raison de la pauvreté qui touche près de 40 % de la population et de la fluctuation des revenus. Au cours des cinq dernières années, les autorités ont tenté de faire face à la situation au moyen de mutuelles gérées par la communauté, mais ces systèmes ne sont pas bien développés. Les efforts se poursuivent cependant, et les systèmes qui ont été mis en place semblent pouvoir élargir l'accès aux soins pour les ayants droit et faire en sorte que la demande puisse être satisfaite en stabilisant certains tarifs pratiqués par les établissements de santé. Dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté, le Ministère de la Santé s'efforce d'élargir l'accès au-delà du système de mutuelles qui ne profitent qu'à leurs membres. Le système de choix offrirait une couverture universelle et supposerait une politique de financement

axée sur la mobilisation de ressources et la répartition du pouvoir d'achat ; l'exonération de paiement pour les plus pauvres afin d'assurer la couverture universelle ; et une augmentation des fonds pour les pays pauvres très endettés afin de permettre aux plus pauvres de bénéficier de soins par des accords contractuels passés avec les établissements de soins.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) se dit déçu par le préjugé bien ancré à l'OMS, y compris au Conseil exécutif, contre l'entreprise privée. Toutes les propositions comportent une approche étatisiste et présupposent que les motivations du secteur privé sur des sujets tels que les préparations pour nourrissons, les produits pharmaceutiques et les produits alimentaires sont douteuses. Dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », par exemple, il est peu question du secteur privé ou des avantages que pourraient apporter de nombreux dispensateurs non publics. Le rapport manque malheureusement d'objectivité à cet égard. Il ne donne pas de description complète de toute la gamme des options publiques et privées qui existent pour une assurance-maladie globale pour tous. Le Secrétariat et la documentation pertinente devraient faire mieux valoir les avantages des dispensateurs privés, par exemple leur capacité d'adaptation face aux patients, leur souplesse, leurs qualités d'innovation et leur efficacité. Dans un système mixte, le subventionnement des primes d'assurance privée peut permettre d'instaurer l'équité, étant entendu que tous les gouvernements doivent pouvoir s'appuyer sur un système de réglementation globale raisonnable. L'OMS devrait poursuivre son travail sur cette question, mais proposer un plus large éventail de systèmes, mixtes ou non, qui permettraient d'élargir la couverture et de réduire au minimum les problèmes tels que ceux qui ont été cités par l'orateur précédent. Dans cette gamme devraient figurer des systèmes privés et publics et des systèmes mixtes, en fonction des réalités politiques et économiques d'un pays, en privilégiant toujours l'efficacité et la viabilité.

Il propose donc les modifications suivantes au projet de résolution. Le quatrième alinéa du préambule devrait être modifié pour se lire comme suit : « Reconnaissant qu'un certain nombre d'Etats Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé, et notamment sur l'introduction de systèmes de sécurité sociale ; ».

Au paragraphe 1.1), le membre de phrase « instituent ou développent le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour le secteur de la santé » devrait être remplacé par « prévoient le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé, ... ». Au paragraphe 1.3), les termes « objectifs du Millénaire pour le développement » devraient être remplacés par le membre de phrase « objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ». Au paragraphe 1.6), les termes « de la réforme du financement de la santé » devraient être remplacés par « des différentes méthodes de financement de la santé », et il faudrait insérer les termes « et de systèmes privés, publics et mixtes » après l'expression « systèmes de sécurité sociale ».

Au paragraphe 2.2), les termes proposés par le membre désigné par la République tchèque « en coordination avec la Banque mondiale » devraient être suivis par « et d'autres partenaires compétents ». Au paragraphe 2.3), le membre de phrase « de constituer une base de connaissances qui permette de repérer les meilleures pratiques » devrait être remplacé par le suivant « d'apporter un soutien technique pour aider à recenser les données et les méthodologies permettant de mieux mesurer et analyser les avantages et le coût des différentes pratiques ... ». Au paragraphe 2.4), il faudrait ajouter au début du paragraphe les mots « de fournir un soutien aux Etats Membres, en tant que de besoin, ».

Le Dr OÑORBE DE TORRE (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) est satisfait de l'inscription de ce point à l'ordre du jour ainsi que du projet de résolution. En un siècle, l'Espagne est passée d'un système limité d'assurance-maladie ne couvrant qu'un petit groupe de travailleurs en 1900 à l'assurance-maladie obligatoire financée par les cotisations en 1942 et, depuis 1986, à un système national de santé presque totalement financé par la fiscalité, fondé sur la couverture universelle, le financement en fonction du revenu, l'équité et l'accès selon les besoins. L'accent est mis sur les soins primaires, la prévention et une formation solide des professionnels de la santé, avec une gestion régionale décentralisée. La capacité d'améliorer la totalité du système dépend largement du revenu

disponible dans le pays ; mais il ne fait aucun doute que, à un niveau déterminé, on peut améliorer les résultats par la façon dont les services de santé sont financés et organisés. La couverture universelle, basée sur la solidarité, un financement viable et une gestion efficace sont des facteurs déterminants. L'Espagne a collaboré avec plusieurs pays et avec l'OMS à mettre en place des structures gestionnaires et à former des professionnels de la santé, et elle est aussi prête à collaborer, dans le cadre de l'OMS, en fournissant une assistance technique.

Mme GILDERS (suppléant du Dr Shugart, Canada) déclare que l'accès aux services de santé doit être universel et fondé sur le besoin et non sur la capacité financière. Le Canada continue à réformer son système de santé afin d'en accroître l'efficacité et la viabilité à long terme. Il soutient le projet de résolution, reconnaissant que le choix des mécanismes de financement doit refléter la situation de chaque pays. Les échanges d'idées dans des instances comme l'OMS peuvent être très utiles ; en définitive, cependant, la décision que prendront les pouvoirs publics de modifier ou non le système de financement existant devra tenir compte des éléments les plus susceptibles de déboucher sur la couverture universelle compte tenu de la situation et des objectifs du pays.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) indique qu'au Viet Nam le système de sécurité sociale couvre actuellement 20 % de la population. Une répartition optimale a pu être obtenue dans le cadre établi et les groupes les plus vulnérables, à savoir les pauvres et les personnes âgées, sont couverts. De nombreux problèmes, tels qu'un ensemble de prestations limité, la stabilité financière, la capacité gestionnaire et la coopération interministérielle, subsistent. Le Gouvernement a récemment révisé le décret de 1989 sur l'assurance-maladie et reçoit un soutien de l'OMS pour l'établissement d'un plan directeur pour la sécurité sociale. Pour les pays à faible revenu comme le sien, une approche parallèle est recommandée, comprenant un système d'assurance-maladie obligatoire et un cadre de sécurité sociale pour les salariés des secteurs public et privé et leurs ayants droit ; l'élaboration d'une législation comportant une structure administrative tripartite adaptée ; un régime d'assurance-maladie volontaire basé sur la communauté pour les professions libérales et le secteur informel en milieu rural, pour une période limitée de trois ans à partir de la mise en oeuvre du plan ; et l'assistance sociale grâce à des fonds publics pour subventionner l'assurance-maladie des personnes défavorisées et économiquement non actives. Le plan directeur envisage un éventail complet de prestations, comprenant les soins de santé primaires, l'hospitalisation et les soins ambulatoires, ainsi que le droit de toutes les catégories aux mêmes prestations. L'engagement du Gouvernement à établir la couverture universelle a été inscrit dans une résolution adoptée par le Congrès en 2001 ; il faudra bien sûr des années pour que celle-ci prenne pleinement effet et il reste encore beaucoup à faire. Aussi le Viet Nam a-t-il encore besoin d'un soutien technique de l'OMS ; c'est pourquoi il appuie le projet de résolution.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit que le rapport énonce des principes importants pour le financement d'un système de santé et montre que, même s'il n'est pas possible de recommander un mécanisme de financement unique comme méthode optimale dans toutes les situations, la mise en commun des ressources peut permettre d'améliorer l'offre et l'utilisation des services, car les facteurs liés à la pauvreté sont un obstacle à la couverture maladie universelle. Dans la plupart des pays où 60 % de la population vit avec moins de US \$2 par jour, un financement extérieur durable sera essentiel au départ, de même que le renforcement des capacités du personnel administratif et d'encadrement. Il soutient le projet de résolution tel qu'il a été amendé par les orateurs précédents.

Le Dr AL-SAIF (suppléant du Dr Al-Jarallah, Koweït) estime que l'assurance-maladie est très importante pour la qualité des services proposés. Au Koweït, les soins de santé primaires et les soins spécialisés sont dispensés gratuitement. Les personnes souffrant de maladies incurables sont envoyées à l'étranger pour se faire soigner aux frais de l'Etat, même si cela peut coûter très cher. Un système de sécurité sociale a été mis en place pour les travailleurs étrangers, à qui l'on demande une cotisation modeste, le reste des charges étant supporté par l'Etat.

Selon le Dr ACHARYA (Népal), le rapport souligne le fait que la couverture universelle ne peut être réalisée qu'au moyen d'un système de financement mixte, que le rôle de tutelle de l'Etat est nécessaire et que les fonds doivent être prélevés de façon efficace, puis mis en commun. C'est pourquoi le financement de la santé par la fiscalité et la sécurité sociale sont des mécanismes viables. Les débats sur le financement des soins de santé qui ont eu lieu dans de nombreuses instances de haut niveau en Asie du Sud-Est ont mis en lumière les problèmes régionaux qui se répercutent sur la faisabilité technique du système de sécurité sociale, à savoir : la structure du marché de l'emploi et du marché financier, l'existence d'autres types de régime d'assurance, la nécessité de cotisations régulières, et les infrastructures sanitaires et gestionnaires. L'absence de consensus et de confiance, l'insuffisance des soins de santé et des ressources humaines et sociales, l'instabilité politique et l'absence de débat politique empêchent le développement de systèmes de sécurité sociale dans la plupart des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Il est à espérer que l'approche globale adoptée par l'OMS et son appui permettront de résoudre ces problèmes à l'avenir. Il est essentiel, pour des pays comme le Népal dont le régime d'assurance-maladie n'en est qu'à ses débuts, de progresser dans ce domaine. Il soutient donc le projet de résolution avec les amendements proposés.

Le Dr WANCHAI SATTAYAWUTHIPONG (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) fait observer que l'augmentation sensible des crédits budgétaires pour les activités en rapport avec la sécurité sociale témoigne d'un engagement important sur cette question. La Thaïlande a mis en place une assurance-maladie pour les plus démunis en 1975, mais, au bout de 25 ans, a constaté que moins de la moitié du groupe visé bénéficiait effectivement de ce système et que donc un nombre important de ménages souffraient de maladies catastrophiques. La question est donc devenue prioritaire lors des élections générales de 2001 et le nouveau Gouvernement a décidé de mettre en oeuvre un système prévoyant une couverture universelle pour un coût de 30 baht par patient et par visite, dans un service de santé public ou privé, pour le traitement d'affections allant de troubles mineurs à des opérations chirurgicales importantes ou au traitement du cancer ; les pauvres, les personnes âgées, les enfants et autres groupes défavorisés de la population sont exonérés de paiement. La mise en place d'un élément de participation aux frais a rendu possible l'abolition des cotisations directes d'assurance-maladie et permis la création d'un mécanisme financier reposant sur une redevance par habitant, ce qui a eu pour résultat que chaque établissement a tenté d'attirer le plus grand nombre de patients pour accroître son budget et financer les salaires et les dépenses de fonctionnement. Tous ces mécanismes ont considérablement renforcé la prise de conscience de leurs droits par les plus pauvres.

Le programme s'est révélé extrêmement populaire et a multiplié les succès en matière de collecte de fonds, avec la mise en commun des ressources et des achats, ce qui a permis de renforcer les infrastructures sanitaires et les ressources humaines pour la santé. Néanmoins, il ne faut pas oublier que le pays disposait de ressources suffisantes en matière de santé, y compris de ressources humaines, dans le domaine des soins, des médicaments et de la technologie, grâce au climat de paix et de croissance économique. Il pouvait également compter sur un bon système de gestion. Si ces conditions n'avaient pas été réunies, l'abolition des versements obligatoires se serait traduite par une mauvaise qualité des services.

Le membre de la Thaïlande soutient les amendements au projet de résolution proposés par les membres désignés par les Etats-Unis d'Amérique, le Kenya et la République tchèque, et propose d'ajouter deux alinéas. Le premier, au paragraphe 1, se lirait comme suit : « à veiller à une répartition adéquate et équitable d'infrastructures de soins et de ressources humaines pour la santé de qualité, de sorte que les assurés bénéficient de services de santé équitables et de qualité conformément aux prestations prévues ». Le deuxième, au paragraphe 2, se lirait comme suit : « de mettre en place des mécanismes viables et durables, y compris en organisant des conférences internationales à intervalles réguliers, afin de faciliter l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur les systèmes de sécurité sociale ; ».

Le Dr MOLDOVAN (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) déclare que, dans son pays, les soins de santé, la promotion de la santé et la médecine préventive sont essentiellement financés par

la caisse nationale de sécurité sociale, elle-même financée par les cotisations obligatoires des salariés et des employeurs, des subventions du budget d'Etat, des dons et des parrainages. Si le système de santé roumain est confronté à des difficultés en matière d'accès aux services, d'équité dans le financement et de qualité des services, elle estime qu'il devrait être possible, en développant le système de sécurité sociale, d'assurer l'accès universel de tous les citoyens aux services de santé de base, d'accroître la qualité de vie en améliorant la qualité et la sécurité du traitement médical et d'introduire une assurance-maladie privée déductible des impôts comme moyen de réduire les paiements informels. Les recommandations de l'OMS aideront les pays dont l'économie est en transition à concevoir des stratégies pour mettre en place des systèmes de ce type.

Le Dr BUSS (Brésil) exprime son appui au projet de résolution. Le Brésil est doté d'un système de santé publique universel et gratuit, financé par la fiscalité générale et conçu pour répondre aux besoins de la population. Les services sont proposés à la fois par des dispensateurs publics et privés, ces derniers étant sous contrat du secteur public. Le secteur privé et les systèmes de financement privé sont réglementés par l'Etat, par le biais d'un organisme établi à cette fin. Pour mettre en place des systèmes qui répondent aux besoins de santé universels, l'OMS devrait analyser l'expérience des pays et en tirer parti, et promouvoir l'échange d'informations sur toute innovation introduite dans les systèmes de santé nationaux afin que d'autres pays puissent en bénéficier. Son rôle dans la gestion de cette information est essentiel pour l'amélioration des systèmes de santé. Une attention particulière devrait donc être portée au paragraphe 2.3) du projet de résolution, qui fait allusion à la création d'une base de connaissances.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) déclare que, même si son pays connaît un développement socio-économique rapide, les économies urbaines et rurales se développent à un rythme différent, et la différence de revenus s'élargit entre les divers secteurs de la société urbaine. En créant une sécurité sociale, il est essentiel de protéger le droit des personnes et de promouvoir le développement durable de la société. En 1998, la Chine a lancé un système d'assurance médicale de base qui a progressivement été appliqué dans tout le pays, puis amélioré ; il a, par exemple, été étendu au secteur privé, aux personnes travaillant à leur compte et aux zones rurales afin de couvrir la totalité de la population rurale d'ici 2010. Les pays en développement se heurteront forcément à de nombreux problèmes et difficultés en voulant instaurer la couverture maladie universelle. Ainsi, ils devront réduire les disparités entre établissements de santé de zone rurale et de zone urbaine, et fournir des soins de santé à tous les habitants, financer l'assurance en trouvant un équilibre entre les recettes et les dépenses, réglementer la qualité et le prix des services médicaux sociaux, améliorer les compétences, accroître l'accessibilité des services médicaux et renforcer la gestion des systèmes de sécurité sociale. Le Secrétariat peut faire des suggestions et proposer son concours aux Etats Membres, en privilégiant l'échange de technologie et de données d'expérience. La Chine fait sien le projet de résolution.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) estime que, pour instaurer la santé pour tous, il faut avant tout rechercher un mécanisme qui permette à l'ensemble de la population de chaque pays d'avoir un accès équitable à des soins d'un niveau acceptable et à un coût que le pays puisse financer. Dans un pays comme la Bolivie, le fait qu'un pourcentage non négligeable de la population soit dépourvu d'accès aux services de santé et que la couverture sociale soit médiocre dénote certains problèmes. Le modèle espagnol offre l'équité, la qualité et l'accès universel. Les systèmes que les pays en développement sont en train d'adopter devraient donc offrir des options allant dans ce sens.

Malheureusement, l'accent est mis sur le traitement curatif et on ne montre que peu d'intérêt pour la prévention de la maladie. C'est pourquoi le document devrait avoir fait référence à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie. Il faut également tenir compte de l'évolution du profil épidémiologique, en particulier dans les pays en développement, de la charge supplémentaire qui pèse sur les mécanismes de sécurité sociale en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la perte de revenus entraînée par les pertes d'emploi. Le chômage croissant signifie que des solutions de financement plus originales devront être recherchées. Le paragraphe 12 du rapport montre bien qu'aucun système ne constitue la panacée, car les conditions et les possibilités varient d'un pays à



l'autre. Il n'existe pas de système de santé gratuit ; quelqu'un doit le financer. Le Dr Antezana Aranibar est favorable à un système mixte alliant financement par la fiscalité et participation du secteur privé. Il approuve les amendements proposés par le membre de la Thaïlande, mais demande des éclaircissements concernant le paragraphe 2.2), qui est compliqué et quelque peu controversé.

Le Dr AHMED (Ghana) souligne les nombreux changements apportés au financement du système de santé dans son pays. Immédiatement après l'indépendance, un service de santé gratuit a été financé par les impôts directs. Le paiement direct par l'utilisateur, représentant environ 20 % du prix des médicaments, a été introduit dans les années 80. Une loi portant création de la sécurité sociale a été adoptée en 2003, afin de donner accès aux services de soins de santé et de soutenir les services au moyen d'une source de financement fiable. Le dispositif repose sur des systèmes de santé mutuels de district. Des systèmes privés à but lucratif et non lucratif coexistent avec les systèmes mutuels de district financés par l'Etat. Ces derniers sont gérés par des comités de district et financés par les cotisations de tous les habitants du district : chacun doit être assuré soit par un système privé soit par un système public. Les impôts indirects, sous forme d'une taxe nationale d'assurance-maladie sur certains biens et services, sont également versés à une caisse centrale.

La sécurité sociale couvre le coût de pratiquement 90 % des services de santé de base, l'Etat complétant les 10 % restants. L'Etat a donc suffisamment de fonds pour se concentrer sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Certains problèmes ont été rencontrés dans la mise en oeuvre des caisses mutuelles dans plus de 130 districts du pays, mais l'on s'efforce actuellement de les résoudre. Toutes les personnes de plus de 70 ans et tous les retraités et leur famille sont soignés gratuitement.

Il soutient le projet de résolution tel qu'il est.

Le Dr TANGI (Tonga) déclare que, dans son pays, les soins de santé ont toujours été financés par l'Etat. Les taux de mortalité infantile et maternelle sont faibles et la couverture vaccinale est de 98 %. Toutefois, les dépenses actuelles de l'Etat en matière de santé, dont le montant total équivaut à 11,5 % du budget, ne sont pas soutenables à long terme. On ne sait pas très bien encore quel système de financement des soins de santé sera adopté, mais il est essentiel de faire en sorte que les personnes souffrant de maladies chroniques ne soient pas désavantagées par les nouvelles dispositions. Un projet de recherche sur la couverture des soins de santé est en cours avec l'appui de la Banque mondiale. Les résultats d'une enquête portant sur plus d'un millier de ménages, conduite en 2004 afin de déterminer quels étaient leurs paiements directs en soins de santé, sont en cours d'analyse. Une fondation pour la santé a été créée, financée en partie par les taxes sur le tabac, pour mener des activités de promotion de la santé, en particulier contre les maladies non transmissibles – domaine dans lequel les Tonga ont également demandé le soutien de l'OMS.

Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) se félicite, en particulier, de l'accent mis sur la liberté des Etats Membres de choisir leur propre système de financement des soins de santé et sur la fourniture d'informations techniques aux Etats Membres par l'OMS. Il suggère deux amendements au projet de résolution : le sixième alinéa du préambule devrait être modifié comme suit : « Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'Etat ... », et le paragraphe 1.3) comme suit : « ... pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci ... ».

Le Dr PHOOKO (Lesotho) déclare que la sécurité sociale rendrait les interventions sanitaires possibles, même dans des pays pauvres comme le sien. Il convient de développer et d'administrer le système en consultation avec toutes les parties prenantes, y compris les professionnels de la santé, le secteur financier et le secteur privé. L'OMS doit apporter son concours aux Etats Membres pour l'élaboration d'outils et de méthodologies qui permettent d'évaluer l'impact de l'assurance sur les

services de santé ; il serait utile de pouvoir disposer de davantage d'informations sur les meilleures pratiques en matière d'assurance-maladie. Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés.

Le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn) exprime son soutien au projet de résolution avec les amendements proposés. Dans son pays, les services de santé ont toujours été dispensés gratuitement à tous les habitants et même aux visiteurs n'effectuant qu'un séjour temporaire. Toutefois, la charge des dépenses de santé sur le budget de l'Etat devient insupportable et une politique mieux adaptée s'impose, qui doit préserver la santé de la population et, en particulier, celle du grand nombre de travailleurs étrangers. L'Etat a décidé que les soins de santé secondaires et tertiaires seraient payants, mais a veillé à maintenir la gratuité des soins d'urgence pour les travailleurs expatriés.

Le Gouvernement étudie les divers types de systèmes d'assurance-maladie mis en place au Moyen-Orient et ailleurs, mais n'a pas encore trouvé de modèle qui offrirait une couverture appropriée et abordable pour tous à Bahreïn. Compte tenu de ces considérations, l'orateur demande à l'OMS de préparer un document de travail décrivant les divers types de systèmes utilisés dans les différents pays, de sorte que des pays comme le sien pourraient étudier les différentes options et choisir celle qui lui conviendrait le mieux.

Le Dr YOOSUF (Maldives) déclare que son pays essaie de mettre sur pied un système de financement de la santé qui permette d'atténuer la pauvreté et de réduire les versements directs, tâche difficile pour un pays aussi petit et à la population aussi dispersée, où les coûts des soins de santé et des transports sont élevés. La charge de morbidité évolue vers moins de maladies transmissibles et davantage de maladies chroniques, qui sont coûteuses à diagnostiquer et à traiter et qui nécessitent des technologies médicales chères, et la population attend toujours plus du système de soins. Il convient, avec le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, que le secteur privé a un rôle utile à jouer dans la prestation de soins de santé. Toutefois, la capacité du secteur public doit également être accrue de sorte que l'Etat puisse réglementer correctement le système, que les prestations soient financées par le secteur public ou le secteur privé.

Il propose de modifier le paragraphe 2.1) du projet de résolution comme suit : « ... la couverture universelle et de prendre en compte les besoins particuliers des petits pays insulaires et autres pays peu peuplés ; ».

Le Professeur DAB (France) soutient le projet de résolution avec les amendements proposés. L'accès aux soins est l'un des facteurs qui déterminent l'état de santé d'une population. Les soins ne peuvent être dissociés de la prévention. Il n'y a pas de solution universelle qui permette de maîtriser miraculeusement les dépenses de santé : la question doit être abordée avec humilité et pragmatisme. L'importance relative des secteurs public et privé dans les soins de santé doit être déterminée par des facteurs scientifiques et pratiques plutôt qu'idéologiques. La recherche épidémiologique et économique montre que la qualité et l'efficacité des systèmes étatiques laissent à désirer. D'un autre côté, les systèmes à but lucratif ne sont pas nécessairement plus efficaces ni moins coûteux ; en fait, ils restreignent l'accès aux soins, comme l'indiquent les données sur l'état de santé pour divers pays. Il est important de ne pas oublier que si les soins de santé ont un coût, ils sont aussi une source de richesse – ce que l'on ne souligne pas assez souvent.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> se félicite du projet de résolution. La sécurité sociale a fait l'objet d'une attention considérable ces dernières années comme l'option la plus prometteuse pour étendre la couverture maladie à la majorité de la population d'un pays. Le système d'assurance-maladie adopté doit être adapté aux besoins du pays et comporter plusieurs méthodes de répartition du risque, telles que les financements par les collectivités et le subventionnement des plus pauvres. La politique de

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

santé adoptée en Inde, en 2002, encourage la création de caisses privées d'assurance-maladie pour accroître la couverture aux secteurs des soins secondaires et tertiaires. Près de 75 millions de personnes bénéficient d'une forme ou d'une autre d'assurance-maladie, y compris le régime du gouvernement central, les caisses d'assurance des employés de l'Etat et les caisses distinctes gérées par les différents ministères. Les systèmes de sécurité sociale devraient accorder une attention particulière à la couverture de la population, aux méthodes de financement, au degré de fragmentation, à la répartition du risque, à la composition des prestations, aux mécanismes de paiement des dispensateurs et à l'efficacité de l'administration.

M. KRECH (Allemagne)<sup>1</sup> accueille avec satisfaction le projet de résolution. La sécurité sociale et les systèmes de santé financés par la fiscalité doivent être considérés dans le contexte plus large de la couverture universelle et du financement de la santé. L'Allemagne aide ses partenaires à mettre en place des systèmes fondés sur la solidarité, avec paiement préalable des cotisations financières, afin de répartir les risques plus équitablement sur la population. A l'heure actuelle, plus de 100 millions de personnes, chaque année, sont réduites à la pauvreté parce qu'elles doivent payer directement leurs frais médicaux. Le mécanisme de financement adopté dépend du contexte culturel, historique et politique du pays concerné. Pour mieux refléter ce contexte plus large, le Conseil souhaitera donc peut-être envisager de modifier le titre du rapport et du projet de résolution comme suit : « Financement de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale ».

Si un pays décide de mettre sur pied un système de sécurité sociale, il doit recevoir l'assistance technique la meilleure possible. La Société pour la Coopération technique, Allemagne (GTZ) a réorganisé sa collaboration avec l'OMS et l'OIT. Les trois organisations coordonnent mieux leurs activités au niveau des pays dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Il espère que l'OMS pourra répondre à la demande croissante des Etats Membres en matière d'assistance technique dans le domaine de la sécurité sociale et les invite à assister à la conférence conjointe, organisée par les trois organisations pour passer en revue les expériences en la matière, qui aura lieu à Berlin en novembre 2005.

Après une explication de procédure donnée par le PRESIDENT, le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses Etats Membres, soutient officiellement la proposition de l'Allemagne de modifier le titre du rapport et du projet de résolution.

Mme LAMBO (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et également au nom de l'Alliance internationale des Femmes, déclare que si les pays en développement veulent parvenir à instituer une couverture universelle durable ils vont devoir étudier de nouveaux mécanismes de financement de la santé en redistribuant les impôts en faveur des plus pauvres, comme cela a été fait à Sri Lanka. L'organisation qu'elle représente soutient la suppression de participation financière des usagers et l'augmentation des ressources allouées à la santé, comme le demande le rapport publié dans le cadre du Projet du Millénaire des Nations Unies.<sup>2</sup> Les soins de santé essentiels doivent être gratuits au point d'accès. L'organisation qu'elle représente demande instamment aux donateurs et aux gouvernements de faire en sorte que des ressources suffisantes soient allouées à long terme pour garantir que les services de santé essentiels soient dispensés gratuitement à tous et en appelle également à l'OMS pour faire figurer une déclaration sur la participation financière des usagers et les mécanismes de partage des coûts dans son rapport.

L'organisation qu'elle représente met actuellement au point un rapport sur la participation financière des usagers, qui montre qu'il ne s'agit pas d'un mécanisme efficace de financement de la santé dans les milieux à faible revenu : c'est une mesure discriminatrice à l'égard des pauvres, des

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

<sup>2</sup> Projet Objectifs du Millénaire des Nations Unies 2005. *Investir dans le développement : plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York.

personnes marginalisées et des malades ; ce système est difficile à gérer et entraîne des coûts élevés de transaction, réduit la couverture des services et ne représente que 5 à 10 % des dépenses de fonctionnement, sans parvenir toutefois à répartir le risque financier dans le temps ou entre les ménages. L'OMS devrait fournir aux pays en développement les outils et le soutien technique dont ils ont besoin pour choisir le mécanisme le mieux adapté à leur situation. L'outil de surveillance proposé pour se placer dans l'optique des soins de santé primaires pourrait aider les pays à étudier l'impact potentiel des politiques sur les plus pauvres avant de les adopter.

Les pays qui apportent des changements à leur système de financement de la santé auront besoin de ressources sur lesquelles ils puissent compter sur une longue durée et d'un appui transitoire. Les recherches, menées récemment par The Save the Children Fund sur le coût de la prise en charge de la maladie en Afrique orientale et centrale, ont montré que le fait d'avoir à assumer leurs dépenses de santé avait conduit les plus pauvres à une pauvreté encore plus extrême ; mais un rapport récent<sup>1</sup> montre comment un pays pauvre a réussi à concentrer des fonds publics pour assurer un accès équitable à l'hospitalisation pour les pauvres, tout en élargissant le secteur privé pour répondre aux besoins des personnes qui ont les moyens de payer. L'OMS et les donateurs devraient aider les pays en développement à mener des recherches opérationnelles sur les mécanismes de financement de la santé favorables aux pauvres, afin d'accroître l'équité et de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Il n'y a pas de recette miracle en ce qui concerne le financement de la santé, mais l'OMS devrait faire connaître les bonnes pratiques adoptées dans des pays comme Madagascar, l'Ouganda et Sri Lanka, où l'accès gratuit aux services de santé a accru leur utilisation par les populations les plus pauvres.

Il faudrait préciser dans le projet de résolution que la participation financière des usagers a un impact négatif sur les résultats sanitaires, notamment pour les femmes et les enfants les plus pauvres. Le Conseil pourrait également souhaiter inclure, au paragraphe 1.6), une référence à la mise en commun des expériences acquises en matière de mécanismes de financement de la santé, efficaces ou inefficaces, et, au paragraphe 2.3), à l'appui que peut fournir l'OMS aux pays pour étudier les mécanismes de financement de la santé les plus efficaces pour garantir un accès universel aux soins de santé.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) se félicite des observations et des manifestations de soutien qu'il a entendues. Dans un grand nombre des 192 Etats Membres de l'OMS, la situation financière actuelle n'est pas seulement insatisfaisante, elle est tout à fait préjudiciable aux citoyens. Les données provenant de plus de 70 pays laissent supposer que près de 100 millions de ménages dans le monde s'appauvrissent chaque année en raison de leurs dépenses de santé. Il faut suivre de près la situation et faire davantage pour mettre en place des systèmes de financement qui n'obligent pas les patients à payer les prestations de leur propre poche. L'idée d'aller vers des systèmes de financement qui favorisent la couverture universelle a été soutenue avec force, mais il est évident qu'il n'y a pas de solution unique pour tous. Le rapport et le projet de résolution reconnaissent qu'il existe plusieurs options pour le financement des systèmes de santé faisant appel à la fois au secteur public et au secteur privé.

On ne comprend pas encore très bien la façon dont les mécanismes de financement mondiaux se rattachent aux objectifs de financement des systèmes de santé nationaux. Les fonds extérieurs, destinés à des programmes de santé particuliers, devraient être gérés et organisés de façon à soutenir le développement de systèmes de financement nationaux. Dans certaines parties du monde, et surtout en Afrique, l'apport de fonds de sources extérieures remet en question la relation entre la taille du secteur de la santé et celle du secteur public par rapport à la taille de l'économie en général, et menace de rompre cet équilibre délicat. La question demande à être examinée attentivement, en particulier à un

---

<sup>1</sup> *Bucking the trend: how Sri Lanka has achieved good health at low cost – challenges and policy lessons for the 21<sup>st</sup> century.* McNay K, Keith R and Penrose A (Eds). London, Save the Children, 2004.

moment où, même s'il existe des possibilités de développement des systèmes de santé dans certains pays, d'autres rencontrent des difficultés par crainte de l'instabilité macroéconomique. L'OMS travaillera avec la Banque mondiale et le FMI dans ce sens.

Tous les efforts seront faits pour répondre aux nombreuses demandes d'assistance technique et pour élaborer un document exposant les différentes options et les meilleures pratiques en collaboration avec les bureaux régionaux.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés et assure les membres qu'un texte révisé, contenant tous les amendements proposés pendant le débat, sera distribué le moment venu. Il rappelle que le membre désigné par l'Allemagne, soutenu par celui du Luxembourg, a proposé que le titre du projet de résolution se lise comme suit : « Financement de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale ».

Le Dr BUSS (Brésil), soutenu par le Dr OÑORBE DE TORRE (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) et par le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), affirme qu'il serait préférable que tous les amendements proposés soient distribués par écrit, avant qu'une décision ne soit prise au sujet du projet de résolution.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) fait observer que, si le projet de résolution doit tenter de tenir compte de tous les points de vue exprimés, il risque de devenir incohérent. La couverture universelle n'est pas de la seule responsabilité de l'Etat, c'est une responsabilité qui incombe à tous les secteurs et, si cela n'est pas précisé, le rôle des organisations comme l'OMS sera diminué. La santé pour tous, objectif adopté de longue date dans la Région des Amériques, ne pourra être instaurée par des méthodes qui ne tiennent pas compte de certains secteurs.

Lui-même serait très heureux de la participation de la Banque mondiale. Si les considérations économiques doivent être prises en compte, elles ne doivent pas prendre le pas sur les considérations sanitaires. Il se demande si, dans son pays, des crédits budgétaires devront être réservés pour le service de la dette extérieure plutôt que pour la santé. Tout le débat comporte un élément idéologique important, qui ne peut être traité simplement en tentant de prendre en compte toutes les nuances d'opinions.

Le PRESIDENT suggère que l'examen du point soit reporté jusqu'à ce qu'un nouveau texte soit disponible.

### **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 1, p. 223.)

### **Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang :** Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB115/9)

M. JUNOR (Jamaïque) soutient la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang, mais se dit préoccupé par certains aspects du projet de résolution contenu dans le document EB115/9. L'épidémie de VIH/SIDA et l'exclusion et la discrimination qui l'entourent rendent encore plus difficile de persuader les gens de donner leur sang volontairement dans les pays des Caraïbes et ailleurs. La Jamaïque a mis en place un système qui encourage les familles, dont un membre doit subir une opération chirurgicale ou est sur le point d'accoucher, à donner du sang au cas où il serait nécessaire ; le donneur est alors crédité de la quantité de sang qu'il a donnée et peut décider comment cette contribution sera utilisée. Si la Jamaïque soutient pleinement l'interdiction du don de sang rémunéré, elle aimerait voir supprimer le membre de phrase « ainsi que les dons de sang familiaux ou de compensation » au paragraphe 2.3) du projet de résolution qui vise à éliminer ces deux formes de dons de sang. Il fait observer que les Etats-Unis d'Amérique ont l'intention de proposer des

amendements qui comportent l'expression « dons de sang familiaux ou de compensation » utilisée dans ce paragraphe, amendements auxquels il ne pourra souscrire.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit que l'épidémie de VIH/SIDA et d'autres facteurs rendent la question de la sécurité transfusionnelle encore plus urgente qu'elle ne l'était en 1975, et que des mesures supplémentaires, par rapport aux dispositions de la résolution WHA28.72, s'imposent désormais. S'il soutient l'idée d'une Journée mondiale du don de sang, il pense que le projet de résolution à l'étude ne devrait pas se limiter à la Journée elle-même ; il devrait aussi faire référence aux politiques entérinées comme de bonnes pratiques par des réunions et comités d'experts de l'OMS.

Sur la base d'autres consultations générales tenues avec les Etats Membres et le Secrétariat, il propose donc les amendements suivants : l'alinéa du préambule devrait se lire comme suit : « Ayant examiné le rapport sur la sécurité transfusionnelle et le rapport de la réunion du Forum de l'OMS sur les politiques appropriées pour la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang » ; il conviendrait d'ajouter une note de bas de page indiquant le titre complet et la date de cette réunion. Au quatrième alinéa du préambule de la résolution contenue dans le projet de résolution, les termes « et de produits sanguins » devraient être ajoutés après « sang », car la transfusion de plasma a également entraîné des problèmes de transmission du VIH dans certains Etats Membres. Au paragraphe 2.3), il soutiendra l'amendement proposé par le membre désigné par la Jamaïque et propose que les termes « là où elle n'existe pas » soient remplacés par les mots « là où elle est nécessaire ». Il faudrait ajouter, à la fin de ce paragraphe, le membre de phrase suivant : « sauf dans des circonstances limitées de nécessité médicale et, dans ces cas, à demander le consentement éclairé du receveur de la transfusion ; ». A la lumière des recommandations du rapport de la réunion du Forum de l'OMS sur les politiques appropriées pour la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang, il propose que quatre nouveaux paragraphes soient ajoutés après le paragraphe 2.4), qui se liraient comme suit :

- 5) « à aider à mettre pleinement en oeuvre des programmes du sang bien organisés, coordonnés au niveau national, durables et dotés de systèmes de réglementation appropriés, en particulier par les moyens suivants :
  - a) l'engagement des pouvoirs publics et leur appui à un programme national du sang doté de systèmes de contrôle de qualité, au moyen d'un cadre juridique, d'une politique et d'un plan nationaux pour la sécurité transfusionnelle et de ressources suffisantes ;
  - b) l'organisation, la gestion et l'infrastructure nécessaires pour permettre un service durable de transfusion sanguine ;
  - c) l'accès équitable au sang et aux produits sanguins ;
  - d) des donneurs de sang volontaires non rémunérés provenant de groupes de population à faible risque ;
  - e) l'analyse et le traitement appropriés de tous les dons de sang et de produits sanguins ;
  - f) l'usage clinique approprié du sang et des produits sanguins ;
- 6) à mettre en place un processus de qualité pour l'élaboration des politiques et la prise des décisions concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang sur la base de considérations éthiques, de la transparence, de l'évaluation des besoins nationaux, des faits scientifiques et d'une analyse risques-avantages ;
- 7) à mettre en commun l'information aux plans national et international pour faire ressortir le fondement scientifique, économique et sociale des décisions de politique nationale concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang ;
- 8) à renforcer les partenariats à tous les niveaux pour mettre en oeuvre les mesures recommandées ici. ».

Aux Etats-Unis, la sécurité transfusionnelle reste l'un des principaux piliers du plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA, et d'importantes ressources ont été consacrées à aider les pays d'Afrique, d'Asie et des Caraïbes à garantir des approvisionnements en sang sécurisé, en vue de réduire la transmission du VIH. Les Etats-Unis travaillent également sur les questions de sécurité

transfusionnelle avec l'OMS en passant par exemple un contrat pour fournir directement des services consultatifs et de mise en oeuvre en matière de sécurité transfusionnelle en Ethiopie, en Haïti et en Namibie dans le cadre du plan d'urgence.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) approuve le projet de résolution et les amendements proposés par l'orateur précédent ; ces amendements renforcent le projet de résolution et reflètent les travaux des comités d'experts. Le Canada continuera à promouvoir et à soutenir la célébration annuelle de la Journée mondiale du don de sang et est attaché à renforcer les systèmes actuels de recrutement et de fidélisation de donneurs de sang volontaires et non rémunérés, ainsi que l'application de critères stricts pour la sélection des donneurs. Depuis 1999, le Département Santé Canada a consacré au total Can \$9,5 millions à la création d'un programme national de surveillance de la sécurité transfusionnelle, et le service chargé des produits alimentaires et de santé a investi Can \$25 millions chaque année, depuis 1998, pour maintenir un cadre réglementaire solide. Le Gouvernement canadien continuera à soutenir la collaboration multisectorielle afin de promouvoir le don de sang volontaire et non rémunéré.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) exprime son soutien au projet de résolution et aux amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, et entérine la proposition d'instituer une journée mondiale annuelle du don de sang qui encouragerait à la fois de nouveaux donneurs et les anciens. Plus de 30 ans se sont écoulés depuis que la Vingtième Assemblée mondiale de la Santé a appelé à la création de services de transfusion sanguine reposant sur le don volontaire et gratuit. Son pays estimant que ce principe est à la base de la sécurité transfusionnelle, il a été étonné qu'en 2000-2001 seulement 39 Etats Membres étaient dotés d'un système entièrement volontaire et non rémunéré. C'est pourquoi le Luxembourg fournit une aide au développement à plusieurs pays qui s'efforcent de mettre en place des services de transfusion sanguine de qualité, fondés sur le don non rémunéré.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) rappelle qu'en Equateur l'utilisation de sang contaminé par le VIH pour des dialyses rénales avait eu des conséquences dramatiques. L'Equateur accorde donc la plus haute importance à la question et se félicite du rapport et du projet de résolution, ainsi que des amendements proposés.

Le Professeur DAB (France) soutient également le projet de résolution et les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Afin de garantir la sécurité transfusionnelle, le Gouvernement français a chargé un organisme de définir et de faire appliquer des normes et un autre d'organiser la collecte et la distribution des produits sanguins. Il veillera à ce que les deux organismes coopèrent pleinement à l'organisation de la Journée mondiale du don de sang.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) fait observer que l'importance de la sécurité transfusionnelle croît avec la demande de sang provenant de donneurs. La situation est devenue aiguë à la suite de situations d'urgence, que celles-ci prennent la forme d'une catastrophe naturelle, d'une attaque terroriste ou d'un conflit armé. Il soutient le principe et la pratique du don bénévole, mais l'aspect de sécurité est un sujet de préoccupation étant donné que, dans son pays, il n'existe pas de centres de dépistage adéquats. Il faudrait s'efforcer davantage d'augmenter le nombre de donneurs volontaires.

L'adoption d'une législation qui encouragerait les dons de sang volontaires, ainsi que l'indique le paragraphe 2.3) du projet de résolution, représente un fait nouveau positif. Le 1<sup>er</sup> janvier 2005, un amendement à la loi fédérale de son pays sur le don de sang, distinguant clairement le don rémunéré du don bénévole, est entré en vigueur et un service élargi de don bénévole a été mis en place.

Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés et la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang.

M. KHAN (Pakistan) estime que la transfusion sanguine est un élément essentiel des services de santé partout dans le monde. La sécurité transfusionnelle fait partie intégrante de la prévention du VIH et d'autres pathogènes à transmission sanguine et de la lutte contre les épidémies d'hépatite B et C dans la plupart des pays en développement. La collecte de sang, exclusivement auprès de donneurs volontaires et non rémunérés provenant de populations à faible risque, est essentielle pour garantir la sécurité, la qualité, la disponibilité et l'accessibilité de la transfusion sanguine. Ce sont les femmes présentant des complications de la grossesse, les enfants souffrant d'anémie sévère potentiellement mortelle, les victimes de traumatismes qui souffrent le plus des pénuries de sang.

En 2004, le Gouvernement pakistanais et la Société de la Croix-Rouge pakistanaise ont organisé une Journée mondiale du don de sang à Islamabad, dans le cadre des manifestations mondiales destinées à remercier les millions de donneurs de sang volontaires. Il soutient l'organisation d'un tel événement chaque année le 14 juin.

Il approuve le projet de résolution tel qu'il a été amendé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, mais avertit que les pays en développement risquent d'être confrontés à des difficultés techniques et économiques pour le mettre en oeuvre. De nombreuses régions du monde, y compris la Région de la Méditerranée orientale, sont la proie de bouleversements majeurs qui ont dévasté les infrastructures locales et, notamment, les infrastructures sanitaires.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) se félicite du rapport et de la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang, et convient que le sang ne devrait être collecté qu'auprès de donneurs volontaires et non rémunérés pour garantir la sécurité, la qualité, la disponibilité et l'accessibilité de la transfusion. Le Lesotho est parmi les pays à plus forte prévalence de l'infection à VIH et a tenté d'inciter les familles de personnes infectées par le VIH ou malades du SIDA à se soumettre à un test moyennant une faible rémunération. Il a été réconforté d'entendre l'avis du membre des Etats-Unis d'Amérique sur ce point et soutient les amendements qu'il a proposés au projet de résolution.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) se félicite de la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang. Grâce à un effort soutenu pendant plusieurs années, le don de sang non rémunéré est passé en Chine de 22 % en 1998 à 85 % en 2003. Se référant au paragraphe 8 du rapport, il aimerait avoir des informations plus détaillées sur les moyens utilisés pour collecter ce sang, les normes que les donneurs devaient remplir et les pays concernés. Il soutient les amendements proposés en ce qui concerne les dons familiaux et de compensation.

Pour rassurer la Chine en ce qui concerne l'utilisation clinique appropriée du sang et des produits sanguins, il suggère d'insérer un alinéa supplémentaire au paragraphe 2 du dispositif du projet de résolution, qui se lirait comme suit : « fixer des conditions strictes pour veiller à une bonne utilisation de la transfusion sanguine en pratique clinique de manière à en éviter l'usage excessif qui peut entraîner un manque de sang et donc favoriser le recours aux dons de sang rémunérés ».

Le Dr SAM (Gambie) pense qu'il sera difficile pour les pays d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement s'ils ne disposent pas d'approvisionnements en sang accessibles, sûrs et suffisants. Certaines résolutions ont été adoptées par le passé par l'Assemblée de la Santé indiquant la nécessité de politiques nationales de transfusion sanguine, mais certains pays en développement d'Afrique soit ne sont pas dotés de telles politiques ou bien ne sont pas encore en mesure de les appliquer. Au minimum, le projet de résolution doit faire en sorte que cette situation puisse être corrigée.

Il se félicite de la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang. Toutefois, il est plus urgent d'encourager les pays en développement à garantir un approvisionnement à long terme en introduisant des programmes de dons réguliers non rémunérés dans les services nationaux de transfusion sanguine.

Par souci de clarté, il serait utile que les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique soient distribués.



Le Dr YOOSUF (Maldives) exprime son soutien au projet de résolution et aux amendements proposés. Un fort pourcentage de la population des Maldives souffre de thalassémie et a besoin de transfusions sanguines fréquentes. Il aimerait voir augmenter les dons volontaires et se développer et se renforcer les services de banques de sang au moyen de programmes de sensibilisation et d'éducation.

Le Dr MOLDOVAN (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) rappelle que la Roumanie s'est, à plusieurs reprises, déclarée préoccupée par la question du sang et des produits sanguins, et soutient le point de vue exprimé par le membre du Luxembourg. En 2004, la Roumanie a mené une campagne nationale visant à promouvoir le don de sang volontaire. L'intervenant se félicite de l'institution d'une Journée mondiale annuelle du don de sang le 14 juin.

Le Dr WANCHAI SATTAYAWUTHIPONG (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que le rapport montre clairement qu'il existe une pénurie de sang dans le monde en développement. La sécurité du sang est également un sujet de préoccupation : les transfusions de sang contaminé ont été responsables de 10 % des infections par le VIH dans les années 80 et 90.

Il se félicite de la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang, qui permettra de sensibiliser le public à l'importance qu'il y a à garantir un approvisionnement suffisant en sang de qualité grâce aux dons. Il approuve le projet de résolution, mais pense qu'il pourrait être renforcé si l'on ajoutait un nouvel alinéa au paragraphe 2 du dispositif, qui se lirait comme suit : « fournir un financement suffisant pour des services de don de sang de qualité et pour le développement de ces services de façon à répondre aux besoins des patients », ainsi qu'un nouveau membre de phrase au paragraphe 5, ainsi libellé : « de collaborer avec les organisations concernées pour aider les Etats Membres à renforcer leur capacité de dépistage des principales maladies infectieuses dans tous les dons de sang ».

Il partage les préoccupations exprimées au sujet des dons de sang familiaux et soutient donc les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) déclare que son pays attache une grande importance à la sécurité transfusionnelle et à la promotion du don de sang volontaire et non rémunéré. L'expérience acquise en matière de promotion du don de sang pour des raisons humanitaires a montré qu'une attention particulière devrait être portée à la sensibilisation du public et à l'information, à l'éducation et à la communication concernant les dons de sang volontaires et non rémunérés, et qu'il fallait reconnaître les donateurs de sang volontaires et leur droit à disposer de sang en cas de besoin.

Une journée nationale du don de sang a été célébrée dans son pays, le 1<sup>er</sup> juin de chaque année, entre 1994 et 2000. Le Viet Nam a répondu favorablement à la Journée mondiale du don de sang le 14 juin 2004 en organisant diverses activités d'information dans les médias, d'éducation et de communication. Elle soutient le projet de résolution et approuve les amendements proposés par les membres désignés par les Etats-Unis d'Amérique, la Jamaïque et la Thaïlande, amendements dont elle demande qu'ils soient soumis par écrit.

Le Dr OÑORBE DE TORRE (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) estime que les dons de sang non rémunérés, sécurisés et bien organisés sont un élément essentiel du système de santé et doivent donc être promus par tous les gouvernements d'une façon adaptée à la situation sociale et culturelle particulière du pays, et en tenant compte des besoins des différents secteurs et groupes de population. L'Espagne est dotée d'un système national du don de sang et d'un système de transfusion sanguine sûrs. Le système du don de sang a beaucoup progressé puisque le nombre annuel de dons atteint presque 40 dons pour 1000 habitants. Il importe d'améliorer les services de transfusion sanguine pour garantir la qualité et la sécurité des transfusions et assurer un nombre stable de donateurs afin de répondre aux besoins courants de transfusion et non pas uniquement aux besoins en cas de crise. Une fois le sang collecté et stocké dans des banques dans de bonnes conditions de sécurité, il faut garantir une utilisation clinique efficace et appropriée du sang et des produits sanguins. Des

programmes de formation des agents de santé doivent être mis sur pied pour prévenir les transfusions inutiles ou inadaptées.

Il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés par les membres désignés par les Etats-Unis d'Amérique et la Jamaïque.

Le Dr ACHARYA (Népal) accueille avec satisfaction le projet de résolution. La question de la sécurité transfusionnelle est importante dans le contexte des maladies transmises par le sang, y compris le VIH/SIDA. Les dons de sang familiaux et de compensation étant une pratique normale au Népal, il est favorable à la suppression du membre de phrase « ainsi que les dons de sang familiaux ou de compensation » au paragraphe 2.3), comme l'a proposé le membre de la Jamaïque. Même si la célébration de plusieurs journées du don de sang au cours d'une année peut entraîner une certaine confusion, au vu de l'importance de la question, il soutient la proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang le 14 juin.

Le Dr CAMARA (Guinée) se félicite de l'initiative qui a abouti à la rédaction d'un projet de résolution sur la sécurité transfusionnelle, un aspect essentiel de la lutte contre le VIH/SIDA. Un accès équitable à la transfusion sanguine est indispensable, car des milliers de personnes, en particulier des femmes enceintes et des enfants, meurent des conséquences de l'anémie faute d'accès à des transfusions sanguines. Compte tenu des risques inhérents aux transfusions et du danger de voir annuler les avantages du don de sang si des procédures sûres ne sont pas établies dans les pays en développement, il demande qu'une assistance soit apportée à ces pays pour garantir que le sang collecté au cours des journées du don de sang soit dépourvu de pathogènes et, en particulier, de VIH. En espérant qu'une telle assistance pourra être fournie, il soutient le projet de résolution avec les amendements proposés par les membres désignés par les Etats-Unis et la Jamaïque.

Le Dr AHMED (Ghana) estime que le rapport est particulièrement opportun dans des pays comme le sien qui sont en train d'élaborer des politiques de transfusion sanguine. Les transfusions se sont considérablement développées au Ghana, en particulier pour les victimes de traumatisme et en obstétrique.

Se référant au paragraphe 2.3), il fait observer que l'adoption d'une législation visant à interdire les dons rémunérés défavoriserait les pays qui manquent de donateurs volontaires. Il soutient donc le projet de résolution, tel qu'amendé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, et en particulier la proposition de modifier le libellé du paragraphe 2.3) dans le sens de l'adoption d'une législation « là où elle est nécessaire ».

Le Dr AL-SAIF (suppléant du Dr Al-Jarallah, Koweït) se félicite du rapport. Une transfusion sanguine sûre est un élément important auquel les pouvoirs publics doivent veiller constamment. Le Koweït étudie attentivement la question et encourage les dons de sang volontaires.

Le Dr TANGI (Tonga) soutient le projet de résolution et les amendements proposés. Comme le membre désigné par le Pakistan l'a fait observer, le sang est l'un des rares produits de santé que la société est appelée à donner volontairement, alors que tout le système de santé en dépend. Il soutient donc pleinement la création d'une journée mondiale du don de sang.

Le Dr SAM (Gambie), se référant aux dons de sang familiaux et de compensation, déclare qu'en l'absence de recrutement systématique de donateurs de sang au niveau national et d'un système de don de sang volontaire et non rémunéré, les familles sont contraintes de donner du sang, puisqu'il n'existe pas de banque de sang. L'accent devrait donc être placé dans le projet de résolution sur la nécessité de mettre sur pied des programmes de recrutement de donateurs. Il approuve les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique au paragraphe 2.3), mais suggère d'utiliser le mot « décourager » plutôt que « éliminer ».

Il soutient la création d'une journée mondiale annuelle du don de sang, qui servirait à la fois à éduquer et à recruter des donneurs, et propose d'ajouter un nouveau paragraphe 2, qui se lirait comme suit : « La Journée mondiale annuelle du don de sang devrait faire partie intégrante du programme national de recrutement de donneurs de sang ».

Le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn) approuve également le projet de résolution. Il déclare que l'élimination des dons de sang familiaux pourrait ne pas être dans l'intérêt des pays de cette région du monde, où une forte proportion de la population est touchée par une forme ou une autre d'hémoglobinopathie, drépanocytose et thalassémie en particulier, qui exige des transfusions régulières et répétées. Il existe, par ailleurs, une demande croissante de transfusions en traumatologie et obstétrique. En l'absence de ces systèmes de dons volontaires réguliers, ces pays s'en remettent aux dons de sang familiaux pour les situations d'urgence afin d'accroître les réserves de sang et l'approvisionnement des banques de sang. Il suggère donc de modifier le paragraphe 2.3) comme suit : « assurer la sécurité des dons de sang familiaux ou de compensation par l'application de critères stricts pour la sélection des donneurs et demander le consentement éclairé du receveur de la transfusion ». La fin de cet amendement tient compte de l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Ainsi, les dons familiaux ne seraient pas interdits, mais devraient être conformes à une réglementation rigoureuse.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il est prêt à accepter l'amendement proposé par le membre désigné par Bahreïn au paragraphe 2.3), mais souhaite que toute modification du libellé reflète le fait que les dons de sang rémunérés devraient être découragés en vue d'être à terme éliminés.

Le Dr ABDULLA (Soudan) soutient le projet de résolution mais fait observer qu'en Afrique, et dans la plupart des pays en développement, certains tabous dissuadent ou empêchent les personnes de donner leur sang. En mettant sur pied des systèmes de recrutement de donneurs volontaires, il faut tenir compte des problèmes culturels et tenter de modifier les comportements. Au paragraphe 2.2), il propose donc d'insérer les termes « adaptés sur le plan culturel » après le mot « systèmes ».

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> approuve l'esprit de la résolution. Une journée annuelle du don de sang volontaire est depuis longtemps et avec succès célébrée en Inde le 1<sup>er</sup> octobre. S'il soutient la proposition de créer une journée mondiale du don de sang, il suggère que la date du 14 juin soit reconsidérée, car, en Inde, les collégiens et les étudiants, qui constituent le groupe cible le plus important, sont en vacances au mois de juin.

Les dons de sang volontaires et non rémunérés se sont développés en Inde, où des activités ont été entreprises pour sensibiliser le public à la nécessité du don de sang volontaire dans des conditions de sécurité. Si le sang est collecté principalement auprès de donneurs volontaires et familiaux, le Gouvernement indien prend des mesures pour éliminer petit à petit les dons familiaux de compensation. Une action de sensibilisation devrait précéder l'adoption d'une législation visant à éliminer ces dons.

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre désigné par l'Islande, se félicite du rapport. Compte tenu de ce que l'on sait des risques de transmission – évitables – de différents pathogènes au cours d'une transfusion sanguine, tout traitement de sang ou don de sang à risque est considéré comme inacceptable. Les divers risques et les moyens de les éliminer ont été bien décrits dans le rapport. L'institution d'une Journée mondiale du don de sang mettrait en lumière la contribution importante des donneurs de sang, partout dans le monde. L'Islande soutient donc pleinement le projet de résolution et les amendements proposés.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

S'exprimant en sa qualité de PRESIDENT, il déclare que les amendements proposés seront soumis ultérieurement par écrit.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) dit que l'institution d'une Journée mondiale du don de sang a été proposée en raison du succès rencontré par la célébration de la Journée en 2004, à laquelle ont participé 73 pays et au cours de laquelle des millions d'unités de sang ont été données volontairement.

Il se dit satisfait des amendements proposés au projet de résolution par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Si le texte considéré est semblable au texte des précédentes résolutions du Conseil sur la sécurité transfusionnelle, il est néanmoins important que l'attention des gouvernements soit à nouveau appelée sur cet important problème.

En ce qui concerne la question des dons de sang familiaux, il précise que le terme « éliminer » a été utilisé, car il existe un risque de transmission de maladies d'un membre de la famille à un autre. Toutefois, son remplacement par le terme « décourager » pourrait être examiné plus avant. En ce qui concerne la question soulevée par le membre désigné par la Chine, la plus grande partie des 2,5 millions d'unités de sang écartées avait été recueillie dans des pays pratiquant le don rémunéré, ce qui prouve que le don rémunéré ne présente pas de garanties de sécurité. En réponse à la préoccupation soulevée par le membre désigné par l'Inde, il indique que les pays, qui célèbrent déjà leur propre journée nationale du don de sang, devraient tout faire pour conserver cette journée. Toutefois, une journée mondiale encouragerait la solidarité mondiale. La date du 14 juin a été suggérée, car elle marque l'anniversaire de la naissance de Karl Landsteiner qui a découvert les groupes sanguins.

M. JUNOR (Jamaïque), se référant au paragraphe 2.3), constate que l'opinion qui prévaut parmi les membres du Conseil semble être que les dons familiaux doivent être autorisés dans des cas particuliers et non découragés. Tous les pays ont le devoir de faire en sorte que le sang collecté soit sûr et que les dons familiaux ne posent donc pas de problème.

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 1, p. 225.)

**La séance est levée à 12 h 50.**

## SIXIEME SEANCE

**Mercredi 19 janvier 2005, 14 h 30**

**Président : M. D. Á GUNNARSSON (Islande)**

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

**Procédures et directives : Point 4.7 de l'ordre du jour**

- **Dénominations communes internationales : procédure révisée (document EB115/11)**

Le PRESIDENT attire l'attention du Conseil sur les annexes 1 et 2 du document qui contiennent respectivement la procédure à suivre en vue du choix de dénominations communes internationales (DCI) recommandées pour les substances pharmaceutiques et les directives générales pour la formation de dénominations communes internationales applicables aux substances pharmaceutiques.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) exprime sa satisfaction devant le travail accompli par le Secrétariat et juge très satisfaisante la procédure révisée.

Le Professeur KARAULOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) souligne l'importance d'une procédure révisée afin d'éviter la confusion découlant de dénominations similaires. La plupart des propositions formulées au cours des consultations sur la procédure révisée ont été prises en compte ; le Conseil devrait donc adopter le texte révisé. D'autres efforts sont toutefois nécessaires pour faire connaître davantage le document.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) dit que son pays a d'emblée appuyé avec force les buts du programme des DCI qui a joué un rôle de plus en plus important pour assurer la sécurité de la prescription, de la dispensation et de l'utilisation des médicaments. Ces buts ont été davantage mis en relief ces dernières années à la suite de l'action concertée des autorités de réglementation et des professionnels de la santé pour compléter les travaux de l'OMS visant à réduire les conséquences évitables des erreurs de médicaments et de prescription consécutives à des dénominations similaires. Elle se félicite des récents efforts visant à introduire une procédure de sélection des DCI plus rationnelle et transparente et concernant le remplacement à titre exceptionnel de ces dénominations. Les procédures révisées définissent plus clairement les situations contraignantes et les cas dans lesquels les propositions de dénominations révisées peuvent être envisagées tout en prévoyant aussi l'engagement des principales parties intéressées dans le processus de sélection. Le Canada souscrit donc à l'adoption de la procédure révisée.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) appuie sans réserve la procédure révisée qui présente des termes clairs que tout le monde peut comprendre pour la communication entre les pays et à l'intérieur des pays et que les autorités de réglementation pharmaceutique peuvent utiliser. Les travaux concernant les DCI ont été très efficaces. Il est particulièrement important d'éviter la confusion en veillant à ce que des appellations commerciales nouvellement créées ne ressemblent pas étroitement aux DCI.

Mme HALTON (Australie) souscrit avec force aux vues exprimées par les orateurs précédents et souligne l'importance du travail en cours pour éviter toute confusion lors de la prescription et de la dispensation des médicaments. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont déjà convenu d'adopter l'approche énoncée dans la procédure révisée : en l'absence d'une DCI pour un produit déterminé, elles utiliseront les conventions et les politiques appropriées pour la dénomination.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) rend hommage aux efforts déployés par le groupe d'experts des DCI pour la mise au point de la procédure et des directives. Vu les avantages du système pour les professions de santé, il se félicite de tout ce qui peut permettre d'accélérer ou de réviser le processus. Il faut faire en sorte que les DCI soient largement utilisées entre les professionnels et comprises par le grand public. En conséquence, les DCI doivent être simplifiées et rendues plus attrayantes que les appellations commerciales ; leur utilisation doit être activement encouragée et les Etats Membres incités à poursuivre leurs efforts pour faire connaître les DCI par des mesures législatives et sociales. Il approuve la procédure révisée.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) souligne combien il est important d'utiliser la même dénomination pour les mêmes produits dans le monde entier de façon à éviter les erreurs et la confusion et à sauver des vies. Les directives visent à rendre le processus plus efficace et à accélérer la procédure et il remercie tous les pays qui ont contribué à leur établissement et exprimé leur soutien en faveur des DCI. En réponse aux suggestions du membre désigné par la Thaïlande, il affirme que l'OMS fera tout son possible pour rendre les noms attrayants. Il faut que les DCI soient mieux connues au sein du corps médical et le Secrétariat collaborera volontiers avec les Etats Membres pour y parvenir.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite adopter la procédure révisée en vue du choix de dénominations communes internationales recommandées pour les substances pharmaceutiques qui font l'objet de l'annexe 1 du document EB115/11 ; il propose une résolution à cet effet, libellée comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur les dénominations communes internationales ;  
ADOpte la procédure révisée à suivre en vue du choix de dénominations communes internationales recommandées pour les substances pharmaceutiques.

**La résolution est adoptée.<sup>1</sup>**

Le PRESIDENT croit comprendre que le Conseil souhaite également prendre acte des directives générales révisées pour la formation de dénominations communes internationales applicables aux substances pharmaceutiques, énoncées à l'annexe 2 du document EB115/11, ainsi que le rapport sur les études de faisabilité contenu dans le même document.

**Il en est ainsi convenu.**

- **Substances psychoactives engendrant une dépendance : directives supplémentaires** (document EB115/12)

Mme HALTON (Australie) dit que l'une des priorités fondamentales de son Gouvernement et l'un de ses principaux postes de dépenses depuis huit ans ont été de prévenir la consommation de

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R4.

substances illicites et d'offrir un traitement efficace aux utilisateurs. L'Australie à cet égard remercie le Secrétariat d'avoir établi les directives supplémentaires en consultation avec d'autres organismes du système des Nations Unies ; tout en reconnaissant que ces directives visent à fournir des éclaircissements techniques sur les directives actuelles, l'Australie craint néanmoins qu'elles n'aient l'effet pervers de restreindre l'accès à des substances importantes pour le traitement de la toxicomanie.

Les directives actuelles ont été utiles aux comités d'experts depuis de nombreuses décennies ; toutefois, les directives supplémentaires risquent d'entraîner des changements politiques aux effets incertains au lieu d'apporter les éclaircissements techniques visés. Elle préférerait donc que les directives ne soient pas modifiées.

Le Professeur KARAULOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) rappelle les précédentes tentatives faites pour résoudre le problème de l'absence de réglementation qui se pose depuis longtemps. Cette question a été débattue par le Conseil à sa cent cinquième session en janvier 2000.<sup>1</sup> Le projet actuel constitue un nouveau pas en vue de produire une convention unifiée unique couvrant le contenu des trois Conventions pertinentes des Nations Unies. Le libellé du paragraphe 5 prévoyant des changements au statut existant des substances soumises à contrôle est inacceptable étant donné qu'en vertu de la Convention unique sur les stupéfiants de 1961, cette fonction relève de la compétence de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants et non de l'OMS. Le maintien du paragraphe 5 empêchera le Professeur Karaulov d'accepter le texte.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) souscrit à l'opinion du membre désigné par l'Australie selon laquelle il n'est pas nécessaire à l'heure actuelle d'apporter des directives supplémentaires.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) reconnaît que les directives supplémentaires abordent la question du classement différent des substances dans les Conventions de 1961 et de 1971, mais elle n'en souscrit pas moins au maintien des directives actuelles comme le propose le membre de l'Australie.

M. KHAN (Pakistan) estime lui aussi qu'il est essentiel de maintenir le système actuel.

Le Professeur DAB (France) dit que l'usage illicite de substances psychoactives est un sujet auquel la France est très attentive, mais qu'elle tient aussi à ce que les malades dans le monde entier bénéficient des traitements appropriés contre la douleur. L'absence d'une parfaite cohérence entre les diverses conventions existantes rend difficile la tâche du Secrétariat. Il vaudrait peut-être mieux arriver à une fusion des conventions, car la proposition dont le Conseil est saisi risque de poser plus de problèmes que la situation actuelle. Par exemple, les mots « indûment » et « aux fins d'un usage médical et scientifique légitime », au paragraphe 5 de la proposition, peuvent évidemment donner lieu à différentes interprétations. Il estime par conséquent, comme les orateurs précédents, qu'il faut maintenir les directives actuelles.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit que les directives supplémentaires qui s'emboîtent dans les conventions internationales en vigueur répondent à un besoin et le Secrétariat doit donc poursuivre les consultations avec les Etats Membres pour dégager un consensus. Les Conventions de 1961 et de 1971 n'adoptent pas le même classement pour certaines des substances visées. Ainsi, le cannabis n'est pas réglementé par la Convention de 1961, alors que le tétrahydrocannabinol l'est dans la Convention de 1971 ; il souhaiterait recevoir des éclaircissements sur ces divergences apparentes.

---

<sup>1</sup> Voir document EB105/2000/REC/1, décision EB105(3), et annexe 9.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) précise que la législation thaïlandaise actuelle est conforme aux trois Conventions des Nations Unies ainsi qu'aux directives proposées en 2004. Si la Thaïlande n'est pas opposée aux directives supplémentaires, elle estime elle aussi que des éclaircissements supplémentaires sont nécessaires.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> souscrit entièrement aux directives supplémentaires sur les substances psychoactives engendrant une dépendance. Il est nécessaire d'élaborer des programmes de formation et des modules adéquats pour les agents de santé primaires et un programme de sensibilisation complet à cet égard. Le programme national de désintoxication et le programme national contre la toxicomanie abordent les questions du traitement, de la désintoxication et de la réadaptation.

Le Professeur GHODSE (Organe international de Contrôle des Stupéfiants), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, dit qu'à la suite du tsunami en décembre 2004, l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants, conformément à son mandat et pour éviter des problèmes d'approvisionnements médicaux, accordera rapidement des autorisations de fournitures supplémentaires d'analgésiques et de substances psychotropes essentiels. L'Organe international a transmis à tous les pays touchés par la catastrophe les lignes directrices types pour la fourniture, au niveau international, des médicaments soumis à contrôle destinés aux soins médicaux d'urgence, mises au point conjointement par l'OMS et l'Organe international il y a plusieurs années ; certains gouvernements les utilisent déjà.

Le manque d'analgésiques opioïdes pour le traitement de la douleur dans les pays en développement reste un grand sujet de préoccupation pour l'Organe international. Malgré une augmentation significative de la consommation mondiale de morphine entre 1984 et 2003, on constate encore un déséquilibre marqué dans la disponibilité des opioïdes dans le monde : les pays en développement représentent 80 % de la population mondiale, mais leur part de la consommation mondiale de morphine n'atteint que 5 %. En outre, certaines régions de la planète ne reçoivent pas assez d'anxiolytiques essentiels et d'autres substances psychotropes par les voies de distribution régulières. Le Professeur Ghodse invite les gouvernements à fournir un approvisionnement suffisant de ces substances à des fins médicales par des voies de distribution soumises à un contrôle adéquat. Afin de répondre au problème, l'OMS et l'Organe international ont commencé en 2004 à mettre sur pied une stratégie mondiale contre la douleur qui vise à aider les pays en développement à renforcer les capacités d'utilisation des opioïdes dans le traitement de la douleur et à améliorer la sensibilisation à cet égard.

Toute révision des directives supplémentaires sur les substances psychoactives engendrant une dépendance doit être absolument compatible avec les Conventions des Nations Unies et ne pas empiéter sur les compétences d'autres organismes du système des Nations Unies. Les directives supplémentaires initiales sont entièrement compatibles avec les Conventions et respectent les mandats de l'OMS, de la Commission des Stupéfiants et de l'Organe international de Contrôle des Stupéfiants. Le Professeur Ghodse prie donc le Conseil soit d'approuver la version initiale des directives supplémentaires établies par le groupe de travail de l'OMS en coopération avec l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime et l'Organe international, soit de supprimer le paragraphe 5 de la version révisée qui n'est pas conforme aux Conventions des Nations Unies. Il n'y aura toutefois pas d'objection si le Conseil décide de maintenir le statu quo.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) rappelle que les directives supplémentaires ont été établies pour apporter des éclaircissements. Certains pays craignent que les éclaircissements techniques n'aient pour effet d'affaiblir les directives actuelles. D'autres estiment qu'il faudrait poursuivre les travaux afin d'améliorer les directives supplémentaires. La situation est paradoxale en

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.



ce sens que les travaux sur les directives supplémentaires ont été entrepris à la demande du Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance qui souhaitait des recommandations spécifiques sur le choix entre les trois Conventions des Nations Unies. Si l'OMS et le Comité d'experts peuvent sans doute se passer des directives supplémentaires, ils se retrouveraient dans une position délicate car les éclaircissements restent nécessaires. Il serait donc utile de poursuivre les travaux sur la question afin de fournir au Comité d'experts les recommandations souhaitées.

Le PRESIDENT, notant que la plupart des orateurs ont préféré le maintien du statu quo, propose que le Conseil convienne de maintenir les directives révisées pour l'examen par l'OMS aux fins d'un contrôle international des substances psychoactives engendrant une dépendance, approuvées par le Conseil dans sa décision EB105(3), et de prier le Secrétariat et le Comité d'experts de la Pharmacodépendance de poursuivre les travaux sur la question.

### **Il en est ainsi convenu.**

#### **Réserve mondiale de vaccin antivariolique : Point 4.8 de l'ordre du jour (document EB115/36)**

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) souscrit à la proposition de prévoir une réserve. Les craintes concernant la gravité de la situation actuelle sont entièrement justifiées : personne de moins de 25 ans n'est protégé contre une flambée naturelle de variole ou une diffusion du virus variolique par des terroristes. En outre, le vaccin antivariolique couramment utilisé jadis n'est plus indiqué pour la vaccination de masse en raison des complications potentielles qu'il peut entraîner chez les sujets immunodéprimés, notamment en cas d'infection par le VIH. L'OMS a donc pris la seule décision appropriée, à savoir celle de mettre sur pied un stock stratégique de vaccin antivariolique composé de deux éléments. La réserve comprendrait au total 205 millions de doses, un chiffre auquel on est parvenu sur la base d'études épidémiologiques. Il faudra mettre au point, le plus rapidement possible, des dispositifs juridiques, technologiques et financiers et des dispositifs de procédure et d'organisation pour les deux éléments. Les vaccins devront être de haute qualité et il faudra réglementer la livraison aux pays ayant différentes législations en matière d'autorisation de mise sur le marché et d'utilisation. L'expérience acquise dans la centralisation des essais cliniques et dans l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des antirétroviraux aux fins de présélection devrait garantir que les réserves de vaccin antivariolique sont de qualité standard. La mise en place d'une réserve ne doit en rien faire obstacle aux efforts de recherche visant à mettre au point une nouvelle génération de vaccins antivarioliques plus sûrs et plus efficaces.

Le Professeur DAB (France) souscrit aux observations formulées par l'orateur précédent. Le monde a la chance de disposer d'un outil efficace contre la menace toujours réelle de la variole. La constitution d'une réserve mondiale est donc une mesure logique pour accroître la capacité de riposte internationale, la plupart des pays n'étant pas en mesure de constituer et de maintenir un stock national de vaccins de haute qualité. Comme dans beaucoup d'autres domaines, toute stratégie de prévention centrée sur un seul pays serait vouée à l'échec. La France appuie par conséquent la proposition de constituer une réserve mondiale, l'OMS devant jouer un rôle moteur. A l'occasion de la cinquième réunion de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale (Paris, 10 décembre 2004), le Ministre français de la Santé a annoncé que la France mettait à la disposition de l'OMS 5 millions de doses de vaccin antivariolique prélevées sur la réserve stratégique nationale mais stockées et maintenues sur le territoire français. La qualité des vaccins serait régulièrement surveillée et seuls les vaccins ayant passé les tests avec succès seraient fournis en cas d'urgence. La France continuera d'appuyer les efforts de l'OMS dans ce domaine.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) souscrit à la proposition en principe. Toutes les mesures possibles doivent être prises pour éviter la diffusion accidentelle du virus

variologique à partir des laboratoires conservant des stocks. L'OMS doit mettre au point des règles régissant le maintien des stocks de virus, exercer une gestion stricte des stocks de vaccin et établir des dispositifs de supervision et de surveillance de qualité pour faire face à toute propagation possible de la variole en cas de flambée. Il faudra faire régulièrement rapport au Conseil et à l'Assemblée de la Santé sur l'état de l'administration au laboratoire. L'OMS devra aussi organiser une réunion d'experts pour examiner les normes et les protocoles de fabrication des vaccins antivarioliques et formuler et diffuser la réglementation qui s'impose. Les Etats Membres doivent être tenus informés en temps voulu des progrès de la mise en place d'une réserve mondiale. Certains pays ont déjà commencé à constituer des réserves stratégiques nationales.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) se félicite des progrès accomplis concernant la proposition de constituer une réserve mondiale et souscrit au cadre opérationnel énoncé dans le rapport. Les Etats-Unis se sont joints aux autres pays à la réunion de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale de Paris en annonçant une contribution de 20 millions de doses provenant des stocks nationaux. Comme dans le cas de la France, les vaccins seront stockés sur le territoire national et les procédures nationales de contrôle de la qualité seront appliquées jusqu'à ce qu'on en ait besoin. Si des procédures et des protocoles ont été établis pour maintenir un stock limité à l'OMS et pour accepter les dons des Etats Membres, on ne dispose toujours pas de projet ou de protocole d'action précis en cas de diffusion accidentelle ou intentionnelle du virus variolique nécessitant la distribution de vaccins. A cet égard, il appelle l'attention du Conseil sur un exercice international de simulation de haut niveau qui a récemment eu lieu à Washington et qui envisageait une diffusion multinationale du virus variolique. Il est rapidement apparu que la plupart des pays ne disposaient d'aucune capacité de production du vaccin, qu'il n'y avait pas de vaccins à acheter et qu'il n'y avait pas de dispositif pour la mise en commun des vaccins avec d'autres en cas d'urgence. Aucun accord n'existe non plus sur la possibilité de diluer éventuellement les vaccins pour en étendre la couverture. Manifestement il reste encore beaucoup à faire pour que le monde puisse faire face à une situation d'urgence due à la variole.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) fait observer que le cadre opérationnel de l'OMS envisage la préparation à une flambée de variole mais, comme l'a dit l'orateur précédent, certaines questions n'ont pas encore été réglées. De plus, le rapport ne reflète pas toute l'étendue des discussions qui ont eu lieu à la récente réunion du Comité ad hoc de l'OMS sur les orthopoxviroses, ni ses recommandations. Le contrôle de la qualité des vaccins stockés dans la réserve et les plans concernant leur distribution le moment venu sont d'importants aspects de l'initiative. Le Canada a donné des fonds à l'OMS pour la constitution de la réserve de vaccins et a soutenu la création d'un groupe stratégique traitant exclusivement de la variole dans le cadre du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et la poursuite du développement du cadre opérationnel et du plan d'urgence. Le Canada assure le secrétariat de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale et consulte le Secrétariat de l'OMS sur la possibilité de prévoir une séance d'information sur les activités de l'initiative.

M. DE CASTRO SALDANHA (suppléant du Dr Buss, Brésil) appuie la mise en place d'une réserve de vaccin antivariolique. En 2005, le Brésil devrait achever la constitution d'un stock national minimal de 183 000 doses de vaccin antivariolique, le niveau jugé nécessaire pour endiguer une flambée nationale. Conformément à la recommandation énoncée au paragraphe 9 du rapport, et grâce aux souches virales fournies en don par les National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique, le Brésil est en mesure de commencer la production de vaccin antivariolique rapidement au besoin. Il lui faudrait toutefois un appui international pour financer la fabrication locale.

Le Dr PREECHA PREMPREE (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) appuie tous les efforts faits pour que des mesures de lutte soient prises rapidement pour réduire l'impact sanitaire d'une flambée de variole. Il souscrit à la constitution de la réserve de vaccin mais prie l'OMS d'entreprendre les travaux de recherche nécessaires pour arriver à une estimation réaliste de la

demande potentielle de vaccins, le chiffre de 200 millions de doses mentionné au paragraphe 1 du rapport étant fondé sur des chiffres concernant la population de 1979.

Le Dr TANGI (Tonga) remercie le Secrétariat et les pays développés de leurs efforts dont profiteront les petits pays tels que le sien. Il demande des éclaircissements sur la portée du terme « bioterrorisme » utilisé dans le rapport et espère que les stocks existants du virus variolique sont gardés dans des laboratoires très sûrs.

M. KHAN (Pakistan) fait observer qu'il sera important de constituer des réserves mondiales de vaccin antivariolique sur plusieurs continents afin d'en assurer la distribution rapide en tous les points du globe en cas d'urgence. Le Pakistan collabore avec les National Institutes of Health des Etats-Unis d'Amérique et dispose, avec l'Inde et d'autres pays du monde entier tels que le Brésil, des capacités nécessaires pour participer à l'initiative. Il ne faut pas accorder une trop large place au bioterrorisme qui n'est pas la seule cause possible d'une flambée de variole : une catastrophe naturelle peut aussi déclencher une situation d'urgence.

Le Dr OÑORBE DE TORRE (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) appuie la constitution de la réserve. L'OMS doit être en mesure de contrôler la fabrication et le stockage du vaccin antivariolique. Il appuie donc les mesures résolues visant à enquêter sur les stocks existants et à coordonner leur vérification en évitant ainsi une situation de sauve-qui-peut où chaque pays chercherait à renforcer ses réserves stratégiques nationales sans coordination avec les autres. L'approche devrait être la même pour toutes les menaces mondiales pour la santé publique, qu'elle soit d'origine naturelle, comme dans le cas de la grippe aviaire, ou intentionnelle comme dans le cas du terrorisme.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> souscrit à la constitution d'une réserve mondiale de vaccin antivariolique avec les stocks nécessaires de diluant pour la reconstitution du vaccin et d'aiguilles bifurquées pour la vaccination. Les procédures pour le maintien de la réserve doivent être transparentes. L'Inde a la capacité de fabriquer le vaccin antivariolique, mais aura besoin de souches de semence appropriées et du transfert des technologies avancées nécessaires pour préparer des vaccins sûrs et efficaces. Il faut encore envisager comment répondre à ces besoins.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) remercie le Conseil d'avoir accepté la proposition d'une réserve élargie de vaccin antivariolique. Il rend hommage à tous ceux qui ont encouragé l'entreprise et annoncé des contributions généreuses. Les efforts visant à constituer une réserve de vaccin ne font que commencer, mais ils sont nécessaires pour se préparer aux éventualités comme celles mentionnées par les membres de la Chine, du Pakistan et des Tonga. Il a également pris note de l'observation selon laquelle les vaccins actuellement disponibles n'ont pas un caractère idéal et que les efforts en cours pour constituer la réserve ne doivent pas porter préjudice à ceux qui sont nécessaires pour mettre au point des vaccins nouveaux et plus sûrs. Comme on l'a déjà précisé, ces efforts doivent faire l'objet d'une surveillance internationale attentive et les dons de vaccins destinés à la réserve doivent être de la plus haute qualité. Il relève que certains pays, en particulier le Brésil et l'Inde, sont capables de produire des vaccins s'ils reçoivent les fonds internationaux nécessaires. Il se félicite de pouvoir collaborer avec les Etats Membres pour renforcer la réserve de vaccin. Il ne s'agit pas seulement de posséder le vaccin, mais de veiller à ce que tous les Etats Membres soient prêts en cas de flambée de variole.

Le DIRECTEUR GENERAL fait observer qu'en plus des deux stocks connus de virus variolique aux Etats-Unis d'Amérique et en Fédération de Russie, il pourrait en exister d'autres

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

ailleurs qui seraient inconnus, ce qui constitue un problème en soi. En outre, il est possible que le virus soit gardé pour être utilisé comme une arme. La production du vaccin a été interrompue au moment de l'éradication de la variole en 1979-1980, ce qui fait que les populations ne sont plus protégées contre un virus particulièrement virulent et parfois mortel. Il ne faut pas oublier que le virus de semence à partir duquel le vaccin est fabriqué provient d'une souche différente du virus variolique lui-même. Enfin, les membres doivent savoir qu'une deuxième édition du Manuel de l'OMS sur l'action de santé publique face aux armes biologiques et chimiques a maintenant été publié.<sup>1</sup>

Le PRESIDENT invite le Conseil à prendre note avec satisfaction du rapport et des progrès accomplis pour la constitution d'une réserve mondiale de vaccin antivariolique en demandant la poursuite des travaux.

**Il en est ainsi convenu.**

**Antirétroviraux et pays en développement : Point 4.9 de l'ordre du jour (document EB115/32)**

Le PRESIDENT précise que ce point a été inscrit à l'ordre du jour à la demande d'un Etat Membre à la suite de la discussion qui a eu lieu à la cent quatorzième session du Conseil.<sup>2</sup>

M. DE CASTRO SALDANHA (suppléant du Dr Buss, Brésil), se référant aux dispositions qui ménagent une flexibilité concernant les droits de propriété intellectuelle dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, dit que la Déclaration de Doha doit être appliquée par les pays en développement de manière à assurer la participation active des producteurs locaux de médicaments génériques. Il a plusieurs recommandations à formuler à l'intention de l'OMS à cet égard.

Pour aider les Etats Membres à tirer le meilleur parti de cette flexibilité et de la décision du Conseil général de l'OMC du 30 août 2003 sur l'application du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha, l'OMS doit admettre qu'il faut au moins dix ans pour que les producteurs locaux de médicaments génériques puissent satisfaire aux exigences techniques de la production d'antirétroviraux.

Les exigences en matière d'étiquetage et de conditionnement de la Déclaration de Doha doivent être précisées dans des spécifications proposées qu'il faudra adapter aux conditions techniques dans lesquelles les producteurs locaux de médicaments génériques opèrent, tout en respectant les normes sanitaires énoncées par l'OMS. Ainsi, la production des médicaments sous licence resterait économiquement viable en cas d'introduction de licences obligatoires autorisées par la Déclaration.

Lorsque des instruments juridiques seront élaborés pour incorporer les dispositions ménageant la flexibilité prévue par la Déclaration de Doha dans les systèmes juridiques des pays en développement, il faudra envisager la possibilité d'établir un mécanisme d'achat officiel qui faciliterait la définition des producteurs locaux de médicaments génériques.

Dans le cadre des efforts visant à améliorer la qualité des médicaments génériques produits sur place, l'OMS devrait envisager d'élaborer des règles et des normes de bonnes pratiques de fabrication et de stabilité et de bioéquivalence pour la présélection des médicaments génériques. Les règles et les normes pourraient alors être adoptées par un comité technique de représentants de l'OMS et d'organismes de réglementation locaux qui mettrait également au point des solutions techniques permettant d'assurer la qualité des antirétroviraux produits localement. Le système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international devrait prévoir une inspection pour la présélection dans le cas non seulement des producteurs de matières

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Public health response to biological chemical weapons: WHO guidance*, 2nd ed. Genève, 2004.

<sup>2</sup> Voir le document EB114/2004/REC/1, p. 92.

premières, mais aussi des intermédiaires de façon à garantir la qualité dans toutes les phases de la production des antirétroviraux.

Le Dr GAKURUH (Kenya), s'exprimant au nom du Groupe africain, dit que ses membres sont encouragés par l'accent que met le rapport sur la coopération technique dans les deux domaines clés de l'application de l'Accord sur les ADPIC et de la promotion de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments.

Elle demande instamment à l'OMS de continuer de soutenir l'action des Etats Membres pour mettre en oeuvre la Déclaration de Doha et la décision du Conseil général de l'OMC sur l'application du paragraphe 6 de la Déclaration de façon à encourager les efforts visant à ce que les médicaments soient disponibles à un prix abordable. L'utilisation effective des dispositions de l'Accord sur les ADPIC ménageant une flexibilité suppose que les organismes responsables de la santé publique, du commerce et des licences adoptent une approche intégrée et coordonnée. Elle relève les efforts déployés par l'OMS dans le domaine de la coopération technique et de l'appui aux pays pour promouvoir une approche interorganisations. Ces efforts qui ont contribué à incorporer des objectifs de santé publique dans l'application de l'Accord sur les ADPIC doivent rester prioritaires. Plus les médicaments sont avantageux, plus on pourra traiter de malades et assurer la pérennité du traitement. Pour faire baisser les prix des antirétroviraux, les stratégies d'achat efficaces jouent un rôle essentiel, ce qui suppose que l'on puisse surmonter l'obstacle des brevets le cas échéant ; il faut aussi encourager la concurrence entre médicaments génériques. Comme il faudra disposer d'informations fiables et à jour sur les prix, la qualité et la protection des médicaments par les brevets pour y parvenir, elle demande instamment à l'OMS d'accroître ses efforts dans ce domaine.

Le Groupe africain note la liste des utilisations que font les Etats Membres des dispositions de l'Accord sur les ADPIC ménageant une flexibilité. Dans de nombreux cas, elles ont été utilisées pour promouvoir la fabrication d'associations fixes d'antirétroviraux. L'utilisation de ces associations est conforme aux directives de traitement recommandées par l'OMS mais, en raison de l'obstacle des brevets, les associations fixes de première intention recommandées ne sont disponibles qu'auprès de fabricants de produits génériques. L'OMS doit continuer à soutenir l'utilisation de ces associations. Dans les pays africains, il est essentiel de rendre l'observance du traitement aussi aisée que possible. Cela est plus facile si l'on diminue le nombre des comprimés à prendre chaque jour ; les résultats cliniques ont alors tendance à s'améliorer et le risque d'apparition d'une pharmacorésistance à diminuer. Il est également relativement facile d'obtenir et de stocker les associations fixes.

Pour améliorer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments, il est indispensable de mettre en place et de renforcer la capacité de réglementation pharmaceutique nationale. Le Groupe africain demande donc que l'OMS continue d'apporter son assistance technique aux autorités de réglementation pharmaceutique et de renforcer leurs capacités. Le projet de présélection de l'OMS initialement conçu comme un instrument au service des organismes des Nations Unies chargés des achats s'est révélé utile pour les pays en développement, car il leur offre un choix de médicaments de qualité évalués sur la base de normes acceptées par les principaux organismes de réglementation mondiaux. Il a également aidé ces pays à avoir plus facilement accès à des médicaments à des prix abordables, surtout des antirétroviraux. Toutefois, face à la poursuite de la crise du VIH/SIDA, il faut encore renforcer le projet de présélection conformément à la résolution WHA57.14 et veiller à ce qu'il reste un aspect permanent de l'action de l'OMS.

Enfin, notant la formation d'un nouveau Département de la Coopération technique pour les médicaments essentiels et la médecine traditionnelle, elle demande instamment au Directeur général de veiller à ce que des ressources suffisantes soient allouées à ses travaux.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) note que le rapport tient compte des préoccupations et des frustrations que suscite la question de la production d'antirétroviraux dans les pays en développement. L'assistance donnée par l'OMS, le Bureau régional des Amériques et l'OPS dans les négociations engagées par le Groupe des pays andins sur l'achat d'antirétroviraux a contribué à donner des résultats satisfaisants.

La pandémie de VIH/SIDA a les effets les plus graves dans les pays qui ont les ressources financières, humaines et technologiques les plus faibles. C'est là un défi pour la solidarité internationale qui est l'essence même d'une organisation comme l'OMS. Les pays d'Amérique latine ont jusqu'ici reçu une aide utile dont ils doivent être reconnaissants. Le traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA est assuré par l'Etat en Amérique latine : en d'autres termes, il est gratuit. Les Etats prennent des engagements de plus en plus nombreux et, dans bien des cas, ne seraient pas en mesure de faire face à la situation sans les négociations visant à réduire le prix des antirétroviraux et sans l'aide des autres pays. Il remercie le Brésil à cet égard qui a permis à la Bolivie d'avoir accès à ces médicaments à des prix plus avantageux.

Il ne s'agit pas simplement d'une question de droits de propriété intellectuelle, mais aussi de l'accès aux médicaments qui est une question de vie ou de mort. Il ne s'agit pas de savoir qui peut payer et qui ne peut pas payer, mais qui vivra et qui ne vivra pas. On parle beaucoup des négociations, mais on devrait se demander si la santé est négociable ou si le fond du problème n'est pas plutôt la solidarité avec ceux qui sont infectés par le VIH et la recherche d'un moyen de les aider. Si la solution réside dans des importations parallèles, une production locale ou des licences obligatoires, tant mieux. Ce qu'il faut, c'est fournir des médicaments efficaces, donner aux personnes infectées le traitement dont elles ont besoin et établir un dispositif à l'intérieur de l'OMS pour faciliter l'accès aux médicaments nécessaires.

Il demande qu'il soit confirmé que le Secrétariat poursuivra les négociations visant à mettre en place un tel dispositif.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque), s'exprimant au nom des pays des Caraïbes, fait observer que le renforcement de la capacité de fabrication locale, notamment pour les antirétroviraux, n'est pas possible en ce qui les concerne, car les capitaux, la technologie, les matières premières, la capacité de recherche et de développement nécessaires leur font tous encore défaut. Ils doivent donc avoir accès à des médicaments de haute qualité d'un prix abordable venus d'ailleurs.

Afin d'assurer durablement l'accès aux médicaments à des prix plus avantageux, quelques pays des Caraïbes et d'Amérique latine ont pris des initiatives qui sont suivies avec intérêt. Il faudra analyser les effets de l'ouverture imminente du marché et de l'économie uniques de la CARICOM et de la zone de libre échange des Amériques ; les accords bilatéraux devront être examinés et des dispositifs mis sur pied pour faciliter les échanges entre pays du même espace économique. L'OMS, par l'intermédiaire du Bureau régional des Amériques, devrait apporter ses conseils dans ce domaine.

La Jamaïque a eu accès à des ressources financières pour l'approvisionnement en antirétroviraux grâce au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, à la Banque mondiale et à d'autres mécanismes et elle en est reconnaissante ; mais elle se préoccupe de la pérennité de ce soutien et du manque de ressources humaines et d'infrastructure. Les fonds sont apportés par les donateurs moyennant des restrictions, et certains aspects du processus qui doivent être opérationnels ne sont pas couverts. L'OMS doit s'occuper de ce problème.

Pour le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine), les mesures de lutte et la production de génériques par les pays en développement peuvent garantir l'accès des malades à des antirétroviraux de qualité, facilitant ainsi les efforts de prévention et de lutte concernant le VIH/SIDA. La Chine participe à l'initiative des « 3 millions d'ici 2005 » et a pu produire cinq médicaments qui ne sont pas protégés par des droits de propriété intellectuelle ; et grâce à des projets de coopération internationale, il lui a été possible de fournir des médicaments aux enfants.

La Chine souscrit à la recherche et à la mise au point de nouveaux antirétroviraux et elle s'efforce de fournir gratuitement des médicaments aux populations rurales pauvres, le but étant en définitive de les offrir gratuitement à tous ceux qui en ont besoin. La Chine a formé des professionnels de la santé et acheté le matériel nécessaire pour repérer plus facilement les malades ayant besoin d'un traitement.

Les statistiques montrent que plus de 20 % des malades qui ont reçu des antirétroviraux de la première génération ont dû interrompre leur traitement en raison d'effets secondaires particulièrement

marqués. L'OMS devrait s'attacher davantage à régler ce problème et à aider les pays en développement à résoudre celui des brevets pour promouvoir l'utilisation de nouveaux antirétroviraux.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) dit qu'un thème récurrent dans l'examen des questions techniques et sanitaires est celui de la sécurité thérapeutique et de la façon de l'assurer. Pour atteindre progressivement le niveau de santé le plus élevé possible, l'accès à des médicaments de qualité occupe une place centrale. Le fait qu'une des principales menaces pour la santé soit le VIH/SIDA explique l'effort constant d'élaborer des règles pertinentes et de fournir un appui technique aux organismes nationaux de réglementation pharmaceutique. Le projet de présélection et les activités visant à promouvoir la qualité des principes actifs et les agents antirétroviraux sous leur forme/présentation finie représentent un pas en avant.

Outre l'approvisionnement en médicaments, un autre problème dans la lutte contre le VIH/SIDA est celui de l'emploi du préservatif. Il est donc encourageant de lire le récent article du quotidien espagnol *El País* selon lequel l'Eglise catholique romaine a toléré l'utilisation du préservatif pour prévenir la transmission du VIH. Qu'est-ce qui a amené l'Eglise à changer d'avis, elle qui s'était si longtemps opposée à l'emploi du préservatif considéré même comme un péché ? C'est le fait qu'il n'y avait pas d'autre solution possible. C'est là un important signe des temps.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) dit que le rapport semble critiquer certains aspects de la solution concernant la santé représentée par la décision adoptée le 30 août 2003 par le Conseil général de l'OMC. Cette solution vise à atteindre les objectifs évoqués dans le rapport, c'est-à-dire à offrir une procédure juridique simple et rapide et un large choix de médicaments génériques de qualité. Elle n'est pas complexe et Mme Valdez n'accepte pas que l'on puisse affirmer le contraire. En fait, la plupart des étapes prévues de la procédure sont non seulement simples, mais indispensables pour garantir que les médicaments ne sont pas détournés des marchés auxquels ils sont destinés. Aucun aspect de la solution n'affaiblit l'incitation économique offerte aux fabricants de génériques à produire des médicaments sous licence obligatoire, comme le démontre le fait que les redevances sont liées à la valeur économique dans le pays importateur plutôt que dans le pays où les médicaments sont produits. L'idée selon laquelle la solution réduirait en quelque sorte les incitations économiques à produire des médicaments génériques est incorrecte. Son but est manifestement humanitaire et non commercial comme cela est clairement précisé dans la Déclaration du Président qui accompagne la décision de 2003.

On s'en prend également dans le rapport à certains aspects des accords commerciaux bilatéraux et régionaux. Mais c'est à tort qu'on soutient que la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a voulu par les termes employés exprimer les préoccupations des Etats Membres au sujet de certaines dispositions spécifiques. En fait, les Etats Membres ont convenu d'encourager les accords commerciaux bilatéraux à tenir compte de la flexibilité ménagée par l'Accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha.

Les Etats-Unis ont souscrit aux activités du Secrétariat visant à promouvoir la production locale de médicaments de haute qualité. C'est là un usage approprié de ressources limitées et c'est plus utile qu'un rôle de promotion auprès de l'OMC pour l'application de l'Accord sur les ADPIC. Ils se félicitent également des efforts visant à accroître la transparence du processus de présélection : la mise en garde à la fin de chaque liste de présélection, par exemple, est utile aussi bien pour les fabricants que pour les gouvernements. La Food and Drug Administration des Etats-Unis collabore avec les établissements de recherche et les fabricants de produits génériques, les autorités de réglementation des pays gravement touchés par le VIH/SIDA et la communauté internationale pour faire en sorte que le traitement antirétroviral au moyen d'associations fixes de qualité et peu coûteuses devienne une réalité. Les Etats-Unis souhaitent collaborer plus étroitement avec l'OMS afin d'échanger les pratiques et les résultats permettant la meilleure assurance de la qualité possible en matière d'antirétroviraux.

Pour Mme LE THI THU HA (Viet Nam), améliorer l'accès à un traitement permettant de sauver des vies constitue désormais le défi le plus urgent à relever dans la lutte contre le VIH/SIDA, en particulier dans des pays en développement disposant de ressources limitées. Selon une récente

estimation, 15 % des 215 000 personnes vivant avec le VIH/SIDA au Viet Nam ont besoin d'un traitement antirétroviral. Le coût des antirétroviraux achetés par le Gouvernement et qui sont importés de sociétés pharmaceutiques internationales avoisine les US \$5000 par personne et par an. En vertu de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre le VIH/SIDA, le Gouvernement vietnamien cherche à fournir des antirétroviraux à 70 % des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Toutefois, pour atteindre cet objectif, il faudra réduire le prix du traitement antirétroviral qui doit être peu coûteux et facilement accessible pour ceux qui en ont besoin. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a approuvé un projet de US \$12 millions pour renforcer les soins et le traitement dans les 20 provinces les plus touchées du pays, projet dans le cadre duquel des antirétroviraux seraient fournis aux 2000 à 3000 personnes qui en ont besoin au cours des deux prochaines années. Le Ministre de la Santé a prié l'OMS d'acheter les médicaments il y a quelques mois. En raison du déclassement de certains des antirétroviraux présélectionnés qui figuraient sur la liste de l'OMS, les stocks disponibles aussi bien de produits génériques que de produits de marque sont limités et l'OMS n'a pas été en mesure jusqu'ici d'obtenir les antirétroviraux nécessaires.

Le Viet Nam se félicite des activités récentes du Secrétariat visant à encourager la production locale avec un niveau de qualité assuré et à aider les Etats Membres à se prévaloir dans toute la mesure possible des dispositions de l'Accord sur les ADPIC ménageant une flexibilité. Le Gouvernement a reçu l'appui de l'OMS et de la Fondation Ford pour réexaminer les problèmes juridiques et commerciaux que pose la fourniture d'antirétroviraux à des prix abordables au Viet Nam. Le rapport sur cet examen a fourni de nombreux éléments sur la question des brevets dont font l'objet les antirétroviraux ; la conclusion a été qu'il convenait d'apporter des modifications à la loi vietnamienne sur les brevets ainsi qu'à l'interprétation et à la pratique du droit interne et du droit international pour rendre les médicaments plus accessibles et à un prix plus abordable.

Le Gouvernement vietnamien souhaite renforcer sa propre capacité de production d'antirétroviraux pour permettre à son industrie d'arriver au stade de la présélection – un processus lent et coûteux pour les petites entreprises. Une autre question concerne l'accès au traitement de deuxième intention. Il faudra rechercher une harmonisation internationale pour éviter que les différents pays aient à supporter le poids de ces problèmes.

Bien qu'on ne sache pas comment la production d'antirétroviraux génériques sera affectée par les nouvelles règles de l'OMC, on peut craindre que les efforts visant à fournir les antirétroviraux aux malades du SIDA dans les pays en développement ne soient menacés par leur application. Elle souscrit donc à la déclaration du membre désigné par le Brésil

Mme CHA-AIM PACHANEE (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) remercie le Secrétariat d'avoir fourni une assistance technique aux Etats Membres pour utiliser les dispositions de l'Accord sur les ADPIC ménageant une flexibilité et pour améliorer la qualité des médicaments génériques produits localement, ce qui donnera aux pays l'accès à des antirétroviraux de qualité à des prix abordables et permettra ainsi d'atteindre l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 ». Un partenariat entre les pays est également nécessaire pour l'accès aux antirétroviraux comme on l'a vu à la Quinzième Conférence internationale sur le SIDA (Bangkok, 11-16 juillet 2004) quand le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, le Nigéria, la Thaïlande et l'Ukraine ont signé un engagement relatif à l'acquisition d'une expérience technique, scientifique et technologique dans la lutte contre le VIH/SIDA.

La Thaïlande s'est félicitée des efforts déployés par le Canada et la Norvège pour modifier leur législation nationale concernant l'application des licences obligatoires et l'exportation de médicaments aux pays en développement.

Au moment où de nombreux pays négocient l'établissement de zones de libre échange, il est important de tenir compte dans ces négociations de l'application des dispositions de l'Accord sur les ADPIC ménageant une flexibilité. Toute demande visant à bénéficier de dispositions allant au-delà des ADPIC – ce qu'on appelle les dispositions « ADPIC-plus » – doit susciter une grande préoccupation, et des mesures de sauvegarde doivent être mises en place pour protéger l'accès aux médicaments essentiels, et notamment aux antirétroviraux. Elle demande instamment à l'OMS de jouer un rôle actif à cet égard aussi bien au plan national qu'au plan international.



L'accès effectif aux antirétroviraux dépend d'une bonne infrastructure sanitaire et d'une formation complète des médecins et du personnel de santé. L'OMS doit collaborer étroitement avec tous les donateurs pour promouvoir le développement systématique et durable d'infrastructures de soins, y compris les ressources humaines pour la santé, afin que les soins concernant le VIH/SIDA soient dispensés de manière efficace.

La Thaïlande souscrit avec force au système de présélection de l'OMS et déplore le retard important qui est intervenu dans son application et l'absence de toute mention des résultats escomptés à cet égard dans la partie du projet de budget programme 2006-2007 consacrée aux médicaments essentiels. Mme Cha-Aim Pachanee exprime l'espoir que le projet de budget programme 2006-2007 sera révisé en conséquence avant la prochaine Assemblée de la Santé. Elle prie le Directeur général et les donateurs d'envisager sérieusement la question et d'assurer une orientation et un appui budgétaire bien marqués en faveur du système. Elle demande aussi que le Secrétariat s'emploie à aider activement les pays en développement à améliorer le processus de fabrication des médicaments génériques afin que leurs produits soient rapidement présélectionnés.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) dit que la France appuie avec force les activités de l'OMS visant à promouvoir un large accès à des médicaments de qualité, en particulier les antirétroviraux. L'application de l'Accord sur les ADPIC depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et de la flexibilité qu'il ménage modifiera les capacités des pays en développement à produire des médicaments génériques; la flexibilité doit apporter une solution au problème de l'approvisionnement en antirétroviraux dans les pays en développement. Mais il est encore trop tôt pour savoir si cette flexibilité permettra de répondre aux besoins des pays. Le succès ou l'échec dépendra de la mobilisation des Etats Membres et du Secrétariat en particulier, pour que les ressources obtenues grâce à cette flexibilité permettent de répondre aux besoins sur le terrain.

Les données concernant la nature, le type et l'origine des antirétroviraux sont insuffisantes, de même que celles sur le volume des médicaments utilisés pour le traitement du VIH/SIDA dans le monde. Le rapport est muet sur les quantités et la répartition des exportations des laboratoires déjà présélectionnés, car de telles données n'existent tout simplement pas. Afin de contribuer à la mise à disposition de données mondiales actualisées dans ce domaine, la France fournira à l'OMS un appui, y compris une contribution financière de €600 000 au cours du prochain exercice. Au sein de l'Union européenne, la France a également soutenu un alignement de l'Accord sur les ADPIC sur les articles 95 et 133 du Traité de l'Union européenne pour assurer une mise en oeuvre uniforme dans tous les Etats Membres.

Concernant le programme de présélection de l'OMS, le retrait de certains antirétroviraux de la liste à la suite d'inspections réalisées dans le cadre du programme de l'OMS a révélé des difficultés, voire des fraudes, chez les sous-traitants en ce qui concerne les études de bioéquivalence. Cet incident reflète l'efficacité du programme appuyé dès le départ par la France et qui ne s'applique pas seulement aux médicaments anti-VIH et anti-SIDA mais aussi au traitement du paludisme et de la tuberculose. La France a réservé €1 335 000 au financement de ce programme.

Le nombre des médicaments génériques présélectionnés jusqu'ici est insuffisant, ce qui tend à se traduire par des prix trop élevés. L'OMS a fixé à mars 2005 la date limite pour la présélection des antirétroviraux sous forme générique et en particulier pour les formes pédiatriques. Il est donc indispensable de présélectionner un nombre suffisant de molécules. Il souhaite qu'un rapport soit établi sur la question indiquant le nombre de formes pédiatriques présélectionnées à ce stade et les perspectives à court terme. La France est prête à aider le Secrétariat à mettre en place un système d'information sur les conditions d'approvisionnement en antirétroviraux qui permettrait de savoir exactement quels sont les médicaments produits et combien sont utilisés et mis au point.

M. PALU (suppléant de Mme Halton, Australie), se félicitant des efforts importants déployés par l'OMS dans ce domaine, précise que l'Australie souscrit à l'amélioration de l'accès aux antirétroviraux et médicaments essentiels de qualité à des prix abordables. L'Australie défend également le droit des membres de l'OMC de se prévaloir de toutes les dispositions des ADPIC ménageant une flexibilité aux fins de protéger la santé publique et en particulier de promouvoir l'accès

aux médicaments pour tous. L'Australie salue la décision du Conseil général de l'OMC concernant l'application du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique dans son ensemble et l'importance accordée dans le rapport aux mesures à prendre pour que les produits en question répondent aux normes internationales. Elle invite instamment la communauté internationale à continuer de faire preuve de fermeté sur les questions de qualité et de résister à ceux qui réclament une action urgente susceptible de remettre en cause la qualité des antirétroviraux génériques. Si l'on autorise la production d'antirétroviraux de qualité inférieure, le coût à supporter menacerait l'ensemble des programmes de traitement.

**La séance est levée à 17 h 35.**

## SEPTIEME SEANCE

**Jeudi 20 janvier 2005, 14 h 10**

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)**

**QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

**Antirétroviraux et pays en développement : Point 4.9 de l'ordre du jour (document EB115/32) (suite)**

Le Dr CAMARA (Guinée) s'associe à la déclaration présentée le jour précédent par le membre du Kenya au nom du Groupe africain. Si le SIDA constitue un problème de santé publique à l'échelle planétaire, c'est dans les pays en développement d'Afrique subsaharienne que ses effets les plus néfastes se font sentir, que ce soit en termes de mortalité, de morbidité ou d'appauvrissement. Tous les pays concernés ont adopté des politiques ou programmes nationaux pour combattre ce fléau, mais la question du traitement a été négligée et le prix de la trithérapie demeure trop élevé pour des millions de personnes. A cet égard, il faut féliciter l'OMS et l'ONUSIDA d'avoir lancé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » pour élargir l'accès au traitement.

Il remercie l'Allemagne, le Canada, l'AID des Etats-Unis d'Amérique et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour le soutien qu'ils n'ont cessé d'apporter aux personnes vivant avec le SIDA en Guinée et salue l'initiative contre le SIDA lancée par le Président des Etats-Unis d'Amérique. La Guinée, dont la politique pharmaceutique repose sur les génériques, est favorable à la production locale d'antirétroviraux. Toutefois, les pays en développement ne disposant pas des outils qui leur permettraient d'assurer un contrôle efficace de la qualité, il est indispensable que l'OMS ou les pays ayant une expérience en la matière leur prêtent main-forte. Les prix fixés ne devraient pas empêcher ceux qui en ont besoin d'avoir accès à des médicaments de qualité et il faut que le nombre de molécules présélectionnées augmente. Des mécanismes de financement durable s'avèrent nécessaires et les petits pays démunis devront pouvoir compter sur la solidarité internationale.

M. KHAN (Pakistan) se félicite que l'OMS se soit engagée à atteindre l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 », car l'incapacité de fournir des antirétroviraux aux millions de personnes infectées par le VIH place la question au rang des urgences sanitaires mondiales. La décision du Conseil général de l'OMC relative à la mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique va dans la bonne direction, car les Etats Membres pourront ainsi mieux assurer l'accès au traitement et aux soins.

Les activités de l'OMS en faveur de la production locale d'antirétroviraux de qualité apportent un appui précieux. Tout l'éventail des dispositions qui ménagent une flexibilité dans l'Accord sur les ADPIC devrait être exploité au mieux, compte tenu des situations nationales en matière de brevets et de prix et, à cet égard, il approuve les observations formulées par le membre des Etats-Unis d'Amérique. Onze antirétroviraux de premier plan sont récemment venus allonger la liste des médicaments essentiels du Pakistan et le programme national de lutte contre le SIDA prévoit d'y avoir recours pour le traitement.

Les considérations relatives aux droits conférés par les brevets et à la rentabilité ne pèsent pas lourd si l'on songe aux femmes et aux enfants qui meurent du SIDA ; les efforts de l'OMS pour venir en aide aux plus démunis dans les pays en développement doivent être complétés par ceux de tous ses Etats Membres. Il partage l'avis des membres désignés par la Bolivie, le Brésil et le Kenya concernant

les médicaments génériques. Des recherches plus poussées sur le VIH/SIDA s'imposent : au Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004), on a constaté que 90 % des US \$100 milliards consacrés à la recherche n'étaient utilisés que par 10 % des pays, déséquilibre qu'il conviendrait de corriger. Des pays comme le Brésil, la Chine et l'Inde disposent de ressources humaines impressionnantes pour la recherche et le développement de médicaments contre le SIDA, mais ils manquent de ressources financières. Il faut aussi aider les pays en développement très endettés, car ils sont souvent obligés de consacrer davantage de ressources au service de la dette qu'à la santé.

Le Dr ACHARYA (Népal) précise que son pays ne produit pas d'antirétroviraux et n'en importe pas non plus en grande quantité, puisque seules une centaine de personnes infectées par le VIH bénéficient actuellement de ce type de traitement. Il n'en estime pas moins qu'il faut sérieusement s'occuper des questions de qualité, de production et de coût de ces médicaments.

Le fait que des médicaments aient été retirés de la liste de présélection de l'OMS pour ensuite y être réinscrits a provoqué des retards et une certaine confusion dans l'achat et l'administration de médicaments génériques dans le cadre des programmes d'antirétroviraux des pays en développement. Aucun pays de la Région de l'Asie du Sud-Est n'a exploité tout l'éventail des mesures de sauvegarde ménagées par l'Accord sur les ADPIC. Nombre d'antirétroviraux sont relativement nouveaux et donc encore protégés par des brevets, en sorte qu'il n'existe pas de version générique meilleur marché. Dans beaucoup de pays en développement, il est difficile de savoir si un antirétroviral fait l'objet d'un brevet ou non, ce qui complique à la fois l'achat au niveau local et l'importation de génériques. Il prie donc instamment l'OMS de rechercher des solutions à ces problèmes pour que l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » puisse être atteint.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit qu'à l'instar de nombreux pays en développement, la Guinée-Bissau se heurte à des problèmes majeurs de santé publique qui entravent son développement socio-économique. Quelque 4 % de la population adulte et 30 à 40 % des personnes atteintes de tuberculose sont infectées par le VIH et, si aucune riposte plus efficace n'est trouvée pour résoudre les problèmes liés au SIDA, ce sont 20 000 personnes environ qui pourraient être infectées d'ici 2008. La Guinée-Bissau a de tout temps appuyé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et apprécierait que l'OMS lui accorde une assistance technique pour renforcer son système de santé, améliorer l'accès aux antirétroviraux, renforcer le contrôle de la qualité, surveiller les traitements et promouvoir des modes de vie plus sains. Les autorités déploient déjà des efforts dans ces domaines au titre de plusieurs programmes de coopération bilatéraux et multilatéraux et avec l'aide de partenaires pour le développement. Il souscrit à la déclaration du membre désigné par le Kenya et appuie les recommandations formulées par les membres désignés par la Bolivie et le Brésil.

Le Professeur FURGAL (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) fait valoir que le soutien de l'OMS à la production locale d'antirétroviraux favorisera le traitement sûr et efficace du SIDA dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». La gravité de l'épidémie de VIH/SIDA exige que l'on prenne des mesures énergiques. Seules des préparations antirétrovirales d'excellente qualité permettront de faire barrage à la pharmacorésistance, raison pour laquelle l'OMS devrait allouer davantage de ressources au projet de présélection, conformément aux dispositions de la résolution WHA57.14.

De plus, il faut que les préparations soient d'un prix abordable pour que les personnes qui en ont besoin puissent bénéficier de la thérapie antirétrovirale. La Fédération de Russie procède actuellement à des consultations avec des experts du Bureau régional de l'Europe en vue de renforcer l'action des organes de réglementation nationaux dans le cadre d'une stratégie visant à réduire le prix des antirétroviraux. C'est la raison pour laquelle elle souhaiterait que les Etats Membres lui indiquent comment ils procèdent pour négocier les prix à la baisse avec les sociétés pharmaceutiques.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) remercie les Etats-Unis d'Amérique et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord de coopérer avec son pays et d'autres pays en développement, et se félicite qu'une initiative visant à rendre les médicaments contre le VIH/SIDA plus accessibles ait été annoncée par le Royaume-Uni.

La décision du Directeur général de créer un département spécial offrant des services de coopération et d'appui techniques aux pays en développement revêt la plus grande importance, et l'intervenant espère que cette coopération sera assortie des ressources financières et humaines nécessaires.

Particulièrement importants seront les efforts déployés au niveau régional ainsi que la coopération mise en oeuvre à l'échelle internationale, par l'industrie pharmaceutique notamment. Toute mesure prise par l'Organisation pour que les pays en développement obtiennent des médicaments essentiels avec plus de facilité sera la bienvenue.

Mme DLADLA (Afrique du Sud)<sup>1</sup> souscrit à la déclaration du membre du Kenya. Les changements législatifs apportés par le Canada et la Norvège pour permettre l'approvisionnement des marchés à l'exportation sous licence obligatoire est un motif de satisfaction ; d'autres pays devraient leur emboîter le pas. Les pays dont la capacité nationale de fabrication de produits pharmaceutiques est faible ou inexistante devraient adopter une loi d'habilitation leur permettant de mettre à profit la flexibilité prévue par l'Accord sur les ADPIC. Il serait bon d'inscrire la question de l'approvisionnement en antirétroviraux dans le contexte plus général de l'accès à des médicaments essentiels abordables, dans le cadre d'une stratégie globale pour la prise en charge, le soin et le traitement des personnes atteintes du VIH/SIDA.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> fait observer que la législation adoptée par son Gouvernement en 2004 comprend toute la flexibilité prévue au titre de l'Accord sur les ADPIC et de la décision du Conseil général de l'OMC relative à la mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha.

Pour en venir au projet de présélection, il serait utile que l'industrie pharmaceutique et les autorités nationales de réglementation pharmaceutiques de tous les pays soient informées des critères pris en considération par l'OMS pour évaluer les fabricants de médicaments ainsi que des bonnes pratiques cliniques et de laboratoire.

Mme THOMPSON (Commission européenne), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, constate que, si le nombre de personnes ayant accès aux antirétroviraux a augmenté, cet accès est encore limité. Malgré les efforts consentis par l'industrie pharmaceutique pour baisser les prix, – et il y a eu d'importantes réductions –, le manque de financement pour les antirétroviraux, leur coût encore trop élevé pour les personnes démunies et l'absence de systèmes d'approvisionnement efficaces demeurent encore des obstacles considérables. Il faut absolument accroître la capacité de production locale, promouvoir de bonnes pratiques de fabrication et accélérer le processus de présélection.

L'Union européenne a soutenu l'adoption de la Déclaration de Doha et de la décision du Conseil général de l'OMC, qui représentent un grand progrès pour l'approvisionnement en antirétroviraux et autres produits pharmaceutiques, particulièrement pour les pays les moins avancés. En octobre 2004, la Commission européenne a proposé une réglementation sur les licences obligatoires pour les brevets portant sur la fabrication de produits pharmaceutiques destinés à l'exportation vers des pays ayant un besoin de santé publique.

Le rapport se fait l'écho d'inquiétudes selon lesquelles le système instauré par la décision du Conseil général de l'OMC pourrait se révéler trop complexe et n'encouragerait pas suffisamment les fabricants de génériques ou n'inciterait guère à recourir aux licences obligatoires. Mais ce ne sont là que des conjectures puisque le système n'est encore pas entré en vigueur. Si toutes les parties

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

concernées reconnaissent qu'il est important de protéger la santé publique et les droits et intérêts de tous les acteurs économiques, le nouveau système atteindra ses objectifs.

Mme GOMBE (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit qu'il faut lutter contre la pandémie de VIH/SIDA de manière coordonnée et globale, en favorisant notamment l'accès aux médicaments essentiels, et particulièrement à des antirétroviraux et médicaments pour traiter les infections opportunistes qui soient de qualité, sûrs et d'un prix abordable. A l'instar de nombre de pays, l'organisation qu'elle représente s'inquiète du coût des médicaments de première intention pour le traitement et la prise en charge du VIH, et de la disponibilité et du coût des médicaments de deuxième intention depuis l'entrée en vigueur des règles de l'OMC en janvier 2005. Elle se félicite de la mise en place du projet de présélection qui est l'archétype d'une politique pharmaceutique rationnelle à l'échelle internationale. Ce projet contribue à la fois à une meilleure disponibilité des médicaments et à la simplification des schémas thérapeutiques, et il revêt une importance particulière pour les pays dont la capacité de réglementation est limitée, qui se trouvent souvent être les pays les plus durement touchés par le VIH/SIDA. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a décidé de limiter le financement aux seuls médicaments figurant sur la liste de présélection de l'OMS. Or ce projet n'a encore pas de structure permanente à l'OMS et fonctionne avec un personnel réduit. Dans l'état actuel des choses, il serait incapable de répondre aux besoins croissants des pays et de donner accès à des médicaments d'un coût abordable. Elle demande par conséquent que soient apportés tout le soutien voulu à ce projet et toutes les ressources nécessaires à son développement.

Le Dr BALE (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament) fait valoir que l'industrie pharmaceutique participe à la fourniture de médicaments contre le SIDA dans les pays en développement par le biais de programmes de financement, de développement de l'accès et des infrastructures. Un audit indépendant a montré qu'en septembre 2004, les 7 sociétés travaillant avec l'OMS et ses partenaires dans le cadre de l'initiative Pour accélérer l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA avaient déjà pu aider plus de 330 000 personnes dans le monde, dont quelque 150 000 en Afrique.

Certaines sociétés pharmaceutiques ont mis en place des programmes en faveur des enfants atteints du VIH/SIDA. Pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, une société a fait don de 20 millions de tests sérologiques rapides destinés à l'Afrique et à 49 pays parmi les moins avancés, tandis qu'une autre a fourni gratuitement de la névirapine dans 48 pays en développement. Deux formes pédiatriques de nelfinavir et de saquinavir ont été offertes à prix coûtant aux pays les moins avancés d'Afrique subsaharienne. Des sociétés proposent certains antirétroviraux à prix coûtant, à bas prix, sans frais ou à des prix inférieurs à ceux que pratiquent les fabricants de génériques. C'est ainsi que l'abacavir et l'association d'abacavir, de zidovudine et de lamivudine sont fournis à prix coûtant à 63 des pays les plus pauvres du monde et que l'éfavirenz, sous sa nouvelle forme, est disponible pour moins de US \$1 par jour dans les pays les moins avancés et les plus durement touchés par la pandémie de VIH/SIDA. Tous les pays en développement ont reçu un don de fluconazole, antifongique utilisé dans le traitement des infections opportunistes : à ce jour, 6 millions de doses ont été offertes pour traiter 110 000 patients dans 27 pays d'Afrique, d'Amérique latine, d'Asie et des Caraïbes. Certaines sociétés contribuent également à améliorer les infrastructures sanitaires : l'une d'entre elles a fourni depuis 2002 US \$6 millions de subventions à 28 organisations non gouvernementales dans le but de soutenir la formation et le renforcement des capacités des dispensateurs de soins de santé des pays les plus durement touchés par le VIH/SIDA. Une autre a fourni US \$5 millions pour améliorer concrètement les soins liés à l'infection à VIH en Afrique du Sud, au Brésil, au Sénégal et en Thaïlande. D'autres exemples sont disponibles sur le site Web de la Fédération.

L'industrie pharmaceutique réaffirme sa volonté de travailler avec le Secrétariat, les Etats Membres et les organisations non gouvernementales compétentes pour lutter ensemble contre la pandémie de VIH/SIDA.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) remercie les membres pour leurs observations constructives. L'OMS continuera de fournir une assistance technique appropriée pour la mise en oeuvre de l'Accord sur les ADPIC, de la Déclaration de Doha et de la décision du Conseil général de l'OMC pour l'application du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha. La collaboration de l'Organisation avec les ministres de la santé et du commerce et les offices nationaux des brevets, moyennant une approche pluri-institutions, s'est révélée efficace. L'OMS a également collaboré avec l'OMC dans le cadre de programmes d'assistance technique pour la mise en oeuvre de l'Accord sur les ADPIC.

Répondant au membre désigné par la France, il indique qu'en collaboration avec les Régions et les pays, tout sera fait pour suivre la mise en oeuvre de l'Accord sur les ADPIC. Les administrateurs de l'OMS recrutés sur le plan national sont appelés à fournir une assistance technique adaptée aux besoins du pays concerné.

Les membres de la Bolivie et de la Thaïlande ont demandé des précisions sur les dispositions des accords bilatéraux en matière de santé publique. Il est prévu d'effectuer une analyse plus poussée de cette question.

Répondant aux remarques du membre des Etats-Unis d'Amérique, il dit que l'efficacité de la décision du Conseil général de l'OMC sur la mise en oeuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha dépendra de l'interprétation qu'en feront les Membres de l'OMC ; le rapport a pour but d'inciter les Etats Membres à adopter des procédures aussi simples et aussi rapides que possible. Interpréter et appliquer la décision en privilégiant la santé publique permettrait de garantir un accès universel aux médicaments essentiels.

Le rapport renvoie à plusieurs accords bilatéraux comportant des dispositions relatives à la propriété intellectuelle susceptibles de limiter la flexibilité prévue par l'Accord sur les ADPIC : on a voulu aider les Etats Membres à tenir compte de cette flexibilité dans les accords commerciaux bilatéraux, comme demandé dans la résolution WHA57.14.

Les ressources seront suffisantes pour pérenniser et renforcer le projet de présélection, et il remercie les nombreux gouvernements qui le soutiennent. Les membres de la France et du Népal ont fait observer que le nombre de médicaments destinés aux enfants figurant sur la liste de présélection est relativement faible. Pour l'instant, 12 formes antirétrovirales présélectionnées peuvent potentiellement être administrées aux enfants, dont 9 sont des médicaments d'origine et 3 des génériques. Le problème n'est pas imputable à un retard dans le processus de présélection mais plutôt au petit nombre de formes pédiatriques présentées pour évaluation. A l'heure actuelle, 48 antirétroviraux ont été présélectionnés et 150 autres attendent d'être évalués. Aucune autorité nationale de réglementation pharmaceutique, même dans les pays les plus riches, ne peut se targuer de traiter un tel nombre de produits.

Le membre du Brésil s'est interrogé sur le rôle joué par les autorités de réglementation pharmaceutique des pays en développement dans la définition des normes de présélection. Ces normes ont été définies par le Comité OMS d'experts des Spécifications relatives aux Préparations pharmaceutiques qui comprend des membres de pays en développement. Avant leur adoption, des consultations approfondies ont eu lieu avec les autorités nationales de réglementation pharmaceutique. En ce qui concerne les matières premières et excipients, un système de certification de l'OMS sur les matières premières pharmaceutiques a récemment été adopté, et il est assorti de lignes directrices sur la mise en oeuvre.

Seul un produit sur cinq soumis à l'examen de présélection est approuvé, ce qui permet d'éviter de soumettre des produits de mauvaise qualité. Le projet de présélection est l'un des premiers où l'OMS concentre ses efforts sur la qualité des produits. Toutes les données obtenues sont diffusées sur l'Internet et de nombreux pays en développement ont commencé à en faire usage. Le Secrétariat continuera d'accorder une grande attention au projet de présélection.

Deux départements ont récemment été créés, l'un consacré à la coopération technique sur les médicaments essentiels et les médicaments traditionnels, et l'autre aux politiques et normes pharmaceutiques.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**Projet de stratégie mondiale de vaccination : Point 4.10 de l'ordre du jour (document EB115/13)**

M. KHAN (Pakistan) fait observer que la vaccination s'est révélée l'une des interventions les plus efficaces et les plus rentables ; les taux de couverture actuels permettent d'éviter 2 à 3 millions de décès d'enfants par an. Un ou deux millions de décès supplémentaires pourraient être évités chaque année d'ici 2015 si des pays comme le Pakistan augmentaient sensiblement leur couverture par les vaccins actuels mais aussi par ceux qui vont incessamment être mis au point. L'intervenant approuve l'initiative visant à élaborer une stratégie mondiale de vaccination et les cinq domaines stratégiques proposés ; toutefois, il faudrait concevoir des stratégies spéciales pour assurer en permanence la couverture des populations difficiles à atteindre.

Le Professeur FURGAL (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) salue l'initiative lancée conjointement par l'OMS et l'UNICEF pour élaborer une stratégie mondiale de vaccination décennale qui viendra compléter les activités visant à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Cette question a de tout temps revêtu une grande importance pour l'OMS, qui pourra s'inspirer de la campagne d'éradication de la variole et du Programme élargi de vaccination. La stratégie mondiale devrait tenir compte des nouveaux éléments en ce qui concerne la prévention des maladies évitables par les vaccins. Il faudra privilégier les approches rationnelles d'un point de vue épidémiologique et économique et les programmes de vaccination des enfants contre la rubéole, l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type b et les infections à pneumocoques. Compte tenu des délais prévus, il sera peut-être possible d'incorporer des vaccins qui auront récemment été mis au point contre l'infection à VIH, le paludisme, la tuberculose et les maladies transmissibles réémergentes, et il y a tout lieu de penser que les services de vaccination des systèmes de santé publique vont être renforcés.

Il approuve les cinq domaines du projet de stratégie mais suggère d'ajouter plusieurs paragraphes au deuxième domaine stratégique afin de traiter les questions suivantes : renforcement de la chaîne du froid, amélioration des technologies pour la sécurité vaccinale, fourniture d'informations complémentaires sur le cadre opérationnel en cas de vaccination d'urgence et recherche de nouvelles solutions pour vacciner les personnes immunodéprimées, y compris celles atteintes d'infection à VIH. Le guide pratique sur la vaccination, récemment publié pour les personnels de santé, jette les bases méthodologiques de certaines de ces questions.<sup>1</sup> Le Bureau régional OMS de l'Europe a effectué un travail précieux dans son pays pour établir de nouveaux partenariats avec des organisations non gouvernementales et le secteur privé en vue de renforcer les services de vaccination : la vaccination des enfants contre l'hépatite virale est un des projets réalisés dans le cadre de ces partenariats.

Il serait utile d'avoir des précisions sur le processus consultatif, et notamment de savoir dans quel délai le projet de stratégie doit être soumis aux organes directeurs de l'OMS et de l'UNICEF.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit que les vaccins restent les armes les plus sûres et les plus efficaces dans la lutte contre les maladies infectieuses ; il s'agit maintenant de les porter là où on en a le plus besoin, à un prix abordable pour les plus pauvres. Elle approuve les cinq domaines stratégiques proposés, soulignant qu'il est particulièrement important d'atteindre les populations sous-desservies, d'associer la vaccination à d'autres interventions et de promouvoir une synergie entre les services de vaccination et les autres services de santé, dans un souci d'efficacité. Elle se réjouit de pouvoir examiner le projet de stratégie plus avant à l'Assemblée de la Santé et souhaiterait avoir plus de détails sur le calendrier prévu.

Mme GIBB (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique), constatant que dans de nombreux pays les enfants pauvres et marginalisés ne sont pas vaccinés et paient par conséquent le plus lourd tribut en termes de mortalité imputable aux maladies évitables par la vaccination, appuie

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Immunization in practice: a practical resource guide for health workers – 2004 update*. Genève, 2004.



sans réserve l'élaboration d'une stratégie mondiale de vaccination. Il est essentiel de fixer des objectifs précis en matière de couverture vaccinale et de réduction de la mortalité en fonction des différentes maladies, faute de quoi la crédibilité de la stratégie mondiale s'en trouverait amoindrie et les bailleurs de fonds internationaux hésiteraient à apporter le soutien nécessaire à son application au niveau national. Toutefois, il faudrait que les stratégies contribuent à favoriser le renforcement de systèmes de prestation de soins de santé durables.

Pour élaborer de nouvelles stratégies, l'OMS et l'UNICEF devraient se fonder sur l'infrastructure utilisée par l'initiative mondiale Pour l'éradication de la poliomyélite et par le plan stratégique de réduction de la mortalité par rougeole afin de renforcer le système de vaccination systématique, la surveillance et les moyens diagnostiques de laboratoire pour toutes les maladies à prévention vaccinale, ainsi que les moyens de communication et de sensibilisation propres à consolider ce système. Il appartient aussi à l'OMS et à l'UNICEF de renforcer le suivi de la couverture vaccinale, la surveillance des maladies et la mise en réseaux des laboratoires, et de faire en sorte que toutes ces composantes figurent en bonne place dans la stratégie mondiale. Il convient par ailleurs de mobiliser les moyens nécessaires pour renforcer les capacités dans ce domaine.

Beaucoup de vaccins et de techniques d'administration font l'objet de recherches qui en sont à des stades divers. Mais seuls les pays dotés d'une infrastructure de vaccination et de systèmes de santé solides pourront bénéficier de ces avancées. Le cas échéant, il conviendrait de s'adresser à des organismes ayant participé à des campagnes de vaccination pour mettre en oeuvre les autres interventions de santé publique qui s'imposent, à condition que ces dernières soient efficaces et d'un bon rapport coût/efficacité. Il faudrait qu'un dialogue s'instaure avec les partenaires mondiaux et nationaux compétents afin de garantir une bonne coopération.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) pense que le projet de stratégie mondiale de vaccination, auquel la Chine souscrit, est de nature à favoriser la promotion du Programme élargi de vaccination et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Vacciner est le meilleur moyen d'empêcher les maladies et est extrêmement économique ; la stratégie devrait servir à accroître les taux de couverture, à assurer un financement continu et à stimuler la volonté politique nécessaire.

Il se félicite qu'un processus consultatif soit envisagé et souhaite en savoir plus sur les réunions régionales et inter pays parrainées par l'OMS et/ou l'UNICEF, sur la mise en oeuvre et l'administration de la stratégie et sur les plans prévus pour son évaluation et son examen réguliers.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) appuie la stratégie présentée. Un audit sur la qualité des données réalisé au Lesotho en 2004 par un cabinet international indépendant a révélé des lacunes dans les domaines suivants : surveillance de laboratoire et sur le terrain, recueil et analyse des données, et gestion de l'information. Ces résultats montrent bien que l'OMS doit impérativement continuer de fournir un appui technique et autre pour permettre aux pays, y compris ceux qui ont été déclarés indemnes d'endémie de poliomyélite, de conserver des activités de vaccination stratégiques efficaces.

Le Dr SAM (Gambie) approuve le projet de stratégie mondiale et souligne que la vaccination présente un excellent rapport coût/efficacité. L'adoption d'une approche globale permettra de ne pas reproduire la structure verticale d'autres programmes et évitera de nombreux décès.

Si les pays en développement ne disposent pas des technologies nécessaires, ils disposent en revanche de ressources humaines que l'on pourra mobiliser pour introduire de nouveaux vaccins, et c'est la raison pour laquelle ils ne devraient pas être exclus des activités prévues dans le cadre du domaine stratégique 2. Lier la vaccination à d'autres interventions (domaine stratégique 3) donne de très bons résultats, comme l'a montré la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant mise en oeuvre dans certains pays. Dans le domaine stratégique 4, on obtiendra sans doute de meilleurs résultats en renforçant les systèmes de santé plutôt qu'en laissant telle ou telle organisation gérer les programmes.

Le Dr PREECHA PREMPREE (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que le projet de stratégie mondiale, auquel la Thaïlande souscrit, devrait prévoir de renforcer les capacités des pays en développement en matière de production, d'assurance de la qualité et de gestion des systèmes de distribution des vaccins. En outre, les pays devraient pouvoir décider quels vaccins doivent faire partie de leur programme national en fonction de la situation épidémiologique et du rapport coût/efficacité, et être à même – grâce au transfert de technologie, au soutien technique et aux programmes de formation de l'OMS, des pays donateurs et de l'UNICEF – de produire des analyses épidémiologiques et économiques rigoureuses pour la prise de décisions politiques. Il demande instamment à l'OMS de faire en sorte que tous les vaccins nécessaires soient disponibles à un prix abordable dans les pays en développement.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) approuve le projet de stratégie mais précise que l'amélioration de la couverture vaccinale et l'introduction de nouveaux vaccins dans le Programme élargi de vaccination seront toutefois fonction de la situation épidémiologique des pays et de leurs ressources financières, sachant que les nouveaux vaccins sont souvent onéreux. Il faudra que les pays disposant de ressources limitées fassent appel, au moins dans un premier temps, à l'aide de partenaires extérieurs.

Le domaine stratégique 1 est dans l'ensemble acceptable, mais il devrait y être précisé que la couverture vaccinale devra être maintenue dans les pays où elle est déjà élevée.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) se dit favorable au projet de stratégie mondiale de vaccination. Dans son pays, la vaccination obligatoire gratuite contre 10 maladies transmissibles a permis d'éviter quelque 150 000 cas et plus de 500 décès.

M. SHUGART (Canada) souligne qu'il est indispensable d'assurer une coordination étroite entre la stratégie mondiale de vaccination et le dispositif financier international pour la vaccination prévu dans le cadre de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, afin que chaque pays intensifie ses activités de vaccination et les maintienne durablement. Une meilleure coordination devrait par ailleurs alléger la charge administrative qui pèse sur les pays en développement. Il faudrait en outre avoir davantage de précisions sur ce que devraient coûter les activités à entreprendre pour atteindre les objectifs prévus dans la stratégie et sur le déficit de financement auquel on s'attend.

M. PALU (suppléant de Mme Halton, Australie) est favorable à l'élaboration d'une stratégie mondiale de vaccination et appelle à d'amples consultations avec les Etats Membres, les partenaires et les organisations chargées de l'exécution. Il serait bon d'adopter une nouvelle méthode pour rationaliser davantage la prestation des services, mais il faudrait que les rôles et responsabilités des différents organismes soient clairement définis. Il faudrait aussi que l'on tienne dûment compte des problèmes auxquels les pays se heurtent dans la fourniture, la planification et la gestion des services de vaccination, et notamment de l'aptitude de ces pays à les élargir.

Mme SICARD (suppléant du Professeur Dab, France) se félicite de la présente initiative visant à élargir et intensifier les programmes de vaccination ainsi que de la large concertation qui a prévalu. Si l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination joue un rôle prépondérant en la matière, il n'en demeure pas moins que l'OMS a aussi un rôle important à jouer, notamment dans l'élargissement de la couverture vaccinale des enfants et des adultes.

Il est important que de vastes populations démunies dans les pays en développement, en particulier les nombreux pays qui souffrent d'un déficit de couverture vaccinale des nourrissons, puissent bénéficier d'un large accès aux vaccins de base. La stratégie mondiale de vaccination doit en priorité les aider à résoudre les difficultés chroniques qui sapent leurs services de santé.

S'agissant du domaine stratégique 2, les avancées technologiques les plus prometteuses résident dans la mise au point de vaccins ne nécessitant pas de chaîne du froid ; il pourrait également être utile de valider des schémas de vaccination allégés. La France soutient pleinement l'initiative de l'OMS, sous réserve que l'articulation de cette initiative avec l'action de l'Alliance mondiale pour les vaccins

et la vaccination et la mise en oeuvre du dispositif financier international soit clairement définie. A cet égard, elle relève la diminution des fonds consacrés à la vaccination et à la mise au point de vaccins, telle qu'elle apparaît dans le projet de budget programme 2006-2007 ; elle reviendra sur ce point en temps voulu.

Le Dr YOOSUF (Maldives) fait valoir que l'actuelle génération de vaccins ne présente pas de danger, mais qu'elle est inabordable pour de nombreux pays qui ne peuvent pas non plus se permettre d'assumer les frais afférents à la chaîne du froid. Or, selon toute vraisemblance, les nouveaux vaccins produits au titre du domaine stratégique 2 ne seront pas meilleur marché. Il serait souhaitable de mettre au point des vaccins plus sûrs, meilleur marché et plus faciles à administrer. Il approuve la proposition du membre de la Thaïlande tendant à ce que la stratégie prévoie le renforcement des capacités des pays. Il faudrait en outre s'attacher à donner plus de poids aux autorités de réglementation des médicaments et des vaccins et à développer l'achat en gros de vaccins pour les Régions afin de réduire les coûts, étant donné que de petits pays comme les Maldives doivent, pour certains vaccins, déboursier jusqu'à cinq fois plus que les grands pays nantis.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> souligne que le rapport insiste non seulement sur les questions techniques relatives à la vaccination, mais aussi sur la nécessité de tisser des liens forts et harmonieux entre programmes de vaccination et systèmes de santé dans le contexte de l'interdépendance mondiale. En Inde, le programme national de vaccination universelle contre les maladies évitables doit pouvoir compter sur un approvisionnement ininterrompu en vaccins d'un prix abordable. Pour réduire au minimum les risques inhérents à l'instabilité du marché mondial et garantir ainsi la sécurité sanitaire nationale à plus long terme, l'Inde a envisagé, au titre de sa politique de santé pour 2002, qu'au moins 50 % des vaccins et sérums requis seraient fournis par des institutions du secteur public.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) souligne que, pour améliorer la capacité vaccinale mondiale et la couverture au niveau des pays, il est avant tout nécessaire de coordonner efficacement les nombreux programmes des partenaires concernés et de profiter au maximum des avantages que présentent d'autres services. La nouvelle stratégie vise donc les objectifs suivants : rassembler l'ensemble des compétences, outils et directives épidémiologiques mis en place pour les programmes de vaccination, renforcer le Programme élargi de vaccination, promouvoir des campagnes de vaccination, et financer le coût marginal que représentent les 20 % de personnes restant à atteindre dans les zones d'accès difficile.

Elle tiendra compte de toutes les suggestions des membres. Le processus de consultation qui a démarré en 2004 fait appel aux responsables nationaux du Programme élargi de vaccination et à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. La Banque mondiale, partenaire de l'Alliance, s'emploie à calculer le coût de la stratégie afin de mieux cibler celle-ci. L'OMS se penche également avec des partenaires mondiaux sur le financement de la vaccination et, en tant que partie prenante, elle participe aux préparatifs de la mise en place du dispositif financier international pour la vaccination. Divers partenaires s'intéressent aux aspects relatifs à l'interdépendance mondiale comme l'établissement des coûts, à la recherche de vaccins préparés à partir d'antigènes nouveaux ou améliorés ne nécessitant pas le maintien de la chaîne du froid et à d'autres vaccins contre des maladies prioritaires.

Divers commentaires ont été faits au sujet du coût de la vaccination, et il a été question de certains obstacles qui, à l'échelle du système, entravent non seulement l'accès à d'autres services de santé mais aussi à la vaccination elle-même. L'OMS s'emploie actuellement à intégrer les moyens mis en place pour résoudre ces problèmes dans le cadre commun OMS/UNICEF Vaccination mondiale : perspectives et stratégies. On s'efforce aussi de trouver de nouveaux moyens de travailler dans les pays avec d'autres partenaires pour fournir des services de vaccination conjointement à d'autres services de santé. L'élaboration de stratégies propres à favoriser la collaboration entre programmes

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

connexes, le renforcement des systèmes et le recours à une approche intégrée pour les programmes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant seraient de nature à accroître la pérennité des programmes élargis de vaccination.

Certains membres du Conseil ont relevé que les vaccins préparés à partir de nouveaux antigènes mis à la disposition de la communauté internationale sont onéreux. Or l'OMS n'est pas à même de garantir une baisse des prix des vaccins, même lorsque toutes les données épidémiologiques montrent que la charge de morbidité est élevée, comme dans le cas des infections à rotavirus ou à papillomavirus humain ; aussi est-il important d'instaurer des partenariats avec des organes tels que le dispositif financier international pour améliorer l'accès aux vaccins.

### **Le Conseil prend note du rapport.**

#### **Paludisme : Point 4.11 de l'ordre du jour (document EB115/10)**

Le **PRESIDENT** présente le point de l'ordre du jour et appelle l'attention des membres du Conseil sur le projet de résolution figurant dans le document EB115/10 et sur un autre projet de résolution proposé par les Etats-Unis d'Amérique, et dont le texte est le suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;<sup>1</sup>

Notant que peu de pays d'endémie palustre ont des chances d'atteindre les cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique (25 avril 2000), à savoir qu'en 2005, au moins 60 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient d'interventions préventives et curatives adaptées et d'un coût abordable, mais que les efforts visant à étendre les interventions de lutte antipaludique dans les pays africains s'amplifient rapidement ;

**RECOMMANDE** à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables, en particulier en Afrique chez les enfants en bas âge et d'autres groupes vulnérables ;

Rappelant que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la période 2001-2010 Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique<sup>2</sup> et que la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies figure au nombre des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris de ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant en outre la résolution 59/256 de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « 2001-2010 : Décennie Pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique » ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme pour réduire de deux tiers la mortalité de l'enfant d'ici 2015 et pour contribuer à atteindre les autres objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

---

<sup>1</sup> Document EB115/10.

<sup>2</sup> Résolution 55/284.

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à instaurer des politiques et des plans opérationnels nationaux pour faire en sorte que, d'ici 2010, au moins 80 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient des principales interventions préventives et curatives conformément aux recommandations techniques de l'OMS, afin de réduire la charge du paludisme d'au moins 50 % d'ici 2010 et de 75 % d'ici 2015 ;
  - 2) à évaluer et satisfaire les besoins en ressources humaines à tous les niveaux du système de santé afin d'atteindre les cibles de la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique et les objectifs de développement convenus sur le plan international de la Déclaration du Millénaire, et à prendre les mesures nécessaires pour recruter, former et fidéliser le personnel de santé ;
  - 3) à soutenir davantage la lutte antipaludique par un appui financier et une aide au développement afin d'atteindre les cibles et objectifs mentionnés ci-dessus ;
  - 4) à augmenter dans les pays d'endémie palustre l'allocation de ressources intérieures à la lutte antipaludique et à créer les conditions favorables pour travailler avec le secteur privé afin de favoriser l'accès à des services de lutte antipaludique de bonne qualité ;
  - 5) à poursuivre le renforcement rapide de la prévention pour qu'au moins 60 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent et qu'au moins 60 % des personnes à risque utilisent des moustiquaires imprégnées d'insecticide, selon la méthode de lutte antivectorielle choisie, en appliquant des méthodes expéditives, dont la distribution gratuite ou en grande partie subventionnée de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables ;
  - 6) à favoriser un plus grand accès au traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, y compris l'engagement de nouveaux fonds, des mécanismes novateurs pour le financement et l'achat au niveau national de traitement et l'augmentation de la production d'artémisinine pour répondre aux besoins croissants ;
  - 7) à soutenir, y compris par l'intermédiaire de partenariats mondiaux existants, le développement de nouveaux médicaments visant à prévenir et à traiter le paludisme, en particulier chez l'enfant et la femme enceinte, de tests diagnostiques sensibles et spécifiques, d'un ou de vaccin(s) efficace(s) et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'en augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de la résistance ;
  - 8) à soutenir l'action coordonnée visant à améliorer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation afin de mieux repérer et notifier les changements intervenant dans la couverture des interventions recommandées pour Faire reculer le paludisme et les réductions de la charge du paludisme qui en résultent ;
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de renforcer et d'élargir l'action menée par le Secrétariat pour développer les capacités nationales existantes et coopérer avec les Etats Membres, en collaboration avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, afin d'utiliser pleinement et de manière efficace les ressources financières supplémentaires pour atteindre les cibles et objectifs internationaux, y compris les objectifs de développement liés au paludisme convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;
  - 2) de collaborer avec les pays impaludés et les partenaires du projet Faire reculer le paludisme afin que les pays reçoivent tout l'appui dont ils ont besoin pour le suivi et l'évaluation nécessaires, y compris le développement et la mise en oeuvre de systèmes de pharmacovigilance appropriés ;
  - 3) de collaborer avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, l'industrie et les organismes de développement afin que des moustiquaires

imprégnées d'insecticide et des antipaludiques efficaces, notamment ceux qui sont nécessaires pour les traitements par associations médicamenteuses, soient disponibles en quantités suffisantes ;

4) de renforcer la collaboration avec les partenaires du secteur industriel et les milieux universitaires pour la mise au point de produits de lutte antipaludique abordables et de grande qualité, notamment des tests diagnostiques rapides, sensibles, spécifiques et faciles à utiliser, d'un vaccin antipaludique efficace, d'antipaludiques novateurs, efficaces et sûrs, et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'en augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de résistances.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) explique que dans le projet de résolution formulé par son pays il est proposé d'ajouter de nouveaux alinéas au paragraphe 1 du projet de résolution initial et de libeller différemment le paragraphe 2. Les adjonctions qui résultent principalement de consultations menées par le Secrétariat visent à mettre l'accent sur l'accès à des nouvelles associations médicamenteuses et sur l'importance qu'il y a à redoubler d'efforts pour accroître la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide, la recherche et la surveillance.

Des consultations ultérieures ont permis de mettre en évidence trois autres points : il a d'abord été admis que le paludisme est un problème croissant dans d'autres parties du monde que l'Afrique. Il propose donc d'ajouter, à la fin du deuxième alinéa du préambule, le membre de phrase : « et que la maladie menace toujours la vie de millions de personnes en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Asie du Sud et dans d'autres régions du monde ».

Ensuite, le projet ne fait pas référence au principal bailleur de fonds des programmes de lutte antipaludique dans le monde ; ainsi, pour refléter le rôle joué par ce bailleur de fonds, il propose d'ajouter un dernier alinéa au préambule, libellé comme suit : « Reconnaissant que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a engagé 31 % de ses subventions, soit US \$921 millions, en deux ans, en faveur de projets de lutte contre le paludisme dans 80 pays ; ».

Le troisième point concerne la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations, lorsque la situation le permet : une mesure de lutte antivectorielle que plusieurs Etats Membres ont décidé de prendre. Pour tenir compte de cette situation, il propose d'insérer, après le paragraphe 1.5), un nouvel alinéa libellé comme suit : « à favoriser la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, lorsque cette intervention est indiquée dans les conditions locales ; ». Par souci de cohérence, il faudrait ajouter au paragraphe 2, après l'alinéa 3), un alinéa similaire libellé comme suit : « de fournir des conseils fondés sur des données factuelles aux Etats Membres sur l'usage approprié de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, compte tenu des expériences faites récemment dans le monde entier ; ».

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) se félicite du projet de résolution sur le paludisme contenu dans le document EB115/10 et de la mise à jour proposée par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique à laquelle il souscrit. Il constate avec satisfaction qu'on a mis l'accent sur la distribution gratuite de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables et sur un meilleur accès aux traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine. L'Equateur doit se procurer davantage d'artémisinine pour répondre à ses besoins. Sans sous-estimer les problèmes que le paludisme pose en Afrique, il est important de reconnaître que la situation n'est plus maîtrisée dans 21 pays de la Région des Amériques. Une déclaration prochaine du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes se fera l'écho de l'inquiétude que suscite la forte incidence du paludisme dans cette région. On pourrait envisager de déclarer l'état d'alerte concernant la lutte antivectorielle.

Pour le Dr SAM (Gambie), il ressort de nombreuses données épidémiologiques que le paludisme continue de peser sur la santé publique. D'autres données récentes montrent qu'il s'agit également d'un problème de développement. Si on le considère sous cet aspect, le paludisme a une incidence sur les huit objectifs du Millénaire pour le développement. Une étude macroéconomique a révélé que l'incidence du paludisme ralentit indirectement le développement de 1,3 %. L'Afrique

subsaharienne supporte 90 % de la charge de morbidité palustre, mais il est vrai que la maladie sévit également ailleurs dans le monde.

L'orateur accueille avec satisfaction le projet de résolution et approuve certains des amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Concernant la pénurie d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, évoquée au paragraphe 12 du rapport, il faut avant tout s'efforcer de garantir leur disponibilité là où la charge du paludisme est la plus forte. La culture locale de la plante dont l'artémisinine est extraite et la production locale du médicament à l'aide d'un transfert de technologie permettraient d'approvisionner durablement les régions les plus touchées. Les tests de diagnostic rapide du paludisme actuellement disponibles ne peuvent être considérés comme bon marché, étant donné le coût considérable qu'ils représentent pour les pays les plus touchés. La meilleure technique de diagnostic du paludisme, à savoir l'examen microscopique, n'est en revanche pas coûteuse ; elle réduit les dépenses consacrées aux traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, car elle permet d'écarter les cas de fièvre qui ne sont pas dus au paludisme. Les tests de diagnostic rapide ne doivent pas remplacer cette méthode optimale ; les ressources doivent plutôt servir à former davantage de personnel aux techniques d'examen microscopique et à l'achat de microscopes afin d'éviter le gaspillage d'antipaludiques.

Le Dr NSIAH-ASARE (suppléant du Dr Ahmed, Ghana) convient que le paludisme est à la fois un problème de développement et de santé. Lorsqu'on s'efforce de réduire la charge du paludisme dans les pays d'endémie, il faut tenir compte de l'efficacité, de l'accessibilité, du prix et de l'acceptabilité des stratégies préventives et thérapeutiques. Pour réduire les coûts engendrés par le paludisme, il faut donner aux ménages la possibilité de se protéger de la maladie et de recevoir des soins rapides et efficaces. Il approuve donc l'amendement proposé par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique relatif à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations comme mesure de prévention venant s'ajouter à l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. On doit aussi s'efforcer de faciliter le dépistage précoce ainsi que le traitement rapide et efficace du paludisme pour réduire non seulement le coût du traitement, mais aussi le nombre de journées de travail perdues à cause de la maladie. Il faut accorder davantage de place au paludisme dans la planification des stratégies de lutte contre la pauvreté.

Le Dr CAMARA (Guinée) rappelle que le paludisme a des effets dévastateurs dans les pays en développement, y compris en Guinée qui appuie donc toutes les démarches entreprises en vue de mobiliser des ressources et d'engager les partenaires à lutter efficacement contre la maladie. Il approuve le projet de résolution proposé par les Etats-Unis d'Amérique.

M. KHAN (Pakistan), affirmant que pour de nombreux pays dont le sien, le paludisme constitue un grave problème de santé publique dit que son pays constate avec satisfaction que l'OMS a toujours considéré cette question comme absolument prioritaire et se montre optimiste quant à la possibilité d'atteindre les cibles fixées pour faire reculer le paludisme. Le programme national pakistanais s'achemine rapidement vers une réduction de 50 % de l'incidence du paludisme d'ici 2010 – objectif qu'il aurait été impossible d'atteindre sans l'aide du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il faut privilégier cinq domaines : le diagnostic précoce et le traitement rapide, des mesures de prévention multiples, un meilleur dépistage des flambées et une meilleure riposte aux épidémies, des partenariats durables aux niveaux national et international et la recherche opérationnelle. Le financement et la mise en oeuvre sont des éléments cruciaux de la réussite. A cet égard, le moment est venu d'élargir l'approche pour agir à l'échelle des continents et non plus à l'échelle des pays. Ainsi, on estime que l'éradication du paludisme sur l'ensemble du continent africain coûtera US \$500 millions environ, soit l'équivalent de ce que les pays développés consacrent chaque jour pour subventionner leur secteur agricole. Il faut aussi mettre davantage l'accent sur les programmes de vaccination.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) souscrit au rapport. Certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale sont confrontés au risque d'importation de la maladie de pays d'endémie palustre comme l'Afghanistan et la Turquie. Les perspectives de lutte antipaludique reposent sur l'utilisation à grande échelle d'antipaludiques et d'insecticides. Lorsqu'une chimioprophylaxie est prise pendant de longues années, il est particulièrement important de renforcer la surveillance de la sensibilité des vecteurs et des plasmodies. Le champ d'action des laboratoires devrait également être élargi à la différenciation des espèces de plasmodies et à l'analyse cytogénétique des moustiques vecteurs.

Il appuie de manière générale les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Il propose aussi d'ajouter un nouvel alinéa 1.5), ainsi libellé : « à améliorer la coordination entre les services de santé dans la lutte contre la propagation transfrontières du paludisme à partir de foyers dans les pays voisins ; ».

Les experts russes sont disposés à jouer un rôle actif dans tous les domaines touchant cette activité importante, notamment à former du personnel médical à la surveillance épidémiologique et à la lutte antipaludique.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit que la Chine attache une grande importance à la lutte contre le paludisme et qu'elle reste disposée à coopérer avec l'OMS et les pays à des travaux de recherche, notamment sur la mise au point de traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine qui devraient être mises à disposition dès que possible. Il faut espérer à cet égard que les programmes de la Chine visant à mettre au point de tels produits pour un usage à l'échelle mondiale bénéficieront de l'appui technique de l'OMS.

Le Dr ABDULLA (Soudan) rappelle que le paludisme est la principale cause de décès dans de nombreux pays en développement et qu'il affaiblit leur économie déjà fragile. Les efforts de lutte contre la maladie n'ont donc pas été proportionnels à l'ampleur du problème. L'OMS doit intensifier ses activités, notamment en réexaminant l'initiative Faire reculer le paludisme, qu'il faut financer davantage. Il est également possible de réduire l'impact de la maladie en fournissant des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et des moustiquaires imprégnées d'insecticide à des prix abordables. A cet égard, l'OMS pourrait apporter une aide précieuse en usant de sa position privilégiée pour procéder à des achats en gros au nom des pays et d'autres organisations. L'orateur propose donc d'ajouter à la fin du paragraphe 2.3) du projet de résolution le membre de phrase suivant : « , par exemple en étudiant la possibilité que l'OMS procède à des achats en gros au nom des Etats Membres ».

Il faudrait accroître la coordination et la collaboration avec d'autres organisations, l'OMS conservant un rôle de consultant technique. C'est pourquoi il propose d'ajouter, à la fin du paragraphe 2, un nouvel alinéa libellé comme suit : « de promouvoir davantage la coopération et le partenariat entre les pays à l'appui des programmes de lutte antipaludique, afin de garantir une utilisation efficiente et efficace des fonds disponibles pour combattre la maladie ».

Le Dr NDONG (Gabon) dit que le paludisme est un défi aux enjeux multiples. Si l'avènement de traitements par associations médicamenteuses pour traiter le paludisme constitue un progrès considérable, l'accessibilité de ces traitements reste problématique pour une grande partie de la population. Même si le Fonds mondial a déjà permis de faire un bond en avant, le coût restera toujours un problème majeur. Se référant au paragraphe 8 du rapport, l'orateur fait observer que, pour des pays comme le sien, les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine sont coûteuses et que d'autres associations ont donc été utilisées, notamment celles comportant de la sulphaguanidine et de la pyriméthamine, qui se sont révélées efficaces chez l'enfant et la femme enceinte. Il demande si la subvention globale pour l'achat de ces associations médicamenteuses (paragraphe 12) correspond à une contribution venant s'ajouter au financement apporté par le Fonds mondial. Si tel est le cas, c'est une excellente nouvelle ; dans le cas contraire, sa préoccupation concernant les coûts reste d'actualité.

Il faut également que les pays n'instituent pas des programmes de manière isolée ; ces programmes doivent au contraire bénéficier du soutien du secteur privé, des universités et des centres



de recherche. Lorsque le Gabon a examiné la question du remplacement de la chloroquine par des associations médicamenteuses, ces entités ont joué un rôle utile. Il propose donc que le projet de résolution invite instamment les Etats Membres à encourager les universités et les centres de recherche privés et semi-publics à appuyer les programmes nationaux de lutte antipaludique.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) appuie le projet de résolution figurant dans le rapport mais propose trois amendements. Il faudrait d'abord ajouter au paragraphe 1 un nouvel alinéa ainsi libellé : « à collaborer étroitement avec les pays voisins pour lutter contre le paludisme dans les zones frontalières ». Conséquence logique de cet amendement, un cinquième alinéa devrait être ajouté au paragraphe 2, ainsi libellé : « de fournir un appui à la collaboration antipaludique interpays, en particulier le long des zones frontalières ». Ensuite, au paragraphe 1.3), il faudrait insérer le mot « intégrées » après « ressources humaines », car le programme de lutte antipaludique devrait faire partie des services intégrés et renforcés de santé et de ressources humaines et ne pas être un programme vertical. Enfin, au paragraphe 2.3), le mot « organisme » devrait être ajouté avant « de développement » et le membre de phrase « dans le cadre d'un système strictement réglementé de distribution » devrait être ajouté à la fin, et ce afin d'éviter un usage irrationnel de ces traitements qui pourrait précipiter l'apparition de résistances. En Thaïlande, ces produits ne peuvent être distribués que dans le cadre du programme national de lutte antipaludique.

L'orateur accueille favorablement les observations formulées par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique au sujet du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Outre l'Amérique latine et l'Asie du Sud, il convient aussi de mentionner l'Asie du Sud-Est. Il peut appuyer les propositions des Etats-Unis d'Amérique à condition de conserver la version du paragraphe 1.2) du projet de résolution figurant dans le document EB115/10.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) se félicite du rapport et du projet de résolution et prend note du texte proposé pour le remplacer. Le Lesotho appuie en particulier l'allusion à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations dans le cadre de la lutte antivectorielle intégrée. A la suite des observations formulées par les orateurs précédents, notamment les membres désignés par la Gambie, la Guinée et la Thaïlande, il souhaite pouvoir disposer de davantage de temps pour examiner l'ensemble des propositions.

M. PALU (suppléant de Mme Halton, Australie) dit que le paludisme reste un problème qui affaiblit non seulement l'Afrique, mais aussi l'Asie et le Pacifique. Ces dernières années, les programmes de lutte menés dans les pays d'endémie palustre du Pacifique, à savoir la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Iles Salomon et Vanuatu, ont vu leur capacité opérationnelle diminuer alors que la morbidité et la mortalité ont augmenté. Il souhaite donc que la Région du Pacifique occidental soit elle aussi mentionnée dans le deuxième alinéa du préambule du texte proposé pour remplacer le projet de résolution. L'Australie, qui soutient avec force l'initiative Faire reculer le paludisme, demande instamment à l'OMS de poursuivre ses efforts pour aider les pays à accélérer le passage aux traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, là où cela est possible et indiqué.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> prenant la parole au nom des pays de la Région des Amériques, indique qu'ils notent avec préoccupation l'absence dans le rapport de toute information sur la situation du paludisme dans les Amériques. Selon les statistiques pour l'an 2000, 36 % de la population de la Région vit dans des zones à risque. Un rapport de l'OPS sur les programmes de lutte antipaludique dans les Amériques, qui présente également des données pour l'an 2000, indique que 57 % de la population de la Région vit dans 21 pays où le paludisme est transmis. Onze de ces pays se trouvent en Amérique du Sud, 7 en Amérique centrale, les 3 autres pays étant Haïti, le Mexique et la

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

République dominicaine. On a calculé que, dans ces 21 pays, quelque 293 millions de personnes sont menacées par le paludisme, car elles vivent dans des zones où les conditions sociales, économiques et environnementales sont propices à la transmission. En l'an 2000, on a enregistré 1,14 million de cas, dont 86 % dans les pays amazoniens d'Amérique du Sud. Alors que la plupart des décès dus au paludisme touchent l'Afrique, il ne faut pas oublier qu'il peut avoir des effets dévastateurs dans la Région des Amériques si l'on n'accorde pas l'attention voulue au problème, pas plus qu'il ne faut oublier que, dans la Région, les pays les plus touchés par le paludisme sont ceux où les inégalités en matière de revenu, d'accès aux services de santé, d'éducation, d'hygiène de l'environnement et de conditions de vie sont prononcées. Les pays de la Région demandent donc à être informés des activités prévues dans le cadre de l'initiative Faire reculer le paludisme afin de lutter contre la maladie en mettant l'accent en particulier sur les zones où la situation épidémiologique est préoccupante et en s'attachant à réduire la densité vectorielle par d'autres moyens que les insecticides. Ils appuient les amendements proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique concernant la mention d'autres Régions dans le projet de résolution et le rôle du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine)<sup>1</sup> approuve la proposition de la Thaïlande concernant l'appui en faveur d'une collaboration interpays pour lutter contre le paludisme dans les zones frontalières, en particulier la frontière entre la République dominicaine et Haïti. Tout en accueillant favorablement les propositions des Etats-Unis d'Amérique, il suggère d'ajouter à l'alinéa relatif à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations le membre de phrase suivant : « à partir d'une évaluation basée sur des preuves montrant que l'utilisation d'insecticide est efficace et sans danger pour la santé humaine et l'environnement ». A cet égard, le DDT, bien qu'efficace, s'est révélé dangereux pour la santé humaine et une convention internationale visant à limiter puis finalement à abandonner son utilisation a été négociée.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général), répondant aux nombreux membres qui ont mentionné le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que les donateurs bilatéraux, dit que l'OMS s'attache résolument à garantir une action concertée entre les institutions financières, celles qui apportent leur savoir-faire ainsi que les partenaires du secteur privé et les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux chargés de la mise en oeuvre. Il a été pris note des observations concernant l'incidence mondiale du paludisme. Le paludisme, l'une des principales maladies de la pauvreté, a des répercussions au niveau professionnel, accentue les différences entre les sexes et touche les populations déplacées et migrantes, notamment dans les zones frontalières.

Des observations pertinentes ont été formulées sur le coût des médicaments, notamment des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, et des tests diagnostiques. L'OMS a mis sur pied, dans le cadre du partenariat créé pour Faire reculer le paludisme, un service chargé des médicaments et des fournitures pour le traitement du paludisme : il s'agit d'un réseau d'information visant à faire correspondre l'offre à la demande afin d'effectuer des achats en gros et de réduire les coûts. La subvention globale proposée par l'Institute of Medicine des Etats-Unis d'Amérique est un mécanisme qui vient s'ajouter au Fonds mondial. L'OMS cherche à généraliser les tests de diagnostic rapide et les examens microscopiques. La situation est particulièrement difficile dans les zones périphériques où les infrastructures et les ressources humaines font largement défaut. Le but est de coopérer avec le secteur privé et les organismes chargés de la mise en oeuvre pour réduire le coût des transactions et du transport, et d'offrir des tests de diagnostic rapide et des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine gratuitement ou à un prix modique, lorsque cela est possible.

Les associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine transforment le traitement du paludisme. Au cours d'une visite en Chine, le Dr Chow a constaté que le Gouvernement s'attachait à

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

améliorer l'approvisionnement de la matière première et à collaborer avec le secteur privé et les organismes chargés de la mise en oeuvre afin de trouver des moyens plus avantageux de production de ces associations médicamenteuses. Il prend également note des points qui ont été soulevés concernant la nécessité de disposer de systèmes strictement réglementés de distribution de ces traitements et de les utiliser à bon escient dans le cadre d'un système de santé qui fonctionne correctement.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), répondant à une question du PRESIDENT, estime qu'il faut davantage de temps pour convenir d'une formulation acceptable pour tous sur la base d'une version propre du texte établi par le Secrétariat.

Le PRESIDENT croit comprendre que le Conseil approuve cette façon de procéder.

### **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 1, p. 227.)

### **Problèmes de santé publique provoqués par l'alcool : Point 4.12 de l'ordre du jour (documents EB115/37 et EB115/37 Corr.1)**

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre désigné par l'Islande, présente un projet de résolution relatif aux problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool proposé par l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Autriche, le Bahreïn, le Bélarus, la Belgique, la Bolivie, le Canada, la Chine, Chypre, le Danemark, l'Equateur, l'Espagne, l'Estonie, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, le Gabon, le Ghana, la Grèce, la Guinée, la Guinée-Bissau, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, la Jamaïque, le Kenya, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, les Maldives, Malte, le Népal, la Norvège, le Pakistan, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse, Tonga et la Turquie ; le texte est ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les problèmes de santé publique provoqués par l'alcool ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA32.40 sur le développement du programme de l'OMS relatif aux problèmes liés à la consommation d'alcool, WHA36.12 sur la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool : élaboration de politiques et de programmes nationaux, WHA42.20 sur la lutte contre l'abus des drogues et de l'alcool, WHA55.10 sur la santé mentale : répondre à l'appel lancé, WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, et WHA57.17 sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ;

Rappelant le *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*,<sup>2</sup> dans lequel il est indiqué que 4,0 % de la charge de morbidité et 3,2 % de l'ensemble des décès dans le monde sont imputés à l'alcool, et que l'alcool est le premier facteur de risque pour la santé dans les pays en développement à faible taux de mortalité et le troisième dans les pays développés ;

---

<sup>1</sup> Documents EB115/37 et EB115/37 Corr.1.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.

Reconnaissant que les modes de consommation d'alcool, le contexte et la quantité totale consommée influencent la santé de la population dans son ensemble et que l'usage nocif de l'alcool compte parmi les principales causes sous-jacentes de maladie, de traumatisme, de violence, d'incapacité, de problèmes sociaux et de décès prématurés, est associé à des problèmes de santé mentale, a de graves conséquences sur le bien-être des individus, des familles, des communautés et de la société en général, et contribue aux inégalités sociales et sanitaires ;

Soulignant que la consommation d'alcool risque de causer des dommages dans le cadre de la conduite d'un véhicule, au travail et pendant la grossesse ;

Alarmée de constater l'étendue des problèmes de santé publique liés à la consommation nocive d'alcool et les tendances à une consommation dangereuse, en particulier chez les jeunes, dans de nombreux Etats Membres ;

Reconnaissant que l'intoxication alcoolique est associée à des comportements à haut risque, y compris la consommation d'autres substances psychoactives et les rapports sexuels non protégés ;

Préoccupée par la perte économique pour la société qu'entraîne la consommation nocive d'alcool, y compris les coûts pour les services de santé, le système de protection sociale et le système judiciaire, la perte de productivité et le ralentissement du développement économique ;

Consciente des menaces que font peser sur la santé publique les facteurs qui ont suscité une augmentation de l'offre et de l'accessibilité des boissons alcoolisées dans certains Etats Membres ;

Notant que les stratégies et les mesures destinées à combattre les méfaits de l'alcool font chaque fois plus la preuve de leur efficacité ;

Considérant que les individus devraient pouvoir prendre pour eux-mêmes des décisions positives et radicales au sujet de problèmes tels que la consommation d'alcool ;

1. PRIE les Etats Membres :
  - 1) d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer des stratégies et des programmes efficaces pour atténuer les conséquences sanitaires et sociales négatives de l'usage nocif de l'alcool ;
  - 2) d'encourager tous les groupes sociaux et économiques concernés, y compris les organisations scientifiques, professionnelles, non gouvernementales et bénévoles, le secteur privé et les associations de la société civile et de l'industrie, à se mobiliser et à participer activement et utilement aux mesures prises pour réduire l'usage nocif de l'alcool ;
  - 3) d'aider le Directeur général à exécuter les activités ci-dessous, y compris, au besoin, par le biais de contributions volontaires d'Etats Membres intéressés ;
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de renforcer les moyens dont dispose le Secrétariat pour aider les Etats Membres à suivre l'évolution des problèmes liés à l'alcool et d'enrichir la somme de données scientifiques et empiriques qui attestent l'efficacité des politiques menées ;
  - 2) d'intensifier la coopération mise en oeuvre à l'échelle internationale pour réduire les problèmes de santé publique liés à l'usage nocif de l'alcool et de mobiliser le soutien nécessaire aux niveaux mondial et régional ;
  - 3) de faire rapport sur les stratégies et interventions fondées sur des données factuelles en vue de réduire les méfaits de l'alcool, avec notamment un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool, afin de le présenter à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ;
  - 4) d'élaborer des recommandations en vue de l'adoption de politiques et d'interventions efficaces contre les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques susceptibles d'aider les Etats Membres à exécuter et évaluer les stratégies et programmes recommandés ;

- 5) de renforcer les systèmes mondiaux et régionaux d'information en poursuivant la collecte et l'analyse de données sur la consommation d'alcool et ses conséquences sanitaires et sociales, en fournissant un soutien technique aux Etats Membres et en encourageant des travaux de recherche là où de telles données ne sont pas disponibles ;
- 6) de promouvoir et soutenir des activités mondiales et régionales destinées à détecter et traiter les troubles liés à l'alcool dans le cadre des soins de santé et à donner aux professionnels de la santé les moyens de mieux combattre chez leurs patients les problèmes liés à des modes nocifs de consommation d'alcool ;
- 7) de veiller à ce que le choix des experts appelés à participer à des consultations techniques sur l'alcool et aux activités de groupes consultatifs, dont le Comité consultatif pour les questions de politiques en matière d'alcool, se fasse en toute transparence et impartialité et respecte un juste équilibre entre les Régions et les sexes, conformément aux règles et procédures en vigueur à l'OMS ;
- 8) de collaborer avec les Etats Membres, les organisations intergouvernementales, les professionnels de la santé, les organisations non gouvernementales et les autres partenaires intéressés pour promouvoir la mise en oeuvre de politiques et de programmes efficaces contre l'usage nocif de l'alcool ;
- 9) d'organiser des consultations ouvertes avec les représentants de l'industrie et de l'agriculture et les structures de distribution de boissons alcoolisées afin de limiter l'impact sur la santé de l'usage nocif de l'alcool ;
- 10) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Le projet de résolution a initialement été élaboré par les pays nordiques qui ont mené de larges consultations au cours de la session. Pendant le débat, qui n'a pas été facile, de nombreux points de vue ont été exprimés ; l'alcool a des significations différentes selon les cultures. Même le titre de la résolution a été controversé : certains préféraient la formule « provoqués par l'usage de l'alcool » alors que d'autres auraient préféré « provoqués par l'abus d'alcool ». Cette dernière formule pose un problème, car la simple consommation d'alcool a déjà des effets nocifs dans le cas de la femme enceinte ou de l'automobiliste. Le texte présenté au Conseil est un compromis entre les nombreux points de vue exprimés.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des 25 Etats Membres de l'Union Européenne et des 4 pays candidats que sont la Bulgarie, la Roumanie, la Turquie et la Croatie, indique que l'Union européenne est très préoccupée par l'abus d'alcool et ses graves conséquences médicales, sociales et économiques, notamment en raison de la consommation de plus en plus précoce chez les jeunes. Or les 49 coauteurs du projet de résolution ne comprennent que la Roumanie et la Turquie parmi les pays candidats ; il faudrait ajouter la Bulgarie et la Croatie. L'Union européenne attend avec grand intérêt de recevoir le rapport sur les stratégies et les interventions fondées sur des données factuelles, qui fournira des indications utiles.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) indique que l'Equateur, tout en ayant écouté avec attention les autres points de vue, est un coauteur convaincu du projet de résolution. Il faut absolument faire la distinction entre la consommation d'alcool, l'abus et la dépendance, car l'abus d'alcool peut avoir des effets nocifs sans engendrer de dépendance. Il est suggéré de modifier le titre du projet de résolution en vue de mettre sur pied une stratégie sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage dangereux et nocif de l'alcool, couvrant le cas de la femme enceinte et de l'alcool au volant. En outre, il ne faut pas oublier que la consommation d'alcool peut aussi avoir des effets bénéfiques. Certaines statistiques montrent qu'une consommation modérée d'alcool réduit l'incidence des hémorragies cérébrales. Tout est question d'équilibre.

Il est heureux que ce point ait été inscrit à l'ordre du jour du Conseil, car l'une des critiques formulées par les producteurs de tabac portait sur le contraste entre la ligne dure adoptée par l'Organisation contre le tabagisme et son silence relatif sur la question de l'alcoolisme. Il ne faut pas adopter une position extrême sur l'alcool : une déclaration claire exposant ce que constitue un usage dangereux ou nocif et la façon de l'éviter aurait un impact beaucoup plus important en termes de santé publique.

M. KHAN (Pakistan) indique que la consommation d'alcool est l'une des principales causes de décès et d'incapacité dans le monde. Le Pakistan partage les préoccupations de tous les membres au sujet de l'augmentation de la consommation d'alcool, notamment chez les jeunes. Avec la mondialisation, le problème est devenu planétaire. L'orateur propose l'insertion du membre de phrase « en particulier de violence domestique contre les femmes et les enfants » après le mot « violence » au troisième alinéa du préambule du projet de résolution.

Des mesures énergiques, y compris des mesures fiscales, doivent être prises contre les fabricants de boissons alcoolisées, et il faudrait s'intéresser aussi aux agences de publicité et aux médias. En bref, une stratégie similaire à celle de la lutte antitabac pourrait être suivie dans le cas de l'alcool.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) propose de supprimer l'expression « l'usage nocif de » dans le titre du projet de résolution. Il appuie l'amendement proposé par l'orateur précédent concernant le troisième alinéa du préambule.

Les politiques actuelles de l'OMS en matière d'alcool présentent deux principaux points faibles. D'abord, elles relèvent du Département Santé mentale et toxicomanies, ce qui laisse supposer que les problèmes provoqués par l'alcool ne sont liés qu'à la santé mentale, alors qu'en réalité, la consommation d'alcool provoque de nombreuses maladies somatiques et a aussi, en raison de ses effets économiques et sociaux, des conséquences négatives sur le mode de vie. Ensuite, en mettant l'accent sur la réduction des effets nocifs, ces politiques laissent penser que la consommation d'alcool est acceptable à condition qu'elle ne nuise pas à autrui, occultant ainsi les effets indésirables de l'alcool sur la santé. C'est la disponibilité croissante de l'alcool, à laquelle viennent s'ajouter des techniques de commercialisation persuasives, qui est principalement responsable de l'augmentation de la consommation, notamment dans les pays en développement. La commercialisation, en particulier dans le cadre des accords de libre échange, a une incidence non négligeable sur le type, le volume, la fréquence et les conditions de la consommation et, par contrecoup, sur l'ampleur et la gravité des problèmes liés à l'alcool et sur l'efficacité des politiques ou de l'action visant à lutter contre ces problèmes ou à les prévenir.

L'OMS devrait tirer parti de l'expérience acquise dans la lutte antitabac, et le moment est peut-être venu d'envisager une convention-cadre pour la lutte contre l'alcool. Comme pour le tabac et le jeu, la plupart des pays disposent déjà pour l'alcool d'un cadre juridique réglementaire : par exemple, ils prélèvent des droits, imposent la vente sous licence et exigent des autorisations pour la publicité, afin de faire baisser la consommation. L'orateur propose donc au paragraphe 1.1) du projet de résolution l'insertion entre virgules du membre de phrase « y compris un cadre juridique approprié pour réglementer la commercialisation » après « programmes » et, au paragraphe 2.1), d'insérer le membre de phrase « d'élaborer, de mettre en oeuvre et d'évaluer les politiques sur l'alcool et » après « les Etats Membres à ».

Le Professeur FURGAL (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) félicite l'OMS pour l'action qu'elle mène en vue de lutter contre les problèmes de santé publique liés à l'alcool. De nombreux pays continuent d'être touchés, y compris le sien où l'on recense plus de 2 millions d'alcooliques, où la prévalence des maladies liées à l'alcool est forte et où la consommation a atteint un niveau sans précédent, étant donné que cette question préoccupe beaucoup les autorités et toutes les institutions sociales du pays, la Fédération de Russie est l'un des auteurs du projet de résolution. Pour les activités futures, il faudra tenir compte du travail déjà accompli. Ainsi, en 1995, les Etats Membres de la Région européenne ont adopté la Charte européenne sur la consommation d'alcool et mettent actuellement en oeuvre le plan d'action européen sur l'alcool 2000-2005. En outre, à l'issue de la

Conférence ministérielle européenne sur les jeunes et l'alcool qui a eu lieu à Stockholm en 2001, une déclaration fixant des objectifs spécifiques pour 2006 a été adoptée. La Région européenne a également publié plusieurs ouvrages utiles sur l'alcool et la santé publique. L'OMS a déjà montré, dans le domaine de la lutte antitabac, que la collaboration entre les Etats Membres pouvait être extrêmement fructueuse. L'Organisation devrait encourager des démarches similaires concernant la lutte contre l'alcoolisme, peut-être dans la perspective d'une convention-cadre sur le sujet.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit que l'usage nocif généralisé de l'alcool augmente la charge de morbidité et nuit à la société dans de nombreux pays. La Chine approuve les diverses stratégies présentées dans le rapport. Il est particulièrement important de diffuser partout dans le monde des informations scientifiques sur les effets de la consommation d'alcool. Il faut également agir plus énergiquement pour prévenir les traumatismes non intentionnels et pour promouvoir la santé mentale. A cet effet, l'OMS doit proposer des orientations aux Etats Membres, recueillir des éléments factuels et mettre au point des interventions précoces. La Chine appuie le projet de résolution et souscrit aux observations formulées par le membre désigné par la Thaïlande.

Le Dr ACHARYA (Népal) indique que son pays se porte coauteur du projet de résolution et rappelle que comme l'usage de l'alcool peut entraîner la dépendance et donc l'abus, les deux termes « usage » et « abus » devraient figurer dans le projet de résolution. Dans la région d'où vient le Dr Acharya comme ailleurs, la consommation d'alcool provoque de nombreux problèmes de santé publique, tels que la production et la consommation illicites à grande échelle, l'alcoolisme rural, les « beuveries des jours de paie », la conduite en état d'ébriété et la pauvreté entraînée par la dépendance. Le climat joue également un rôle : en effet, en haute altitude, les gens boivent pour lutter contre le froid. Les stratégies devraient viser à réduire la demande et à lutter contre les effets nocifs de l'alcool, en proposant des interventions et en diffusant des informations visant à sensibiliser la population aux effets de l'alcool et à donner les moyens aux individus, aux familles et aux communautés de résister aux pressions extérieures les incitant à consommer de l'alcool. En bref, il faut cesser de donner une image attractive de l'alcool.

Le Dr CAMARA (Guinée) appuie les amendements déjà apportés et propose plusieurs autres modifications. Parce qu'on adopte d'abord une politique et qu'on élabore après les programmes et enfin les plans d'action, il propose que le paragraphe 2.4) soit renuméroté pour devenir 1.1) et qu'il soit libellé comme suit : « d'adopter des politiques et des interventions efficaces pour réduire les méfaits de l'alcool et de mettre au point des outils techniques appropriés susceptibles de faciliter la mise en oeuvre et le suivi des stratégies et des programmes ; ». L'actuel paragraphe 1.1) deviendrait le paragraphe 1.2) et serait rédigé comme suit : « d'élaborer des programmes efficaces pour atténuer les conséquences ainsi que les problèmes d'ordre sanitaire et social de l'usage nocif de l'alcool ; ». Enfin, au paragraphe 2.3), il est superflu de prier le Directeur général d'inclure un bilan complet des problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool dans un rapport à présenter à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, puisqu'il est prié au paragraphe 2.10) de faire rapport à ladite Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Le Dr AL-SAIF (suppléant du Dr Al-Jarallah, Koweït) accueille favorablement le rapport et appuie le projet de résolution.

Le Dr TANGI (Tonga), rappelant que les Tonga sont coauteurs du projet de résolution, indique qu'il avait émis des doutes concernant l'affirmation figurant au deuxième alinéa du préambule selon laquelle l'alcool est « le premier facteur de risque pour la santé dans les pays en développement à faible taux de mortalité et le troisième dans les pays développés », mais qu'il a été informé qu'il s'agit

d'une citation tirée du *Rapport sur la santé dans le monde, 2002*.<sup>1</sup> Le paragraphe 2.7) est superflu et devrait être supprimé, car le Directeur général a déjà choisi des experts pour des consultations techniques et des groupes consultatifs, conformément aux règles et procédures en vigueur. Le libellé actuel suggère que cet alinéa a été inclus pour répondre à une plainte au sujet de la sélection émanant peut-être des fabricants de boissons alcoolisées. Tout comme ce fut le cas pour l'industrie du tabac, les fabricants de boissons alcoolisées, étant de toute évidence directement intéressés à la question, ne doivent pas être invités à la table des débats. La prise de décision ne devant pas être influencée par des intérêts commerciaux, le paragraphe 2.9) devrait être supprimé. Concernant les incidences financières du projet de résolution, il faut absolument veiller à ce que les crédits budgétaires pour les domaines d'activité correspondant aux maladies non transmissibles et à la toxicomanie soient suffisants pour la mise en oeuvre.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit que son pays appuie les efforts déployés par l'OMS pour lutter contre les problèmes de santé publique provoqués par l'alcool et est en principe favorable au projet de résolution dans son libellé actuel. Les Etats-Unis s'opposeraient en revanche fermement à l'idée d'une convention-cadre pour la lutte contre l'alcool. L'alimentation et l'alcool ne sont pas comparables au tabac. De plus, ainsi que l'a souligné le membre désigné par le Népal, il existe une production et une consommation illicites importantes d'alcool, que le projet de résolution ne mentionne pas. Ces produits vendus en l'absence de toute réglementation causent beaucoup plus de dégâts que ceux qui sont commercialisés conformément à une réglementation adaptée. Beaucoup de pays appliquent une réglementation rigoureuse, cependant que certains optent pour une interdiction totale de l'alcool. C'est à chaque Etat Membre qu'il appartient de choisir telle ou telle solution, mais il faut se rappeler que la prohibition de l'alcool imposée par le Canada, les Etats-Unis d'Amérique et la Norvège entre 1919 et 1933 a été un échec et s'est soldée par une forte progression de la criminalité organisée et une consommation et un trafic illicites intenses. Les Etats-Unis préconisent une stratégie axée sur la santé publique et mettant l'accent sur les problèmes dus à l'alcool que l'OMS et les ministères de la santé sont effectivement en mesure de traiter. Ils sont opposés à la suppression des paragraphes 2.7) et 2.9) proposée par le membre désigné par les Tonga, car il n'est pas possible de s'attaquer à ces problèmes sans en débattre avec l'industrie de l'alcool – producteurs, grossistes et détaillants. Le Directeur général doit en toute transparence engager un dialogue ouvert avec l'industrie. L'orateur appuie les amendements qu'a proposés le membre désigné par l'Equateur et souscrit à la déclaration qui va être faite au nom des pays de la Région des Amériques. D'après les données scientifiques dont on dispose, une consommation modérée d'alcool peut être bénéfique et il faut espérer qu'un juste équilibre sera trouvé, ce qui permettra à l'OMS de lutter contre l'usage nocif sans s'aventurer dans des domaines qui ne sont pas de son ressort.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) appuie le projet de résolution et se déclare lui aussi favorable au maintien du paragraphe 2.9). Dans beaucoup de pays où l'alcool est produit par des méthodes traditionnelles, les préparations chimiques utilisées sont extrêmement nuisibles à la santé. Il faudrait réfléchir au moyen d'évoquer cet aspect dans la résolution.

Pour M. SHUGART (Canada), c'est le titre qui est au coeur du problème. D'un point de vue logique, il laisse à désirer parce qu'il comporte une tautologie : s'il existe des problèmes de santé publique dus à la consommation d'alcool, c'est évidemment parce qu'il existe des usages nocifs de l'alcool. Mieux vaut cependant ne pas trop retoucher le libellé du projet. La crédibilité de l'OMS est ici en jeu, car une fois adoptée, cette résolution sera largement diffusée dans des pays de cultures diverses. Son contenu ne doit pas être mal interprété. Quoi qu'il en soit, ce qui est important dans cette résolution, c'est qu'elle tend à ce que de nouveaux éléments soient recueillis au sujet des effets nocifs

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, 2002.



de l'alcool. Aucun membre du Conseil ne saurait y voir d'objections, ni s'opposer à ce que des outils soient mis à disposition pour traiter les problèmes de santé publique qui en découlent. En ce sens, il s'agit d'un texte tout à fait pragmatique. Les problèmes de santé publique se manifestent clairement dans toutes sortes de contextes. Mettre la résolution en pratique sous sa forme actuelle ne peut être que bénéfique dans l'immédiat et, à plus long terme, à mesure que le consensus se fera, il sera temps d'en modifier le libellé. De toute évidence, un point délicat tient au fait de sous-entendre dans le titre que tout usage de l'alcool quel qu'il soit peut avoir des effets nocifs, et il ne sera pas possible d'en arriver à un consensus à ce sujet. Quoi qu'il en soit, il appuie le projet de résolution sous sa forme actuelle, estimant que le mieux risque d'être l'ennemi du bien.

Le Dr YOOSUF (Maldives) partage l'avis du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique sur certains points, notamment en ce qui concerne les dangers inhérents à la production illicite d'alcool, particulièrement dans les pays les plus pauvres, ainsi que l'idée que les consultations envisagées au paragraphe 2.9) seraient plus fructueuses si les producteurs y sont associés. Il semble préférable de conserver le titre actuel du projet de résolution.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) fait savoir que, pour les raisons exposées par le membre désigné par le Canada et sous réserve des doutes exprimés à propos du titre, il appuie le projet de résolution. Il souscrit également aux observations faites par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique. Elaborer une convention sur cette question serait prématuré, car avant de pouvoir se faire une opinion éclairée sur la question, il faudra disposer de beaucoup plus d'informations du type de celles envisagées dans le projet de résolution.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) dit que son pays, en tant que coauteur du projet de résolution, est satisfait des travaux accomplis jusqu'à présent par le Secrétariat. Aller plus loin que ce qui est proposé dans le projet, et par exemple entreprendre l'élaboration d'une convention-cadre analogue à celle relative au tabac, est à exclure.

Mme HALTON (Australie) souhaite que l'on conserve le paragraphe 2.9) du projet. Toutes les parties prenantes, y compris l'industrie de l'alcool, doivent être associées à la mise au point de stratégies destinées à alléger la charge de morbidité et de traumatismes imputable à l'usage nocif de l'alcool.

Le Dr CAMARA (Guinée) dit que le paragraphe 2.7), qui prête à confusion, devrait être supprimé. Le Comité consultatif pour les questions de politique en matière d'alcool est un organe dont l'existence se justifie si un travail précis doit lui être confié.

Le Dr OÑORBE DE TORRE (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) appuie le projet de résolution mais appelle l'attention sur une possible différence entre la version anglaise et la version espagnole.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> s'exprimant au nom des pays de la Région des Amériques, déclare que les effets de l'alcool peuvent être nocifs ou bénéfiques, selon la quantité consommée et les caractéristiques individuelles et le profil clinique du consommateur. Une résolution sur l'usage de l'alcool doit être équilibrée et tenir compte des deux types d'effets. Les pays de la Région proposent donc de modifier le titre du projet comme suit : « Les problèmes de santé publique provoqués par l'abus d'alcool ». Ce concept d'abus ou de consommation excessive d'alcool doit ensuite être repris dans le texte, en mettant l'accent sur le risque de dommages causés par une consommation déraisonnable et excessive. Ce groupe de pays souhaite aussi y inclure des

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

recommandations et faire notamment valoir que l'éducation est un moyen efficace d'inciter à adopter des habitudes saines et un comportement raisonnable à l'égard de l'alcool. La résolution devrait également faire référence aux mesures que les pays pourraient prendre pour faire en sorte que les personnes n'ayant pas atteint l'âge minimum requis en vertu de la législation nationale ne consomment pas d'alcool.

M. PETERSSON (Suède)<sup>1</sup> juge tout à fait judicieuses les observations du membre désigné par le Canada. En toute logique, le projet à l'examen n'est pas censé traiter des bienfaits de l'alcool mais plutôt de l'abus qui en est fait. Il estime que le titre anglais ne doit pas être changé.

Le Dr DANZON (Directeur régional pour l'Europe) dit que ce sujet a été sélectionné comme l'une des trois questions techniques qui seront abordées lors de la prochaine réunion du Comité régional. En septembre 2005, la Région européenne présentera une version mise à jour du plan d'action dont le membre de la Fédération de Russie a fait mention. La Région coordonnera ses travaux avec le Sièges et avec la Commission européenne.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) dit que le titre de la résolution en espagnol n'est pas satisfaisant. C'est l'usage nocif de l'alcool qui présente un risque pour la santé publique ; la consommation n'est pas nécessairement nocive. Il est des pays où, pour des raisons religieuses ou culturelles, toute consommation d'alcool est considérée comme néfaste, mais c'est un point de vue que l'OMS ne saurait reprendre à son compte. Le titre comme le texte de la résolution doivent faire clairement la distinction entre les usages de l'alcool qui sont préjudiciables à la santé – comme par exemple la consommation d'alcool au cours de la grossesse – et ceux qui ne le sont pas.

Le Dr ABDULLA (Soudan) signale que la version arabe du titre est apparemment une traduction littérale de l'anglais.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) remercie les membres du Conseil de leurs avis et de leurs observations et souligne que la discussion a été une précieuse occasion de rappeler que la précision est essentielle en toutes circonstances, y compris dans le titre d'un projet de résolution. Ce qui ressort clairement d'une discussion inspirée par le souci de la santé publique, c'est que l'intention est de traiter des conséquences de l'usage nocif de l'alcool. Le Secrétariat s'emploiera à atteindre cet objectif en se fondant sur des données scientifiques vérifiables et des méthodes éprouvées, en tenant compte du fait que l'inefficacité de la prohibition totale de la consommation d'alcool ainsi que les ravages concomitants de la production illicite d'alcool ont été évoqués. Les efforts se poursuivront donc, tant au Sièges que dans les Régions.

Le PRESIDENT, notant que de multiples amendements ont été présentés mais que ceux-ci sont souvent incompatibles les uns avec les autres, suggère que le Conseil pourrait se contenter d'en adopter deux : la proposition du Pakistan d'insérer, au troisième alinéa du préambule, le membre de phrase « en particulier de violence domestique contre les femmes et les enfants » après le mot « violence » ; et la proposition des Tonga tendant à supprimer le paragraphe 2.7).

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) est opposé à la suppression du paragraphe 2.7).

Le DIRECTEUR GENERAL s'engage à faire en sorte que l'impératif de la transparence soit respecté, que le paragraphe 2.7) soit maintenu ou non.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Dr THAKSAPON THAMARANGSI (conseiller du Dr Suwit Wilbulpolprasert, Thaïlande) insiste sur le fait que la transparence est une nécessité absolue, mais acceptera la suppression du paragraphe 2.7) compte tenu de l'engagement que vient de prendre le Directeur général.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) n'est guère partisan pour sa part de cette solution. Si le Directeur général s'engage à faire régner la transparence, il ne peut y avoir d'inconvénient à formuler cet engagement par écrit. Le libellé du paragraphe 2.9) manque de fermeté : pour qu'il soit acceptable, il faudrait recevoir l'assurance que l'OMS est disposée à véritablement associer l'industrie sur la base d'un partenariat.

Le DIRECTEUR GENERAL fait observer que cette question est débattue depuis de longues années, dans les pays nordiques principalement ; mais le fait est que la situation n'est pas la même qu'en ce qui concerne l'industrie du tabac. Il est prématuré d'envisager l'élaboration d'une convention et, s'agissant des rapports avec l'industrie de l'alcool, il est nécessaire d'avoir des assurances.

A l'issue d'un bref débat où sont intervenus M. SHUGART (Canada), le Dr TANGI (Tonga), M. KHAN (Pakistan) et le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France), le PRESIDENT dit qu'il considérera que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution, avec l'amendement proposé par le Pakistan au premier alinéa du préambule et la suppression du paragraphe 2.7) du dispositif proposée par les Tonga.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 18 h 50.**

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R5.

## HUITIEME SEANCE

**Jeudi 20 janvier 2005, 9 h 10**

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)**

**QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET : Point 5 de l'ordre du jour**

**Budget programme 2002-2003 : appréciation de l'exécution : Point 5.1 de l'ordre du jour (documents PBPA/2002-2003 et EB115/42)**

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, signale que les conclusions du Comité sur l'appréciation de l'exécution sont résumées aux paragraphes 7 à 11 de son rapport (document EB115/45). Les membres ont évoqué la difficulté de concilier les résultats stratégiques et opérationnels ; ils ont exprimé leur préoccupation devant l'insuffisance du financement de certains domaines d'activité et souligné le fait qu'il était important de fournir des contributions volontaires correspondant aux priorités définies dans le budget programme ; il faut inscrire des projections réalistes des recettes dans le budget. Certains d'entre eux ont proposé que soit réalisée une évaluation sommaire du budget programme à intervalles réguliers en cours d'exercice ; celle-ci donnerait des informations sur le rythme de l'exécution du budget, les progrès réalisés dans le cadre des différentes initiatives et leurs effets sur certaines maladies. Les membres ont également souligné qu'il était nécessaire de pouvoir suivre les mesures prises pour tirer parti des « enseignements ».

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) se dit surprise que le Secrétariat n'ait pas été en mesure de fournir des données de base pour un certain nombre d'indicateurs, tant dans l'appréciation de l'exécution que dans le projet de budget programme 2006-2007. Il devrait redoubler d'efforts pour définir des indicateurs quantifiables assortis de bases précises et de cibles réalisables et mesurables qui permettraient d'apprécier l'exécution. Les sections « Enseignements » sont utiles, car elles mettent en évidence certaines difficultés, notamment le manque d'harmonie entre les priorités mondiales, régionales et nationales et la juxtaposition de résultats généraux et de résultats précis.

L'appréciation de l'exécution représente une base utile pour le projet de budget programme 2006-2007 : elle pourrait faciliter l'examen des changements budgétaires et des amendements apportés aux programmes, et contribuer à la définition stratégique des objectifs qui concernent l'Organisation dans son ensemble et des résultats escomptés ; cela permettrait de rendre le personnel plus autonome et d'associer davantage les acteurs concernés à la réforme, à l'intérieur de l'OMS comme à l'extérieur. Les données et les conclusions du rapport auraient donc pu être intégrées au projet de budget programme.

La gestion axée sur les résultats constitue un moyen important d'assurer une intégrité et une responsabilité à tous les niveaux de la mise en oeuvre du programme et de l'utilisation des ressources. Si elle s'accompagne d'une évaluation et d'un suivi minutieux, elle permettra de mesurer les progrès de façon objective, et de mettre en évidence les domaines pour lesquels des améliorations sont nécessaires, ce qui renforcera la culture de transparence de l'Organisation.

M. LOZINSKIY (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que, comme l'appréciation de l'exécution est le premier rapport de ce type à l'OMS, des améliorations sont naturellement possibles : dans les tableaux où figurent les données de base et les indicateurs de résultats, il faudrait énumérer les pays plutôt que d'en indiquer le nombre total ; par ailleurs, les allocations budgétaires et les chiffres des dépenses devraient être ventilés en crédits du budget ordinaire et en fonds extrabudgétaires, comme dans le projet de budget programme. Grâce à ces informations, on pourrait peut-être expliquer pourquoi certains domaines d'activité n'ont pas reçu les crédits dont ils avaient besoin. Il serait intéressant de savoir combien de personnes ont été employées en moyenne durant la période 2002-2003.

L'écart important entre les allocations budgétaires et les dépenses est préoccupant. Ainsi, par rapport à l'allocation initiale, les dépenses engagées au titre de la Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours sont quatre fois plus élevées et celles engagées pour la Vaccination et mise au point de vaccins le sont deux fois plus. Dans le même temps, pour des domaines d'activité importants (VIH/SIDA, Pour une grossesse à moindre risque, Santé de la femme, Santé de l'enfant et de l'adolescent), à peine la moitié des allocations prévues ont été utilisées, ce qui a eu des répercussions négatives sur la mise en oeuvre des programmes. Si la flambée due au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a entraîné une réaffectation de contributions volontaires destinées à d'autres domaines, il y a eu à l'évidence des erreurs d'appréciation lors de la planification du budget. Lorsque les fonds disponibles pour un domaine d'activité particulier sont insuffisants, l'OMS devrait en informer les Etats Membres à la fin de la première année de chaque exercice. Il faut espérer que ces erreurs d'appréciation ne seront pas reproduites au cours du prochain exercice.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), se référant au taux d'exécution de 104 % qui figure dans le tableau de la page 7 du rapport, demande si les 4 % supplémentaires proviennent d'une source imprévue ou s'ils ont été pris sur le budget du prochain exercice. Il relève que pour le domaine d'activité Informatique et infrastructure, le taux d'exécution est de 112,6 %, et que pour les domaines Sécurité transfusionnelle et Sécurité sanitaire des aliments, ils ne sont que de 61 % et de 76 %, respectivement. A combien s'élèvent les dépenses engagées pour les activités scientifiques et techniques et pour l'administration ? Il serait utile de disposer d'informations complémentaires lorsque les dépenses ont largement dépassé le budget alloué : peut-être le budget était-il irréaliste. Il est parfois facile d'expliquer des dépenses excessives ; c'est le cas pour le domaine d'activité Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours.

Il fait également observer que les niveaux des fonds extrabudgétaires des Régions et du Siège présentent des disparités importantes. Au Siège, les fonds provenant d'autres sources représentent 50 % ; cette proportion n'est que de 1 % pour la Région des Amériques et de 4 % pour la Région du Pacifique occidental. Est-ce dû à des préférences des donateurs, ou s'agit-il d'une tendance générale dans l'Organisation ?

Les informations relatives à certains programmes sont dans l'ensemble satisfaisantes, et le rapport est bien présenté ; les questions posées ont uniquement pour objet de lui permettre de mieux comprendre les informations données.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) souligne que les informations précises contenues dans le rapport seront utiles pour examiner le projet de budget programme pour le prochain exercice. Le rapport montre les différences qui peuvent apparaître entre les crédits que l'OMS compte allouer à un programme particulier et les ressources effectivement reçues. L'équilibre à maintenir entre les contributions volontaires et les contributions au budget ordinaire est une question importante. Si les contributions volontaires sont bien moindres que prévu, cela aura des incidences considérables pour les programmes concernés, ce que le rapport met clairement en évidence. Comme l'a proposé le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, lors de sa réunion, il faudrait alerter le Conseil lorsqu'un niveau de contributions volontaires plus bas qu'escompté risque d'entraîner des problèmes budgétaires plutôt que de devoir attendre une appréciation de l'exécution après l'exercice.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) estime que l'appréciation de l'exécution des précédents budgets programmes est tout aussi importante que l'examen du projet de budget programme pour les prochains exercices. L'appréciation de l'exécution est le premier rapport qui montre comment l'OMS a appliqué son programme. Les auteurs du rapport se sont soucié d'exactitude plus que de diplomatie ; ce document reflète le nouvel esprit de transparence et de responsabilité prévalant à l'OMS.

L'écart entre le budget approuvé par les organes directeurs et les dépenses effectives est préoccupant. Par exemple, comme le montre la Figure 3 du rapport, au cours de l'exercice 2002-2003 le Siège a représenté 44 % des dépenses totales ; or 33 % de ces dépenses seulement avaient été approuvées. Le Conseil et l'Assemblée de la Santé passent beaucoup de temps à examiner et à approuver le budget ; qui est habilité à modifier de façon si radicale les crédits alloués après leur approbation par les organes directeurs ? Si une certaine flexibilité est bien sûr nécessaire, le montant concerné représente 11 % d'un budget total de plus de US \$2 milliards. Il s'agit là d'un écart trop grand. Dans une situation d'urgence, une modification des chiffres approuvés par l'Assemblée de la Santé pourrait se justifier, et celle-ci devrait pouvoir approuver la modification de façon rétroactive. Il se demande si l'explication donnée au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, à savoir qu'une grande partie du budget du Siège est exécutée au niveau des pays, est correcte. Dans l'affirmative, cette façon de procéder est-elle opportune ? S'agissant de l'appréciation, les membres ne se sont peut-être pas rendu compte qu'au cours de l'exercice 2002-2003, les bureaux régionaux et les bureaux de pays ont représenté seulement 56 % des dépenses, alors qu'un pourcentage de 67 % avait été approuvé. Après avoir observé la Figure 2 du rapport, le Dr Suwit Wibulpolprasert pense que les changements sont peut-être dus à la proportion des contributions volontaires, que les organes directeurs ne maîtrisent pas ou peu. Ces contributions ont néanmoins des effets sur l'exécution des programmes. Ainsi, pour le domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque, on est seulement parvenu à un taux d'exécution de 36,4 % en raison d'un déficit de fonds extrabudgétaires pendant l'exercice.

A moins qu'on ne trouve les fonds nécessaires, il est peu probable que les résultats escomptés approuvés par les organes directeurs de l'OMS soient atteints ; si cette situation perdure, les travaux des organes directeurs deviendront inutiles. Par souci de clarté, il demande donc que les dépenses apparaissant aux Figures 2 et 3 du rapport soient ventilées en contributions fixées et contributions volontaires. Par ailleurs, quelles mesures peut-on prendre pour que les dépenses soient en rapport avec le budget approuvé ? A la lumière du bilan de l'exercice 2002-2003, est-il réaliste d'allouer 30 % des crédits au Siège et 70 % aux Régions et aux pays ?

D'après une étude entreprise par le Groupe d'Oslo en 1998, une réforme des bureaux de pays permettrait de faire des économies considérables. Dans de nombreux pays, dont le sien, plus de la moitié du budget de pays est utilisée pour faire fonctionner les bureaux, pas pour les pays eux-mêmes. Des efforts doivent être déployés pour réduire les coûts administratifs et faire en sorte que davantage de crédits soient dépensés au niveau du pays.

Etant donné que la proportion des contributions fixées est en baisse, celles-ci ne représentant actuellement qu'un tiers environ du budget total, les contributions volontaires sont utilisées pour des domaines d'activité autres que ceux qui ont été approuvés. A moins que des mesures ne soient prises, les contributions fixées finiront par représenter moins de 5 % du budget ordinaire. Le Conseil dispose de plusieurs options : il peut d'abord laisser faire et accepter la situation ; il peut également prévoir une augmentation de 9 % des contributions fixées et de 14 % des contributions volontaires, comme cela est proposé dans le projet de budget programme 2006-2007, ce qui ralentirait la tendance ; il peut enfin augmenter la proportion des contributions volontaires à objet non désigné dont actuellement seulement 10 % ne sont pas affectés. A cette fin, un projet de résolution pourrait être élaboré, dans lequel il serait demandé aux donateurs d'envisager d'augmenter la proportion des contributions volontaires à objet non désigné pour atteindre environ 50 % au cours des dix prochaines années. Enfin, le Conseil pourrait rédiger un projet de résolution prévoyant qu'une partie des contributions volontaires allouées à des domaines ne figurant pas dans le programme approuvé aille à des domaines prioritaires agréés par les organes directeurs. Il pourrait de ce fait envisager de créer un groupe restreint de parties intéressées pour trouver une solution constructive.

Pour le Dr ACHARYA (Népal), le rapport a mis en évidence l'importance des résultats et des indicateurs, des enseignements et des principaux obstacles ; ce document est très utile pour examiner le budget programme 2006-2007 car il faut des résultats précis et des indicateurs mesurables pour tous les domaines d'activité. D'après les résultats de l'appréciation, la gestion fondée sur les résultats ne s'applique pas encore entièrement, et, dans certains cas, les indicateurs de résultats n'ont pas encore été établis. Par conséquent, il est difficile de connaître les domaines d'activité où des résultats remarquables ont été obtenus, et ceux où le succès a été moindre.

M. PÉREZ LÁZARO (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne) souligne que l'appréciation de l'exécution 2002-2003 fournit des informations utiles pour faire le point sur la mise en oeuvre du budget au cours de l'exercice ; ce rapport montre dans quelle mesure les programmes et les activités ont atteint les résultats escomptés. Il indique par ailleurs comment les priorités fixées par l'Assemblée de la Santé ont été prises en compte et met en évidence les besoins opérationnels. Les informations qu'il contient, notamment celles qui concernent le déséquilibre entre les contributions fixées et les contributions volontaires, de même que les questions soulevées par le membre de la Thaïlande, seront précieuses lors de l'examen du projet de budget programme 2006-2007.

Mme HALTON (Australie) salue le travail entrepris par le Secrétariat pour rendre la procédure budgétaire plus transparente et, de ce fait, pour mieux en rendre compte aux Etats Membres. Bien que le processus de réforme soit complexe, il doit se poursuivre pour améliorer l'efficacité et les résultats, y compris l'affectation des ressources.

L'appréciation de l'exécution devrait contenir un examen plus poussé de certains domaines d'activité ; sans cette analyse, il est difficile de décider en connaissance de cause quelles activités doivent être renforcées et lesquelles être réduites. Il serait opportun d'opter pour une stratégie axée sur les résultats qui prévoient la présentation de rapports réguliers à des étapes clés de la mise en oeuvre. Toutefois, cela exigerait des changements culturels et une modification des systèmes et des processus, et supposerait un engagement véritable de l'Organisation et de ses Etats Membres.

M. KHAN (Pakistan) dit que le projet de budget 2006-2007 reflète fidèlement l'initiative de l'OMS en faveur des pays et la politique de décentralisation. L'augmentation du budget des bureaux de pays permettra à l'Organisation d'atteindre les objectifs fixés. Il se félicite de l'importance donnée à des domaines prioritaires, et approuve la décision de mettre l'accent sur six domaines d'activité spécifiques. Toutefois, pour obtenir les résultats escomptés, il serait peut-être plus judicieux d'affecter les fonds aux domaines d'activité prioritaires plutôt que de les disperser entre un grand nombre de domaines. Par ailleurs, il faudrait insister davantage sur les aspects positifs et humanitaires de l'action de l'OMS. Il est particulièrement regrettable que certains programmes de l'OMS, dont l'établissement a pris des années, soient mis à mal par des conflits : dans la seule Région de la Méditerranée orientale, le coût de la destruction d'infrastructures sanitaires se chiffre à environ US \$45 milliards.

L'Organisation des Nations Unies et ses institutions spécialisées doivent prendre l'initiative pour contribuer à l'avènement de la paix dans le monde. Il est temps de rédiger une résolution qui appellerait les pays en guerre à respecter l'intégrité de toutes les infrastructures, notamment des infrastructures sanitaires.

Le Dr AHMED (Ghana) se dit préoccupé que le budget approuvé pour le Siège n'ait pas été respecté, ce qui est peut-être dû à la nouvelle politique de décentralisation de l'Organisation. De plus, au niveau des pays, la part du budget consacré à des aspects plus techniques semble augmenter, alors que les pays préféreraient peut-être qu'elle diminue. D'après le tableau figurant dans le résumé de l'exécution financière du rapport, le taux d'exécution a chuté en dessous de 50 % pour certains domaines d'activité (Pour une grossesse à moindre risque, Santé de la femme, VIH/SIDA), mais il est d'environ 200 % pour les domaines Développement des ressources humaines et Vaccination et mise au point de vaccins. Le Conseil pourrait peut-être examiner les allocations budgétaires de ces domaines.

Le Dr YOOSUF (Maldives) reprend à son compte la remarque du membre désigné par la Thaïlande concernant la possibilité de réaliser des économies en réduisant les effectifs et en améliorant l'efficacité dans les bureaux de pays, compte tenu des progrès récents des technologies de l'information et de la communication. Aux Maldives, environ 40 % du budget destiné au pays est utilisé pour le fonctionnement du bureau de pays.

Comme certains orateurs, M. SHUGART (Canada) appuie le principe de l'appréciation de l'exécution. Cette appréciation porte également et à juste titre sur la gouvernance et les procédures au sein de l'OMS. Le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et les commentaires qu'il a suscités montrent que la décision de renforcer la structure de ce Comité était opportune.

Certains Etats Membres ont mis au point leurs propres méthodes pour établir des rapports d'exécution dans le domaine de la santé ; ils pourraient contribuer utilement au processus mené par le Secrétariat. Il faudrait adopter une stratégie relative aux meilleures pratiques. Si nécessaire, le Canada serait prêt à collaborer en la matière ; afin d'améliorer ses propres pratiques, il entend tirer des enseignements des travaux qui ont abouti à l'élaboration du rapport sur l'appréciation de l'exécution. L'harmonisation des indicateurs et des procédures d'établissement des rapports d'exécution faciliterait le dialogue entre les décideurs et les responsables politiques.

Il est important d'admettre que, pour améliorer les procédures d'appréciation et de compte rendu de l'exécution, il faudra investir dans les systèmes d'information, former du personnel et coopérer de façon plus large avec les Etats Membres, et ce, de façon croissante au fil des ans. Il convient donc d'opter pour une stratégie rigoureuse en vue de choisir des domaines prioritaires, des indicateurs et des méthodes d'établissement des rapports. Toutes les sections « Enseignements » mentionnent qu'il est nécessaire d'élaborer des systèmes, d'assurer une planification, de disposer d'informations et d'instaurer une collaboration entre les pays, les bureaux régionaux et le Siège ; cela exige des dépenses qu'il est facile de critiquer.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) souligne que tous les Directeurs régionaux jugent illogique la proposition visant à réduire la présence de l'OMS dans les pays compte tenu des commentaires favorables à la décentralisation et à l'initiative en faveur des pays. Le rôle des représentants de l'OMS est d'aider les pays à mettre en oeuvre des programmes, même ceux qui ne relèvent pas de l'OMS. Grâce à leur présence, il est plus facile d'obtenir un soutien du Bureau régional et du Siège. De plus, la présence de représentants de l'OMS dans les pays est le fruit d'une politique convenue d'un commun accord ; toute modification de cette politique doit faire l'objet d'un examen plus poussé.

M. KHAN (Pakistan) décrit l'appui que le Pakistan a reçu de l'OMS et du Bureau régional de la Méditerranée orientale pour formuler le programme de son école de médecine et mettre au point un programme sur l'hépatite. Il est indispensable que des personnes qualifiées soient présentes dans le pays en vue de fournir des services d'experts et une assistance technique.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par l'Islande, déclare que l'application d'une stratégie fondée sur les résultats constitue un progrès important en vue d'accroître la responsabilité et la transparence, et que les efforts en ce sens se poursuivent. Il pense lui aussi que des informations plus détaillées sont nécessaires, mais il serait également utile de disposer d'un résumé d'orientation contenant à la fois des indicateurs de qualité et un aperçu complet des résultats. Les évaluations figurant dans le rapport présentent les résultats de l'OMS selon un axe horizontal et renforcent l'unité d'action de l'Organisation. La prochaine étape pourrait consister à présenter ces résultats selon un axe vertical qui inclurait les trois niveaux de l'Organisation.



Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'il apprécie les observations faites par les orateurs et remercie le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Il souligne qu'il est difficile de présenter les résultats escomptés, les indicateurs, les bases et les cibles de manière globale tout en les accompagnant des précisions voulues. Le principal objectif était de créer un système unique qui devait donner aux gestionnaires des orientations sur les résultats qu'ils sont censés obtenir et qui était conçu pour les organes directeurs. Ce système, que l'on continue d'affiner, permettra de définir les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et de déterminer les contributions par bureau en établissant un lien entre la planification stratégique et la planification opérationnelle. Lorsqu'il a été soumis à l'Assemblée de la Santé, le budget programme 2002-2003 ne contenait ni cibles, ni indicateurs, ni bases ; le Secrétariat les a élaborés par la suite et les a utilisés pour évaluer les résultats.

La nécessité de créer des liens clairs entre ressources et résultats escomptés est un autre point important dans la mesure où la réalisation des résultats escomptés dépend des ressources disponibles.

Certaines sources de financement du budget intégré sont sûres, mais pas toutes. Par ailleurs, l'utilisation de certaines ressources s'inscrit dans certaines limites. Le fait d'avoir un budget intégré donne à l'Organisation une idée précise de ses ressources financières et des résultats escomptés en fonction de celles-ci.

Pour répondre aux observations sur les meilleures pratiques ainsi que sur la nécessité d'opérer des changements culturels et de modifier les systèmes et les processus, il dit que l'OMS investit dans un vaste programme de gestion et de direction afin de mettre davantage l'accent sur les résultats et la gestion des ressources, et d'encourager le travail d'équipe et la collaboration dans l'ensemble de l'Organisation.

Le fait que l'Organisation n'ait pas été en mesure de trouver les ressources nécessaires pour financer certains domaines d'activité est très préoccupant. Toutefois, un rapport récent du Secrétariat fait état d'une amélioration de la situation pour certains domaines, et des efforts sont déployés systématiquement pour répartir plus équitablement les ressources entre les domaines, notamment en discutant avec les principaux partenaires. Ainsi, au cours de l'exercice 2002-2003, les dépenses engagées pour le VIH/SIDA ont représenté moins de la moitié du chiffre prévu (US \$130 millions) ; pour l'exercice en cours, ces dépenses ont presque atteint le chiffre prévu (US \$217 millions). Quant au domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque, au cours de l'exercice 2002-2003, l'Organisation a dépensé US \$13 539 000 sur un budget total prévu de US \$37 157 000 ; pour l'exercice en cours, une somme d'environ US \$18 millions (contributions fixées et contributions volontaires comprises) était déjà recueillie en janvier 2005, sur un budget total prévu de US \$38 millions. A l'avenir, l'OMS fournira régulièrement des informations sur l'état de ses ressources, comme l'a demandé le membre désigné par la France.

Répondant aux questions soulevées par le membre de la Thaïlande, il dit que, comme le montre le rapport, il existe un écart entre la cible de 33 % fixée par l'Assemblée de la Santé pour les dépenses du Siège et les dépenses réelles. Toutefois, s'agissant du budget ordinaire, qui devait représenter 33 % des dépenses, cette cible a été atteinte, et le Directeur général a reçu l'autorisation de faire des transferts à hauteur de 10 % entre les différentes sections portant ouverture de crédits. Ces restrictions ne s'appliquent pas aux contributions volontaires. Le fait que l'on ne puisse pas maîtriser ces contributions pose problème lors de la planification du budget programme dans la mesure où le financement des domaines d'activité de l'OMS par ces contributions dépend du bon vouloir des partenaires de l'Organisation. Si le Siège a représenté 44 % des dépenses en 2002-2003, c'est parce que certaines ressources ont été gérées à partir de ce dernier. Des efforts sont donc faits afin de s'assurer que les ressources sont disponibles là où il le faut. S'agissant de l'allocation stratégique des ressources qui fera l'objet d'un débat ultérieur, il propose d'adopter une stratégie fondée davantage sur des données factuelles pour les objectifs stratégiques de l'Organisation, mais également pour les différentes activités indispensables à leur réalisation, afin de garantir que ces activités sont exercées là où cela est nécessaire. Une approche plus scientifique permettrait de déterminer quelle est la répartition optimale des ressources entre le Siège et les Régions. Le Directeur général est convaincu qu'il serait raisonnable d'affecter 25 à 30 % de l'ensemble des ressources au Siège, et que cette proportion permettrait au Secrétariat d'être efficace.

Une ventilation entre budget ordinaire et contributions volontaires figure dans le document PPB/2006-2007 : le Tableau 2 indique une répartition des budgets programmes par source de financement et le Tableau 1 les besoins en ressources par groupe d'activités. Une répartition plus détaillée des sources de financement entre contributions fixées et contributions volontaires, par domaine d'activité, figure dans un document distinct.<sup>1</sup>

Le membre désigné par le Népal a fait observer que l'appréciation avait essentiellement été effectuée par le Secrétariat ; le Dr Nordström convient qu'il est important d'utiliser un cadre d'évaluation solide pour se faire une idée plus objective des résultats et de l'efficacité de l'Organisation. Il confirme que l'appréciation de l'exécution a servi à préparer le projet de budget programme 2006-2007.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) se félicite du rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003, qu'il faut lire en prenant en considération les principes directeurs du budget programme appliqués alors, et qui ne rend pas compte du bilan de la gestion actuelle. Un rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2004-2005, établi à partir des mêmes paramètres, permettra d'apprécier avec plus de précision et de pragmatisme si les résultats escomptés ont été réalisés.

Il approuve le point de vue du membre désigné par la Thaïlande concernant les débats qui se sont déroulés à la première réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, notamment en ce qui concerne l'allocation des contributions volontaires par les donateurs à une activité particulière dans une zone géographique donnée. Par conséquent, si le Directeur général souhaitait instaurer un mécanisme pour définir des mesures censées modifier la situation, ce mécanisme devrait être étudié par les donateurs. A cet égard, il approuve l'observation faite par le membre désigné par le Pakistan : les activités de l'OMS ont une dimension politique importante et l'Organisation peut apporter une contribution fondamentale à l'instauration de la paix dans le monde et à l'amélioration des conditions de vie. Ce rapport donne à l'Organisation l'occasion de réfléchir à ses objectifs. L'intervenant attend avec intérêt l'examen du projet de budget programme 2006-2007, dont l'élaboration repose sur des indicateurs et des cibles plus précis.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie les membres du Conseil pour leurs commentaires. Répondant aux questions posées par le membre de la Bolivie, il rappelle qu'avant l'introduction du budget global par son prédécesseur, le Dr Brundtland, les organes directeurs ne s'intéressaient qu'aux activités, aux dépenses et aux recettes de l'Organisation ayant un effet sur le budget ordinaire ; les contributions volontaires, qui représentaient alors environ 40 % des dépenses, ne donnaient lieu à aucun débat. Il a lui même introduit d'autres réformes : ainsi, il a mis en place une procédure qui permet d'analyser et d'apprécier l'exécution des budgets programmes passés, présents et futurs, et de faire rapport aux organes directeurs sur les résultats de cette appréciation dans le but d'améliorer la performance technique et la qualité de la gestion, et d'accroître la responsabilité. Ces réformes se complètent et sont le fruit d'un débat sur les questions budgétaires qui a duré de nombreuses années.

Le Directeur général prend note de la préoccupation de certains membres qui craignent que l'affectation des contributions volontaires à des fins précises n'amène l'Organisation à dépendre de certaines sources de financement pour l'exécution de son programme. Néanmoins, 90 % des contributions volontaires – qui représentent actuellement environ 70 % de l'ensemble des ressources financières de l'Organisation – sont versés par une petite dizaine de pays ; sans ces contributions, de nombreuses activités de l'Organisation devraient cesser. Il faut donc saluer la générosité de ces quelques pays et les efforts qu'ils déploient pour que l'OMS reçoive les ressources dont elle a besoin.

Comme l'a signalé le Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, l'OMS devrait se fixer des objectifs précis. Toutefois, pour rester efficace, il est important que l'Organisation puisse s'adapter rapidement si les objectifs sont modifiés. Par ailleurs, si les bureaux de

---

<sup>1</sup> Document EB115/INF.DOC./4.

pays ont réussi à créer des liens étroits avec les gouvernements, notamment avec les ministères de la santé, ils doivent s'employer davantage à établir de bonnes relations avec les autres organismes des Nations Unies qui travaillent sur le terrain.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite prendre note avec satisfaction des rapports sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 contenus dans les documents PBPA/2002-2003 et EB115/42.

**Il en est ainsi convenu.**

**Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 :** Point 5.2 de l'ordre du jour (documents PPB/2006-2007, PPB/2006-2007 Add.1, EB115/45, EB115/INF.DOC./3, EB115/INF.DOC./4 et EB115/INF.DOC./5)

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les conclusions de l'examen, par le Comité, du projet de budget programme 2006-2007 figurent aux paragraphes 12 à 50 de son rapport (document EB115/45). Le Comité s'est félicité de l'approche fondée sur les résultats et des orientations stratégiques élargies qui ont été proposées. Il a analysé les différents domaines d'activité de façon approfondie, et a formulé un certain nombre de recommandations : il faut poursuivre les efforts visant à harmoniser l'ensemble des domaines d'activité, notamment pour revoir les buts dans certains domaines par souci de cohérence et pour refléter les engagements pris en faveur d'objectifs de santé acceptés au niveau international ; les résultats escomptés dans certains domaines d'activité doivent être révisés, conformément aux récentes résolutions de l'Assemblée de la Santé qui doivent déboucher sur des mesures en 2006-2007 ; il faut étudier les ressources qui seront nécessaires pour obtenir des résultats adéquats dans certains domaines d'activité importants ; les besoins spécifiques liés à l'éradication de la poliomyélite doivent être ajustés pour tenir compte des tendances les plus récentes de la transmission du poliovirus ; il faut revoir le domaine d'activité Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours afin de mettre davantage l'accent sur l'efficacité de la préparation et les activités de secours et de relèvement, et de garantir des ressources suffisantes, compte tenu de la catastrophe provoquée par le tsunami ; il convient d'assurer une plus grande transparence ; enfin, il faut analyser à nouveau les allocations budgétaires aux pays, aux Régions et au Siège pour qu'elles reflètent clairement la répartition prévue entre les pays et les Régions (70 % des allocations) et le Siège (30 %), toutes sources de fonds confondues.

Le Comité a exprimé sa préoccupation devant la diminution rapide de la proportion du budget ordinaire dans le budget total au cours de la dernière décennie et devant les répercussions de cette diminution sur les structures de la gouvernance, l'engagement et la planification stratégique de l'Organisation. Sur la base de consultations approfondies avec les Etats Membres, il a proposé la mise en place d'une procédure qui permettra de définir des mesures pour inverser cette tendance.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), présentant le projet de budget programme 2006-2007, affirme qu'on est bien conscient que la santé est essentielle à la survie. Le rapport du groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement récemment publié par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies établit des liens entre la réduction de la pauvreté et la sécurité mondiale, qui est actuellement une question cruciale. L'Organisation doit s'atteler à une tâche ardue : répondre à des attentes nouvelles et plus nombreuses. Au cours des dix dernières années, les attentes à l'égard de l'OMS en termes de résultats se sont multipliées de façon spectaculaire.

Les décisions de l'Assemblée de la Santé ont été systématiquement passées en revue et, à la demande d'un membre du Conseil, un document a été produit, qui expose brièvement tant les progrès réalisés dans l'application des résolutions de l'Assemblée de la Santé que les obstacles qui se sont

présentés, et doit permettre de prendre en compte ces décisions dans le budget programme. Cela devrait faciliter la définition et l'organisation des priorités de ce budget.

Les orientations stratégiques présentées dans le projet de budget programme se fondent sur les travaux accomplis par l'OMS au fil des récents exercices, et visent à faire progresser les activités dans certains domaines comme les maladies transmissibles, le VIH/SIDA, le paludisme, et les systèmes de santé. Elles prennent également en considération des domaines nouveaux et émergents de portée mondiale tels que le renforcement de la sécurité sanitaire dans le monde essentiellement grâce à des mécanismes d'alerte et d'action en cas d'épidémie – mécanismes dans lesquels il est proposé que l'OMS joue un rôle plus important –, ou encore au développement des activités visant à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant. La priorité continue d'être accordée à certaines grandes maladies transmissibles et à la vaccination qui demeurent le domaine d'activité le plus important du budget ; la proposition de diminuer légèrement les crédits qui lui sont affectés devrait être examinée en tenant compte de l'évolution de l'épidémie de poliomyélite qui sévit actuellement. La poliomyélite mise à part, les ressources destinées aux programmes de vaccination et de vaccins augmentent. Il a été proposé d'accroître sensiblement les sommes allouées à la surveillance, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles et à la lutte contre le tabagisme, et on s'attache davantage à améliorer l'efficacité et l'efficience de l'Organisation pour la mise en oeuvre des programmes. Il a été proposé de renforcer la présence essentielle de l'OMS dans les pays, d'augmenter les investissements consacrés à la gestion du savoir et aux technologies de l'information, de mettre davantage l'accent sur la surveillance, de développer le système de gestion axée sur les résultats et d'accroître la sécurité du personnel.

Compte tenu de la stratégie fondée sur les résultats, la première estimation du niveau total des ressources nécessaires se montait à US \$3,5 milliards. Ce montant a été ramené, après examen, à la proposition budgétaire actuelle de US \$3,2 milliards, ce qui représente une augmentation d'environ 12 % par rapport au précédent exercice. Il est proposé que le budget programme continue d'être financé par les contributions fixées, les recettes diverses et les contributions volontaires.

Comme il faut des ressources sûres et prévisibles pour répondre aux attentes grandissantes, la diminution des contributions fixées au budget ordinaire est préoccupante. L'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 montre que le manque de fonds a entravé la mise en oeuvre dudit budget programme. Les contributions fixées sont importantes pour soutenir les activités normatives et maintenir l'intégrité de l'Organisation, car elles évitent à celle-ci de trop dépendre des contributions volontaires. Il est proposé d'allouer l'augmentation recommandée aux Régions et aux pays, qui mènent aussi des activités normatives.

A la demande du membre désigné par la Thaïlande, un rapport est en cours d'élaboration pour faire le point sur l'application des résolutions et des décisions adoptées lors des quatre précédentes Assemblées de la Santé, et les informations seront incorporées aux documents présentés à la prochaine Assemblée de la Santé.

La stratégie visant à améliorer la gestion se fonde sur l'efficacité et l'efficience, sur une planification opérationnelle adaptée, sur la dotation en personnel et sur la surveillance des résultats. L'encadrement au niveau mondial en est l'élément clé ; ainsi, le nouveau système mondial de gestion va faciliter l'analyse des ressources humaines par domaine d'activité et par site. L'objectif est de parvenir à une utilisation plus stratégique des ressources humaines et autres.

Le Secrétariat s'efforce constamment de réaliser des économies dans tous les domaines. Par exemple, les frais de voyage ont diminué, en partie grâce à la négociation d'accords avec les agences de voyage dans le cadre du système des Nations Unies, et le recours à certaines techniques telles que la téléconférence est étudié ; l'objectif est de réduire de 10 % le niveau actuel des dépenses qui s'établit à environ US \$70 millions. Des efforts sont faits pour réduire les coûts du recrutement, par exemple en raccourcissant les délais de recrutement. On songe aussi à un nouveau système d'achat qui permettrait d'obtenir un meilleur rapport qualité/prix, et à l'externalisation de certaines fonctions. Il serait possible de réaliser des économies considérables en investissant dans un réseau de télécommunications mondial et privé. De même, en matière de technologies de l'information, on pourrait réorganiser les installations pour mettre davantage d'équipements à la disposition du personnel et ce pour un coût moindre ; une modification des frais afférents devrait entraîner une

diminution des coûts de plus de US \$1 million. Pour l'impression aussi, le recours à d'autres moyens pourrait aboutir à des économies substantielles.

Enfin, s'agissant des variations des taux de change, le Secrétariat a très bien réussi à maîtriser les fluctuations en recourant à des opérations de couverture. Les ressources disponibles ont permis d'absorber la hausse considérable et généralisée des coûts (environ US \$100 millions pour deux exercices).

Afin d'examiner le projet de budget programme 2006-2007 de la manière la plus efficace, le PRESIDENT propose au Conseil de passer en revue les propositions regroupées par domaine d'activité en suivant l'ordre dans lequel elles sont présentées dans le document PPB/2006-2007.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que la structure à trois niveaux de l'Organisation est unique et qu'elle représente sa principale force. Il se demande toutefois si cette force est utilisée au mieux et si la définition et la répartition des rôles sont optimales ; par exemple, existe-t-il des activités menées par le Siège qui devraient l'être au niveau régional, ou des travaux effectués par les bureaux régionaux qui pourraient relever des pays ? Afin d'éviter la répétition d'activités qui entraîne une perte d'efficacité et une augmentation des coûts, il faut faire preuve de clarté et d'honnêteté pour répartir les rôles, notamment au niveau de la direction. S'agissant des programmes en particulier, il faudrait s'assurer que la méthode choisie est rationnelle : les fonds employés au Siège pourraient-ils être mieux utilisés aux autres niveaux ?

S'agissant de la transparence, il relève que pour l'exercice 2006-2007, la répartition des ressources devait être de 75 %-25 %, et non de 70 %-30 %, comme le prévoit le projet de budget, et qu'il est proposé un accroissement global des contributions fixées de 9 %. Il souhaite des explications à cet égard. Une augmentation de 11 % est proposée pour le domaine d'activité Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ; il doute que cela suffise à empêcher la propagation de ces maladies, qui représentent aujourd'hui quelque 47 % de la charge de morbidité mondiale, proportion qui devrait passer à plus de 60 % d'ici 2020 si les mesures appropriées ne sont pas prises.

Pour le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande), si des crédits ont été dégagés pour financer la plupart des mesures prévues dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé ces cinq dernières années, il reste des progrès à faire ; par exemple, aucune somme n'a été allouée pour donner suite à la demande formulée dans la résolution WHA57.19, à savoir déclarer les « ressources humaines pour le développement sanitaire » comme thème de la Journée mondiale de la Santé 2006. Il demande au Directeur général d'agir pour remédier à cette situation. L'augmentation de 9 % des contributions fixées constitue l'un des aspects les plus importants du projet de budget programme 2006-2007, et doit faire l'objet d'un examen sérieux. La Thaïlande désapprouve fortement la tendance suivie par le budget ordinaire ces dernières années. Le Conseil devrait étudier la question en vue d'élaborer un projet de résolution qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) relève que l'OMS a perfectionné le système de budgétisation axée sur les résultats et qu'elle s'efforce de donner des indicateurs plus utiles, d'améliorer les résultats et d'accroître la responsabilité. Or, si le nouveau système mondial de gestion vise à mettre au point des méthodes de travail plus efficaces, il est peu probable qu'il dégage des ressources à court terme. Il faut espérer que la mise en oeuvre progressive de ce système permettra néanmoins de réaliser des économies au cours de l'exercice 2006-2007. A cette fin, le Secrétariat, qui a réussi à mobiliser des ressources pour atteindre des objectifs stratégiques, devrait rationaliser le processus destiné à obtenir l'appui des donateurs et à réduire les coûts de fonctionnement.

Les Etats-Unis ne sont pas favorables à la proposition d'augmenter le budget ordinaire de 9 % : pour les principaux domaines d'activité, il serait plus réaliste de garder le même niveau qu'en 2004-2005 (US \$858,5 millions). En matière budgétaire, les organisations internationales devraient se soumettre à une discipline, faire preuve de responsabilité et d'efficacité et définir un ordre de priorité entre leurs ressources financières. S'il convient de renforcer les mesures en faveur des cinq domaines prioritaires mis en évidence dans le projet de budget, il serait peut-être prudent d'échelonner les augmentations sur plusieurs exercices. S'agissant des domaines auxquels il faut accorder moins d'importance et des activités à supprimer, le budget présenté ne va pas assez loin. Les débats du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration ont été fructueux puisqu'ils ont permis de donner des informations sur les résultats escomptés, les indicateurs et les bases. A cette réunion, les Etats-Unis ont proposé des transferts de ressources et estimé qu'il serait peut-être judicieux de maintenir les niveaux actuels de financement pour les domaines auxquels la communauté mondiale alloue déjà des sommes importantes. Celle-ci est fermement résolue à lutter contre les principales maladies transmissibles ; l'OMS doit en tenir compte et ajuster sa contribution en conséquence.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) se dit satisfaite que les contributions volontaires aient été intégrées dans les chiffres et que le budget présenté soit axé sur les résultats, même s'il faudrait affiner à l'avenir certains indicateurs. Elle appuie le projet de budget programme 2006-2007 et approuve l'augmentation du budget ordinaire qui est resté inchangé depuis près de dix ans, alors que la proportion représentée par les contributions volontaires a enregistré une hausse spectaculaire pour atteindre 70 % de l'ensemble des ressources de l'Organisation. La part du budget ordinaire dans les ressources totales va diminuant, ce qui risque de remettre en cause le rôle normatif de l'Organisation et sa capacité à mener des activités techniques qui ne présentent guère d'intérêt pour les donateurs. Etant donné la grande importance que l'Organisation accorde à ce rôle, il est regrettable que le Secrétariat n'ait pu produire le document d'information qui avait été demandé à ce sujet ; elle espère que ce document sera disponible à temps afin d'être examiné avant l'Assemblée de la Santé. Les Etats Membres doivent se rendre compte que le fait de maintenir une croissance zéro du budget ordinaire risque à terme de porter gravement préjudice à l'Organisation. Aux termes de l'article XV du Règlement financier (Résolutions entraînant des dépenses), le Conseil exécutif doit disposer d'informations supplémentaires sur les incidences administratives et financières de toute activité que l'Organisation a été priée d'entreprendre. Afin d'atteindre la cible de 70 % des ressources pour les Régions et de 30 % pour le Siège, objectif fixé par le Directeur général pour l'exercice 2004-2005, il faut aussi que le processus de décentralisation se poursuive ; le Dr Hansen-Koenig espère obtenir des précisions sur les mesures concrètes mises en place pour parvenir à une répartition de 75 %-25 % au cours de la mise en oeuvre du budget programme 2006-2007.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, soutient la proposition d'augmenter le budget global de 12 %, ce qui revient à augmenter le budget ordinaire de 9 % ; il se félicite que davantage de crédits soient dégagés pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, et que des ressources supplémentaires soient allouées aux Régions et aux pays, mais juge préoccupante la diminution des montants prévus pour les vaccins et la vaccination. Certains programmes reçoivent plus que d'autres, alors que l'augmentation des crédits devrait être du même ordre pour les programmes prioritaires VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme et Pour une grossesse à moindre risque. Compte tenu des problèmes énormes auxquels sont confrontés les pays en développement, l'allocation budgétaire destinée aux Ressources humaines pour la santé devrait être augmentée. Il demande des informations détaillées sur l'augmentation estimative des contributions au budget ordinaire.

M. LOZINSKIY (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) appuie les principes sur lesquels se fonde le projet de budget programme qui vise à affecter plus de crédits à l'action menée dans les pays et à maintenir une répartition équitable des ressources entre les Régions. Il se félicite que le budget soit axé sur les résultats et en approuve la portée stratégique et les priorités. Toutefois, il faudrait affiner certains indicateurs contenus dans le budget, car on ne sait pas vraiment quels résultats

finals l'Organisation espère obtenir. Il apparaît clairement que le Secrétariat souhaite rétablir l'équilibre entre les contributions fixées et les contributions volontaires, mais ses arguments en faveur d'une augmentation du budget ordinaire au cours du prochain exercice ne sont pas convaincants, notamment parce que la situation financière de l'Organisation est stable et que les contributions volontaires sont appelées à augmenter. L'orateur suggère que les crédits du budget ordinaire affectés à la Gestion du savoir et technologie de l'information, à la Présence essentielle de l'OMS dans les pays et à l'Infrastructure et logistique soient maintenus au même niveau, car ceux-ci ne sont pas prioritaires pour l'OMS. Cela ne remettrait pas en cause les programmes existants, puisque le manque de fonds serait compensé par la hausse des contributions volontaires.

Le budget axé sur les résultats n'est encore que provisoire. Même si le Secrétariat a assuré qu'à l'avenir, les bases, les cibles et les indicateurs mentionnés seraient définitifs, ceux qui figurent dans le projet de budget programme 2006-2007 sont peu nombreux et inexacts, ou ne sont que des estimations. Par exemple, pour le VIH/SIDA, M. Lozinskiy ne comprend pas pourquoi les indicateurs sont assortis de bases portant sur 50 pays et de cibles portant sur 100 pays, et se demande si ces pays comprennent la Fédération de Russie ou les pays de la Communauté des Etats indépendants. Il faudrait donc indiquer les pays où l'OMS intervient. Il n'approuve pas non plus les résultats escomptés, car ils ne sont pas compatibles avec la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA prévue par la résolution WHA56.30. Où est l'indicateur concernant le nombre de personnes infectées par le VIH sous traitement antirétroviral ? La cible pour 2005 est de placer trois millions de personnes sous traitement ; quelle est la cible pour 2007 ? D'autres cibles importantes ne figurent pas dans le projet. Afin de permettre aux Etats Membres d'évaluer les succès et les échecs par domaine d'activité, il faudrait que les résultats escomptés pour les activités tiennent compte de la stratégie globale décidée par les organes directeurs, et ne varient d'un exercice à l'autre ; s'ils variaient, les documents pertinents, y compris le budget axé sur les résultats, perdraient leur utilité.

La présentation du budget pourrait être améliorée. Faute d'informations sur la répartition proposée des contributions fixées par catégorie de dépenses, ou sur la budgétisation des ressources humaines, il est impossible de donner un quelconque avis sur ces sujets. Ces informations aident les Etats Membres à prendre des décisions, et devraient donc être disponibles à la présente session. De même, il faudrait fournir une ventilation plus détaillée des augmentations proposées pour couvrir les frais et tenir compte de l'inflation.

**La séance est levée à 12 h 40.**

## NEUVIEME SEANCE

Vendredi 21 janvier 2005, 14 h 10

Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)

**QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET :** Point 5 de l'ordre du jour (suite)

**Projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 :** Point 5.2 de l'ordre du jour (documents PPB/2006-2007, PPB/2006-2007Add.1, EB115/45, EB115/INF.DOC./3, EB115/INF.DOC./4 et EB115/INF.DOC./5) (suite)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que l'introduction au document de budget a donné une vue d'ensemble utile de la nouvelle optique adoptée concernant la budgétisation fondée sur les résultats. Les priorités énumérées sont dans le droit-fil de celles que les Etats Membres ont déterminées à la précédente Assemblée de la Santé et lors d'une récente réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, et elles ont été dotées des crédits budgétaires les plus élevés. La priorité accordée au domaine d'activité Planification, coordination des ressources et surveillance annonce que l'on s'oriente vers un cadre gestionnaire ferme et favorable. La gestion est une activité essentielle aux trois niveaux de l'Organisation. Les programmes de pays ne seront pas exécutés efficacement si les Etats Membres ne sont pas en mesure de les gérer.

Les observations du Conseil portent principalement sur un tiers du budget global de l'Organisation, le budget ordinaire, et très peu, voire presque rien, sur les contributions volontaires. Pour remédier à cette situation, il suggère d'allouer une partie des ressources extrabudgétaires au financement des dépenses sur lesquelles il y a accord, comme l'administration, la gestion et la coordination, et à l'alimentation d'un fonds sur lequel le Directeur général pourrait, selon que de besoin, financer des programmes négligés ou soutenir des pays particulièrement démunis au cas par cas.

Les crédits alloués tels qu'ils apparaissent dans le projet de budget programme appellent des éclaircissements. Par exemple, pour ce qui est de la Recherche sur les maladies transmissibles, 91 % de la somme allouée est destinée au Siège et 3 % seulement aux pays, alors que s'agissant du domaine d'activité Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche, les proportions respectives sont de 22 % et de 47 %. Apparemment, la recherche est un concept centralisé, mais on voit mal s'il est admis que les capacités de recherche se trouvent au niveau du Siège, ou si c'est à ce niveau que doivent être prises les décisions sur les sites et les méthodes de recherche. Les propositions concernant les Médicaments essentiels posent un problème comparable. Elles sont bien présentées, mais les crédits prévus vont aux pays pour 41 %, au Siège pour 41 % et aux bureaux régionaux pour 18 %. L'application et la cohérence des critères qui ont servi à déterminer ces divers montants appellent quelques éclaircissements. L'OMS a des fonctions normatives – dont elle est seule à pouvoir s'acquitter – comme les activités concernant la Classification internationale des maladies, la standardisation biologique et les Dénominations communes internationales, qui devraient être financées sur le budget ordinaire. Cependant, comme les normes resteraient lettre morte si les Etats Membres ne les respectaient pas, il serait peut-être utile de prévoir des fonds extrabudgétaires pour en soutenir l'application. Il suffit donc de quelques ajustements pour corriger ces déséquilibres et obtenir un budget plus conforme aux souhaits des Etats Membres.



Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) félicite le Secrétariat d'avoir rapidement répondu aux questions soulevées lors de la récente réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. La France approuve le projet de budget programme 2006-2007 dans sa structure globale et parce que les priorités pour lesquelles sont prévus des crédits accrus correspondent aux siennes. Elle approuve aussi l'augmentation proposée parce qu'elle souscrit aux objectifs visés et parce que les tendances récentes des proportions représentées respectivement par les ressources ordinaires et les ressources extrabudgétaires dans le budget global la préoccupent. Cependant, tel qu'il est présenté, le budget ne redresse pas cette situation, dans la mesure où l'accroissement des ressources extrabudgétaires y est plus important. Il reconnaît les efforts faits par l'OMS pour améliorer ses méthodes de gestion et distinguer entre les programmes à financer sur le budget ordinaire et ceux qui doivent l'être sur des ressources extrabudgétaires. Il veut espérer que le respect des principes d'allocation stratégique des ressources va encore s'affirmer mais a quelques doutes sur l'application de ces principes à l'allocation des ressources entre les trois différents niveaux de l'Organisation. La tâche n'est pas terminée, mais l'idée d'élaborer un outil plus efficace pour l'allocation des ressources ordinaires et des ressources extrabudgétaires est un pas dans la bonne direction. Comme rien ne dit encore si les Etats Membres se rallieront à l'opinion de la France selon laquelle il faut accroître le budget, il s'associe aux observations faites à la séance précédente par le membre désigné par le Luxembourg, qui sont conformes aux vues de beaucoup de pays européens. Depuis des années, les Etats Membres, y compris la France, demandent dans les résolutions qu'ils adoptent que l'OMS assume des tâches toujours plus nombreuses. Il faut qu'ils se rendent compte des incidences financières qu'entraînent ces demandes, notamment celles qui sont formulées à la présente session du Conseil. D'abord, il importe de quantifier autant que faire se peut les moyens financiers supplémentaires que les nouvelles tâches exigeront ; ensuite, les Etats Membres doivent fournir les ressources nécessaires. S'ils ne sont pas prêts à augmenter le budget, ils devront déterminer les activités qu'il convient de réduire. C'est là un exercice difficile ; les économies présentées ne touchent que quelques domaines d'activité, et certaines, comme celles qui concernent la cybersanté, ne représentent pas de sommes considérables. Il est certainement possible d'économiser davantage en améliorant la gestion, mais il faudra aussi réduire les programmes. La France ne peut accepter aucune réduction des crédits alloués aux programmes prioritaires.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que les documents relatifs au budget programme indiquent une approche stratégique intégrée de la planification et de la budgétisation et fixent des priorités et des objectifs clairs à l'échelle de l'Organisation pendant l'exercice. Elle note avec satisfaction que certaines propositions faites par des Etats Membres à la réunion du Comité régional du Pacifique occidental en 2004 y sont incorporées. Malgré les très graves problèmes auxquels le Viet Nam est confronté dans le domaine de la santé, ce pays appuie la proposition d'accroître de 12,8 % le budget global. A la réunion du Comité régional, des Etats Membres ont dit leur inquiétude devant le fait que l'augmentation de l'allocation proposée pour la Région n'est que de 0,3 % – la plus petite des augmentations des allocations régionales – par rapport à l'exercice précédent. Le Pacifique occidental est la Région la plus peuplée et supporte la double charge des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles : 4 des 22 pays qui font face à une charge élevée de tuberculose en font partie et le VIH/SIDA s'y répand rapidement. La Région a aussi été durement frappée par le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe aviaire en 2003 et 2004, et elle est sujette à des flambées du même type qui peuvent fort bien se propager dans le monde entier et provoquer des dégâts économiques et sociaux considérables dans les Etats Membres d'autres Régions. Les pays du Pacifique occidental estiment donc que la Région mérite une allocation plus généreuse.

Mme HALTON (Australie) réitère la détermination de son pays de réduire le budget et d'encourager l'efficacité dans tout le système des Nations Unies, y compris à l'OMS. Il est parfois difficile de justifier devant le public australien tant les contributions au budget ordinaire que les contributions extrabudgétaires ; cela serait plus facile si l'on pouvait l'informer de résultats améliorés. Les tensions que subissent les pays de la Région du Pacifique occidental mentionnées par l'orateur précédent sont très préoccupantes et il doit en être tenu compte. Elle peut approuver un accroissement

modeste du projet de budget programme mais non un accroissement de l'ampleur proposée par le Directeur général. La priorité donnée aux six domaines où il est proposé d'intensifier l'activité est appropriée, mais il faut justifier de façon plus détaillée les budgets spécifiques qui sont demandés. Ce qu'un financement accru permettra de réaliser concrètement n'est pas bien clair. Il est certes louable d'économiser dans tout un éventail de domaines, y compris les voyages et les technologies de l'information, mais il est encore possible d'économiser davantage. Comme le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, elle estime qu'il faudrait envisager de mettre fin à certains programmes, bien que cela ne soit évidemment pas facile. La première chose à faire devrait être de concevoir de nouvelles mesures qui permettraient de réorienter des ressources existantes vers les six domaines prioritaires.

Pour M. PÉREZ LÁZARO (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne), étant donné que l'on attend davantage de l'Organisation et que des ajustements ont été apportés aux programmes qui ne sont plus hautement prioritaires, il est logique de demander aux Etats Membres d'augmenter leurs contributions, comme indiqué dans le projet de budget programme 2006-2007, pour rationaliser l'appui multilatéral. La proportion du budget global représentée par les ressources extrabudgétaires est passée à environ 70 %, ce qui, entre autres conséquences, compromet l'indépendance financière et le rôle normatif de l'Organisation. Il existe à n'en pas douter d'autres programmes et domaines d'activité dans lesquels il y a lieu d'ajuster les priorités ; cela devrait permettre certaines réductions dans les allocations à court et à moyen terme, les économies étant toutes réorientées vers les domaines dont les activités sont axées sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

M. KHAN (Pakistan), parlant au nom des pays de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite des efforts faits pour élaborer le projet de budget programme 2006-2007 et des consultations avec les Régions. Il se félicite également des progrès accomplis pour concevoir des principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources à l'échelle de l'Organisation, comme l'a demandé l'Assemblée de la Santé ; il faut fonder tous les programmes sur les résultats et améliorer les indicateurs sanitaires. Une bonne gouvernance, qui intéresse les pays en développement au premier chef, est par ailleurs essentielle.

Il faut aussi accorder plus d'importance à la taille de la population et à la charge de morbidité lorsqu'on fixe l'allocation des ressources, en augmentant celles qui vont aux bureaux de pays. Dans la Région, les profils de morbidité évoluent, de nombreux pays font face à la double charge des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles et, dans certains, des troubles se sont aggravés du fait du conflit de la décennie précédente qui a détruit les infrastructures sanitaires, empêché la collecte d'informations sanitaires et abouti à la réduction ou la disparition de ressources humaines pour la santé. Quelque 100 millions de personnes n'ont pas accès aux médicaments essentiels. Les quelque 2,5 millions de réfugiés d'Afghanistan sont une lourde charge pour le Pakistan, et encore ce nombre n'est-il que la moitié d'un précédent pic. Cette situation, s'ajoutant aux mouvements des travailleurs migrants, a gêné les efforts d'éradication de la poliomyélite. Les pays d'Asie connaissent en plus la crise créée par le tsunami. L'énergie de l'OMS n'a jamais fléchi et ses activités à l'échelle de la Région et des pays, par exemple en Afghanistan, en Somalie et au Soudan, permettent de combler des lacunes dans les services de santé. Malgré cela, ces pays ont beaucoup de mal à ne pas sombrer et ont besoin de ressources accrues. La santé est directement liée à la pauvreté, et une meilleure situation sanitaire peut stimuler la croissance économique. La santé est l'un des principaux axes du programme pakistanais de réduction de la pauvreté.

La démarche qui a présidé au budget, si louable soit-elle, pourrait encore être améliorée. L'OMS est priée non seulement de poursuivre l'exécution des programmes, mais aussi de se charger de nouvelles tâches, et elle a besoin du soutien concerté des Etats Membres. Il appuie sans réserve l'augmentation proposée pour le budget. La santé ne peut être dissociée de la politique et, en ces temps difficiles, il est nécessaire que les responsabilités soient définies sans ambiguïté et que les politiques soient saines. L'OMS et l'ONU doivent prendre des mesures énergiques pour atténuer les souffrances dans le monde, en particulier celles des femmes et des enfants.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que le budget dénote une ferme détermination de mettre le programme en oeuvre de façon efficace et efficiente. Il se félicite de l'augmentation de 9 % des contributions des Membres dans les six domaines d'activité prioritaires. Il n'est pas sûr que le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est bénéficiera de l'augmentation des contributions volontaires. Sur le montant total de US \$191,5 millions budgétisés par le Siège pour l'exercice 2004-2005, seuls US \$113 millions ont été obtenus à ce jour et il est peu vraisemblable que le Népal recevra plus de 80 % du chiffre prévu au budget d'ici à la fin de l'exercice. Il est tout aussi peu vraisemblable que le montant des contributions volontaires budgétisé pour 2006-2007 – US \$229 millions – sera versé au Népal. De plus, la somme versée par domaine d'activité dépend aussi de la mobilisation des ressources dans de nouveaux domaines comme Alerte et action en cas d'épidémie, Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles, Pour une grossesse à moindre risque, ou Santé de l'enfant et de l'adolescent. Comme d'ordinaire les montants provenant des contributions volontaires qui sont alloués à ces domaines ne sont pas élevés, l'augmentation prévue au budget risque de ne pas se matérialiser. La Région continue à contester la répartition des fonds alloués à la Région et celle des fonds supplémentaires. Il aimerait voir comment les crédits budgétaires sont ventilés par pays.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) loue la clarté et la concision du document de budget et l'approche fondée sur les résultats qui a été adoptée. Il approuve sans réserve les mesures proposées en ce qui concerne l'efficacité. Il n'a aucune objection à formuler aux six domaines prioritaires mais espère que leur choix ne conduira pas à réduire les montants affectés à d'autres domaines intéressant la communauté internationale, tels que VIH/SIDA, Tuberculose, Paludisme, et Vaccination et mise au point de vaccins. Il comprend les raisons de l'augmentation du budget – permettre à l'OMS de faire face aux problèmes de santé actuels et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement – mais il faudrait décider à combien se monte cette augmentation après consultation approfondie avec les Etats Membres. Il appuie le transfert de fonds proposé aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays et aimerait qu'un objectif soit fixé sans tarder pour ce transfert. Il est lui aussi préoccupé par le fait que l'augmentation prévue pour le budget destiné à la Région du Pacifique occidental n'est que de 0,3 %. Il faut doter les bureaux de pays de moyens plus importants pour améliorer la santé publique, en privilégiant moins l'administration et le personnel. Il faudrait procéder en temps voulu à une évaluation des résultats des bureaux de pays pour voir ce qu'il est possible d'améliorer.

M. SHUGART (Canada) voit aussi d'un bon oeil les efforts faits pour établir un budget programme intégré fondé sur les résultats et couplé avec la première appréciation de l'exécution jamais établie. Pour l'essentiel, le budget programme est en cours d'élaboration et peut encore être affiné avant la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Le Canada reste très attaché à une politique de discipline budgétaire. Il est important de suivre le processus de fixation des priorités et de s'assurer qu'il y a un lien entre elles et les ressources disponibles. L'orateur est tout à fait conscient du fait que l'on impose à l'OMS des domaines d'activité de plus en plus complexes. L'augmentation budgétaire proposée s'est malgré cela heurtée à une certaine opposition et le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a mis le doigt sur des domaines dans lesquels les cibles et les objectifs devaient être repensés, précisés ou reformulés et a suggéré de possibles modifications au budget. Le Canada est également préoccupé par le volume des activités de première importance qui sont financées sur les contributions volontaires, car ces ressources sont vulnérables. Il n'a pas de solution immédiate à offrir, mais souligne que les cibles doivent être réalistes et raisonnables. Il demande au Directeur général de s'efforcer, en consultation avec les Etats Membres, de préciser clairement avant la prochaine Assemblée de la Santé les fonctions essentielles qui seront compromises si les crédits du budget ordinaire ne se matérialisent pas. Sur cette base, les Etats Membres pourront décider s'il est possible de fournir les crédits requis à partir des contributions volontaires, s'il y a lieu de réduire les tâches imposées à l'Organisation, ou quels autres moyens ils peuvent proposer pour gagner en efficacité. Les consultations sur le budget programme devront donc se poursuivre activement avant l'Assemblée de la Santé. La coopération avec le Directeur général lors

des consultations est une responsabilité des Etats Membres et des membres du Conseil, et le Canada jouera son rôle dans ce processus.

Le Dr BUSS (Brésil) approuve les priorités retenues. Il attache une importance particulière au rôle des bureaux régionaux et des bureaux de pays. Il appuie l'augmentation de 9 % des contributions des Membres qui a été proposée, mais tient à souligner que cet appui est donné à condition que les bureaux régionaux reçoivent l'essentiel de cette augmentation, mesure qui s'inscrit dans le processus de décentralisation et par laquelle l'importance de la présence de l'OMS dans les Régions est reconnue.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que membre désigné par l'Islande, dit que son pays, de même que les autres pays nordiques – Danemark, Finlande, Norvège et Suède –, est favorable à l'augmentation proposée du budget programme. Cette augmentation doit être importante pour que l'on puisse satisfaire les besoins mondiaux en matière de santé et que l'OMS puisse s'acquitter des tâches qui lui sont confiées. L'Organisation a un rôle clé à jouer dans les efforts faits partout dans le monde pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, et il faut augmenter ses ressources financières en conséquence. Il voit avec plaisir que l'on se mobilise pour que l'engagement du Directeur général d'accroître la part du budget allouée aux Régions et aux pays se concrétise ; les pays les moins avancés et ceux dont la charge de morbidité est la plus forte auront la priorité. La décentralisation a été plus lente que prévu, mais elle progresse. Le mandat planétaire de l'OMS exige certes un budget ordinaire d'une certaine ampleur et il est grand temps d'abandonner la politique de croissance nominale zéro. Les répercussions de la chute du dollar des Etats-Unis sur le budget programme sont préoccupantes, tout comme le déséquilibre croissant entre les contributions au budget ordinaire et les contributions volontaires, qui réduit l'influence des organes directeurs sur l'orientation des activités de l'Organisation et ses priorités. En outre, il ne faut pas oublier que les coûts de transaction concernant les contributions volontaires sont élevés par rapport à ceux des contributions au budget ordinaire. Le Secrétariat devrait continuer à s'efforcer d'améliorer l'efficacité de son mode de gestion pour faciliter l'augmentation des contributions financières. Les Etats Membres aussi pourraient y contribuer grâce à une harmonisation plus grande. Les partenaires financiers de l'OMS doivent éviter de verser des contributions à des fins spéciales. Si l'on parvient à un accord général sur les activités prioritaires de l'OMS, il pourrait être possible d'orienter les contributions vers les activités de programme approuvées par les organes directeurs.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> parlant au nom des pays de la Région des Amériques, se félicite de la démarche participative qui a permis l'établissement du budget et de la décision de formuler des principes directeurs concernant les crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire.<sup>2</sup> En abandonnant le modèle présenté dans la résolution WHA51.31, on est parvenu à augmenter la part du budget ordinaire consacrée à la Région des Amériques jusqu'à un niveau analogue à celui de l'exercice 1998-1999. Il se réjouit également de constater que, dans le projet de budget programme à l'examen, les crédits alloués à la Région qui proviennent du budget ordinaire et ceux qui proviennent des contributions extrabudgétaires sont mieux équilibrés que lors des trois exercices précédents : la Région avait alors perdu des revenus provenant du budget ordinaire et avait eu un accès plus restreint que les autres aux revenus provenant des contributions volontaires. Cela étant, la Région reçoit encore le pourcentage le plus faible du budget de l'Organisation, soit 6,6 % du total. Les pays de la Région sont convaincus que l'allocation de proportions croissantes du budget aux Régions à chaque exercice aboutira à une répartition équitable des fonds, dans l'intérêt de toutes les Régions. L'action de l'OMS dans la Région des Amériques est un motif de satisfaction, mais

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

<sup>2</sup> Décision WHA57(10).

les besoins particuliers de cette Région, où la pauvreté sévit dans de nombreux pays, justifient une répartition plus équilibrée des ressources budgétaires.

Mme SOLTANI (Algérie)<sup>1</sup> salue l'augmentation proposée du budget ordinaire qui sera allouée à des activités essentielles dans les Régions et les pays, dans le cadre de la décentralisation des activités de l'Organisation ainsi que la décision d'allouer désormais au Siège une part du budget ne dépassant pas 20 % du total, conformément à la recommandation des ministres africains de la santé à la session précédente du Comité régional de l'Afrique. Les fonds supplémentaires ainsi dégagés pour les bureaux de pays permettront à ceux-ci de renforcer leurs compétences et leurs capacités, de consolider leurs systèmes nationaux de santé et d'atteindre leurs objectifs nationaux dans les domaines de la santé et du développement. Le bureau de l'OMS en Algérie a à son actif un certain nombre de réalisations, mais les autorités sanitaires lui imposent des tâches qui dépassent ses ressources. Il faut espérer que les contraintes qui pèsent sur ses activités seront allégées par les nouvelles dispositions budgétaires.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> se déclare en plein accord avec le membre désigné par le Lesotho. Elle aussi approuve le projet de budget programme, et en particulier l'augmentation proposée de 9 % du budget ordinaire et de 12 % des dépenses totales. Elle partage les préoccupations exprimées au sujet de la diminution de la part du budget ordinaire. Un budget sûr, durable et prévisible est essentiel à la mise en oeuvre des décisions de l'Organisation et à la réalisation de ses objectifs stratégiques. L'Afrique du Sud apprécie la générosité des pays donateurs qui versent des contributions volontaires pour les activités de l'OMS, mais les prie instamment de limiter celles qui sont versées à des fins spéciales, de façon à laisser une marge plus large au Directeur général pour allouer les fonds budgétaires conformément aux priorités de l'Organisation et aux vœux des Etats Membres. Toute consultation sur le projet de budget programme organisée avant la prochaine Assemblée de la Santé doit inclure tous les Etats Membres.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant au membre désigné par les Tonga, dit qu'on est loin de tirer pleinement parti des points forts de l'Organisation ; le cadre gestionnaire fondé sur les résultats sera réexaminé pour que soient mieux définies son orientation et ses fonctions stratégiques ainsi que les secteurs où elle pourrait exercer ces fonctions au mieux. Il a été souligné que les résultats escomptés ne pouvaient pas toujours être atteints au cours d'un unique exercice et qu'il fallait prolonger ce délai. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a souligné la nécessité de rationaliser le budget, et des mesures seront prises, compte tenu des résultats escomptés, des indicateurs et des bases de départ.

La question de la discipline financière est prise au sérieux, et on n'envisage pas de nouvelles activités si l'on ne dispose pas des ressources voulues ou s'il est impossible de reprogrammer des fonds ; par exemple, il n'y aura pas de crédits disponibles pour prolonger les activités sur l'alcool, à moins qu'il ne soit décidé d'allouer des ressources à cette fin ou de réduire les activités dans un autre domaine. S'agissant de la question des catégories de coûts soulevée par le membre de la Fédération de Russie, on a effectivement analysé rétrospectivement les dépenses de personnel et le coût des voyages et de l'équipement, et tiré les leçons des résultats ; mais il n'est pas question de prédéterminer des limites aux crédits affectés à tel ou tel poste. Rechercher l'efficacité fondée sur les résultats signifie rechercher le meilleur moyen d'obtenir des résultats particuliers : dans le cas du personnel, cela aboutira parfois à recruter, et parfois à traiter avec un autre organisme. Cependant, l'OMS étant une organisation fondée sur le savoir, qui offre ses compétences et de nouveaux savoirs à d'autres, on peut s'attendre qu'elle doive faire face à des dépenses de personnel élevées.

L'inflation est une question difficile ; le taux le plus élevé jamais atteint dans le monde est d'environ 2,5 %, mais l'Organisation a payé cher la dépréciation du dollar des Etats-Unis. En ce qui concerne la perspective dans le cas des pays, question soulevée par le membre désigné par la Bolivie,

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

l'OMS a une stratégie de coopération avec 90 % des pays, laquelle conditionne l'orientation générale de ses activités.

Quant à savoir si les activités de l'OMS perdaient de leur nécessité dans une société mondiale : elles sont au contraire plus nécessaires que jamais, parce que les attentes en ce qui concerne la vaccination et la lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose sont plus grandes et que l'investissement dans ces domaines a lui-même accru le besoin de l'appui technique que l'OMS peut offrir. En ce qui concerne la nécessité d'éviter de verser des contributions à des fins spéciales, le dialogue qui vient de s'engager avec les pays donateurs sur ce point a été tout à fait encourageant et il semble qu'à l'avenir, il sera possible de faire coïncider plus étroitement les contributions volontaires et les priorités fixées par les organes directeurs.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que la budgétisation du programme de l'OMS s'est faite dans le sens base-sommet, avec les contributions des Etats Membres et des Régions et formule des observations sur l'importance du budget ; il ne représente pas des sommes considérables en chiffres absolus : elles seraient à peine suffisantes pour gérer un hôpital de taille moyenne en Suisse. De toute façon, quel que soit le volume du budget de l'OMS, il ne pourrait pas atténuer véritablement la pauvreté ou éliminer les problèmes de santé des pays. Les nouveautés introduites ces dernières années, comme la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, s'ajoutant aux programmes bilatéraux mis en oeuvre par les Etats Membres ont aussi accru les charges imposées à l'OMS. Il faut reconnaître que les crédits alloués aux petits pays victimes de la pauvreté ne sont qu'une goutte d'eau dans l'océan. L'OMS tire sa force de la collaboration avec des organismes internationaux ou nationaux ou avec les Etats. Outre les donateurs traditionnels de l'OMS, qui soutiennent fermement l'Organisation, certains pays jouent le double rôle de donateurs et de bénéficiaires de fonds.

L'allocation de fonds aux Régions et aux pays a suscité des questions. Le Directeur général admet qu'il faudrait prendre des mesures pour que les Régions et les pays reçoivent plus de crédits directement, mais que cela ne doit pas se faire au détriment du Siège. Ayant lui-même travaillé à tous les niveaux de l'OMS, il estime qu'il est important d'avoir un Siège fort. Si le Siège peut faire son travail avec seulement 10 % des ressources générales, très bien ; mais l'essentiel est de parvenir à une répartition saine et efficace des ressources dans toute l'Organisation. Ce serait une erreur que de s'attacher arbitrairement à une allocation correspondant à un pourcentage donné. Tout en se basant sur l'orientation générale souhaitée pour l'OMS, il faut faire preuve de discernement et procéder à des ajustements. Le projet de budget programme 2006-2007 envisage une allocation de 25 % au Siège, mais on peut, au fil du temps, réévaluer cette allocation. Le Directeur général note avec satisfaction que, les années passant, les membres du Conseil en sont venus à considérer l'OMS comme une entité et non plus simplement dans la perspective d'intérêts nationaux, régionaux ou sectoriels.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) dit, à propos des charges croissantes imposées à l'Organisation, que d'une délibération budgétaire à la suivante, le Conseil n'a guère d'informations sur les incidences budgétaires des mesures prises par l'Assemblée de la Santé. Ce type d'information, donné entre les sessions, serait utile au Conseil et à l'Assemblée de la Santé. Elle note que les résultats escomptés et les indicateurs relatifs aux activités concernant le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ne tiennent pas compte de l'appui que l'OMS fournit à des organismes comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il conviendrait de réparer cette omission.

Le DIRECTEUR GENERAL concède que ces activités pourraient figurer plus clairement dans le budget. Il cite l'exemple spécifique de l'Espagne qui a envisagé que l'on puisse affecter US \$5 millions de sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme pour couvrir les aspects techniques de la participation de l'OMS à ce Fonds, procédure qui n'est pas autorisée par les Règles de Gestion financière et le Règlement financier du Fonds.

### **Orientations 2006-2007 par domaine d'activité**

#### **Maladies transmissibles : prévention et lutte ; Recherche sur les maladies transmissibles ; Alerte et action en cas d'épidémie ; Paludisme ; Tuberculose ; VIH/SIDA**

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit, à propos du domaine d'activité Alerte et action en cas d'épidémie, qu'à la suite du tsunami en Asie du Sud, les contributions volontaires seront vraisemblablement plus généreuses que le montant prévu lorsque le budget a été établi. Les chiffres du budget seront-ils révisés en conséquence ? Si oui, on pourrait en même temps améliorer utilement certains indicateurs du VIH/SIDA.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) observe que l'allocation budgétaire la plus généreuse va aux domaines d'activité que le Conseil est en train d'examiner. L'efficacité du programme, autrement dit la capacité de traduire les fonds en gains de santé, est la principale préoccupation et un défi de taille. Même avec les ressources considérables qui sont engagées, on ne peut absolument pas espérer surmonter les énormes difficultés dues à des maladies comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Au niveau des pays, l'OMS doit travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires du développement pour attirer de nouvelles contributions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et avec de nouveaux donateurs bilatéraux. Lorsque des montants importants sont acheminés vers un pays quel qu'il soit, on cherche surtout à savoir comment en tirer le meilleur parti possible pour améliorer la santé de la population, et aussi à assurer la durabilité des programmes et du financement, en particulier dans les domaines d'activité lourdement tributaires des ressources extrabudgétaires. L'OMS doit prévoir le versement ininterrompu de ressources extrabudgétaires au-delà de l'exercice 2006-2007 ; il est donc essentiel que les donateurs s'engagent sur le long terme.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que, si le paludisme est sans nul doute un problème majeur en Afrique, le texte définitif du budget devrait aussi tenir compte de l'ampleur de cette maladie dans les Amériques. Les indicateurs actuels ne portent que sur les pays africains.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que les buts, objectifs et indicateurs pour le domaine d'activité Recherche sur les maladies transmissibles concernent les pays en développement, et pourtant 3 % seulement du budget vont aux pays, contre 91 % au Siège. Il semble contradictoire d'avoir des indicateurs des progrès en santé publique dans les pays en développement quand l'essentiel du budget va au Siège ; surtout que plus de 90 % des contributions volontaires lui sont allouées. Le Dr Antezana Aranibar demande des éclaircissements sur ce point.

Le Dr SAM (Gambie) dit que 90 % environ des ressources escomptées dans le budget pour la lutte contre le paludisme doivent venir des contributions volontaires. Les organes directeurs ne maîtrisent complètement que l'élément budget ordinaire. Si les programmes sont surtout financés par des ressources que ces organes ne maîtrisent pas complètement, ils risquent de ne pas être exécutés, car les fonds qui ne sont pas engagés officiellement risquent de ne pas être versés. Il demande s'il peut être fait état de la teneur du projet de résolution sur le paludisme, actuellement en cours d'élaboration, dans le texte définitif du budget qui doit être soumis à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) dit que le domaine d'activité Alerte et action en cas d'épidémie ne fait pas assez de place à la préparation contre les catastrophes. Il faut exposer de manière plus précise les résultats escomptés et les cibles visées.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'à l'évidence il faut retravailler le texte relatif au domaine d'activité VIH/SIDA pour exposer plus clairement le rôle et la fonction de l'OMS et décrire plus précisément les résultats escomptés. De même, le domaine d'activité Alerte et action en

cas d'épidémie doit être mieux présenté, ainsi que celui intitulé Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours. Pour cela on tiendra compte du rôle joué et de l'expérience acquise par l'OMS au cours des événements récents et de la demande du groupe de personnalités de haut niveau des Nations Unies sur les menaces, les défis et le changement concernant l'organisation d'activités dans ces domaines. De plus, il faut aussi définir plus précisément le rôle de l'OMS dans le cadre plus large du système des Nations Unies. Bien que l'OMS ne soit pas un organisme de financement, une question de capacité d'absorption se pose lorsqu'elle offre un appui technique à certains pays. La dépendance à l'égard des contributions volontaires et la pérennité des efforts de financement sont des points véritablement préoccupants. Il faut maintenir le rythme actuel de croissance des investissements dans l'aide publique au développement sanitaire et répartir les ressources de façon juste et équitable entre les diverses activités visant la santé.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) estime que le débat montre que le Conseil soutient fermement l'esprit du projet de budget, mais souhaite que le travail soit approfondi pour ce qui concerne le domaine d'activité Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours et qu'il porte aussi sur le perfectionnement des indicateurs. Le Directeur général propose une importante augmentation budgétaire dans le secteur des maladies transmissibles du fait du tsunami survenu en Asie du Sud. Les activités d'appui de l'OMS aux autorités nationales pour qu'elles puissent se préparer aux situations d'urgence sont une justification supplémentaire de cette augmentation.

Le domaine d'activité Recherche sur les maladies transmissibles peut apparaître très centralisé mais il s'étend aussi au Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Plus de 80 % des ressources de ce Programme sont des subventions qui, pour la plupart, vont aux pays en développement. Cependant, il n'est pas facile de prévoir précisément deux ans à l'avance comment ces subventions seront allouées le moment venu.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général) se félicite des observations et critiques constructives qui ont été formulées et annonce que certains indicateurs utilisés dans les trois domaines VIH/SIDA, Tuberculose et Paludisme seront affinés. Le membre désigné par la Thaïlande a préconisé de transformer l'argent en gains de santé : à cette fin, on s'efforce assidûment de promouvoir la concertation entre institutions financières, organes d'experts et autorités d'exécution aux niveaux national et communautaire. L'OMS travaille en partenariat avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale, d'autres institutions spécialisées des Nations Unies et des donateurs bilatéraux pour promouvoir ce type d'action.

Pour ce qui est du paludisme dans les Amériques, référence sera dûment faite aux Régions autres que l'Afrique où le paludisme est endémique. Quant à l'observation faite par le membre désigné par la Gambie sur les ressources extrabudgétaires, le Dr Chow dit que l'on renforce actuellement la capacité du partenariat Faire reculer le paludisme à mobiliser plus de ressources. Un important partenariat en cours avec le Fonds mondial montrera que la contribution de l'OMS permet d'améliorer les résultats en matière de prévention et de traitement du paludisme.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) dit qu'on s'efforcera de tenir compte du projet de résolution sur le paludisme dans le nouveau texte du budget, mais que cette résolution doit encore être soumise à l'Assemblée de la Santé pour examen.

**Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles ; Promotion de la santé ; Santé mentale et toxicomanies ; Tabac ; Nutrition ; Santé et environnement ; Sécurité sanitaire des aliments ; Violence, traumatismes et incapacités**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), faisant observer que ces domaines d'activité font une large place à l'action normative, souligne la nécessité de faire clairement le lien entre fonctions normatives et exécution des programmes au niveau national, que le financement soit assuré par les Etats Membres eux-mêmes ou



par des donateurs bilatéraux et multilatéraux ; pour cela, il faut des campagnes de sensibilisation plus énergiques.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que l'allocation budgétaire est insuffisante pour ces domaines d'activité qui représentent 57 % de la charge de morbidité dans le monde. Il demande si, en général, il est possible de modifier les chiffres du budget qui apparaissent dans le document PPB/2006-2007 avant qu'il ne soit soumis à l'Assemblée de la Santé.

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre désigné par l'Islande, déclare que le rang de priorité élevé que les Etats Membres ont donné à la prévention de la violence et des traumatismes au cours des années écoulées doit se traduire comme il convient dans le projet de budget programme.

Le Dr BUSS (Brésil) constate avec préoccupation que les relations entre l'OMS et le PNUE – qui traitent l'une et l'autre de questions de santé et d'environnement – n'apparaissent pas dans le projet de budget programme, alors que d'autres organisations sont mentionnées comme l'UNICEF et la FAO.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) note que l'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 a indiqué l'absence de volonté politique concernant le financement du domaine d'activité Tabac. Le projet de budget programme 2006-2007 indique une augmentation de 45 %. Elle préconise une approche plus réaliste établissant l'équilibre entre les considérations financières et les considérations politiques. Les indicateurs de la Nutrition sont trop vagues et l'OMS devrait concentrer ses efforts sur le dépistage de la malnutrition et la promotion d'une nutrition et d'une alimentation saines plutôt que sur la question complexe des normes à fixer en ce qui concerne la nutrition.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> demande si l'allocation budgétaire d'environ US \$29 millions prévue pour le Tabac tient compte des modèles proposés que le groupe de travail intergouvernemental sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac examinera lors de sa deuxième session.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant au membre désigné par les Tonga, confirme qu'il est effectivement possible de modifier le document relatif au projet de budget programme, tant sur le plan de la qualité du contenu que sur celui des allocations. Le Secrétariat s'efforce de ménager un équilibre entre les allocations du budget ordinaire et les contributions volontaires dans différents domaines d'activité, car certains sont plus que d'autres destinés à être exécutés dans les pays et il faut donc leur consacrer une part plus importante des contributions volontaires. Les Etats Membres sont invités à faire des recommandations sur l'alternative suivante : faut-il augmenter les allocations du budget ordinaire ou procéder à des réductions dans d'autres domaines d'activité ?

Le Dr TANGI (Tonga) demande que soient augmentés les crédits budgétaires alloués aux maladies non transmissibles étant donné l'ampleur grandissante du problème, en particulier dans les pays en développement.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) dit que l'OMS est consciente qu'il est important de transformer les activités normatives en activités programmatiques. En collaboration avec les conseillers régionaux et les représentants dans les pays, l'Organisation a établi des indicateurs et

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

brèvement décrit les résultats escomptés. Toute modification nécessaire sera faite. Il serait souhaitable que le budget alloué au domaine d'activité Tabac soit nettement augmenté. La question des modèles soulevée par le membre désigné par l'Afrique du Sud reste ouverte, ce qui laisse planer l'incertitude, mais le projet de budget programme traduit le souci du Secrétariat de préciser le rôle de l'OMS dans ce domaine et de ne pas ralentir les activités de lutte antitabac de l'Organisation. Il reste beaucoup à faire en ce qui concerne les indicateurs de la nutrition, et les échanges se poursuivent avec les bureaux régionaux pour proposer une version révisée tenant compte des vues et observations exprimées.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) dit que la transformation d'activités normatives en actions programmatiques concerne aussi le domaine Santé et environnement, et que des efforts importants sont faits dans ce sens avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Elle convient qu'il faut traiter d'urgence le problème des maladies non transmissibles, sans attendre qu'il prenne des proportions incontrôlables, et que les facteurs qui touchent à l'environnement physique contribuent souvent à la mauvaise santé. L'adoption d'une approche suffisamment sélective est l'une des principales difficultés. Il sera fait référence au PNUE et à l'UNICEF dans le document relatif au budget programme. Certes, le Secrétariat travaille en étroite collaboration avec ces deux organisations, mais il doit s'efforcer de coopérer plus systématiquement avec ses partenaires du système des Nations Unies.

**Santé génésique ; Pour une grossesse à moindre risque ; Parité des sexes en matière de santé ; Santé de l'enfant et de l'adolescent ; Vaccination et mise au point de vaccins**

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) relève une divergence entre le titre du domaine d'activité, Santé génésique, et l'expression « santé génésique et sexuelle » qui apparaît dans la première phrase de la section intitulée « Problèmes et enjeux ». Pour ce qui est des indicateurs de la santé génésique, on pourrait mentionner les noms des pays sinon ceux des institutions compétentes.

Mme HALTON (Australie) est préoccupée par la réduction de 12 % proposée pour le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins. En l'absence de toute comparaison des effets des changements apportés au projet de budget programme, il est difficile d'évoquer des priorités relatives. Etant donné la fragilité des gains obtenus dans ce domaine, en particulier dans la Région du Pacifique occidental, elle espère bien que l'appui apporté à l'action de l'OMS grâce à un financement approprié va se poursuivre, afin de maintenir les acquis et de consolider les systèmes de santé et les pratiques en la matière. Malgré des réalisations impressionnantes en matière de vaccination, la Région reste fragile face aux maladies évitables par la vaccination.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur), revenant sur les maladies transmissibles, signale l'absence de référence dans le projet de budget programme à la grippe aviaire, qui peut représenter une grande menace pour la santé ; il demande si des fonds budgétaires seront alloués à ce domaine.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande au Directeur général d'examiner de plus près le programme Vaccination et mise au point de vaccins parce que, dans le budget programme 2002-2003, l'accent avait été mis sur les essais de vaccins. Les partenaires concernés ont fait trop peu d'efforts pour diminuer le prix des vaccins, que certains pays en développement ne peuvent tout simplement pas s'offrir. Il faudrait demander aux organismes internationaux compétents, comme l'UNICEF, d'essayer de faire baisser les prix des vaccins pour les pays à faible revenu.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) partage les préoccupations des membres désignés par l'Australie et la Thaïlande concernant le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins et approuve la proposition d'organiser avec l'UNICEF et d'autres organisations un programme sur les vaccins. Cette stratégie pourrait être organisée dans le cadre des prévisions budgétaires.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que le domaine d'activité Vaccination et mise au point de vaccins est l'un des domaines fondamentaux du programme de l'OMS. La comparaison avec le budget programme 2002-2003 montre qu'il bénéficie de moyens financiers considérablement accrus et, pourtant, les cibles correspondant aux indicateurs n'ont pas toutes été atteintes. Il demande des éclaircissements sur le fait qu'il ne reste plus que 7 des 10 indicateurs originaux dans le budget programme 2006-2007 malgré l'augmentation de l'allocation budgétaire. La poliomyélite sévit encore dans six pays, alors que l'objectif pour la fin de la campagne était son éradication totale. Il demande si cela signifie que les contributions volontaires affectées à la poliomyélite vont augmenter et s'il faudra revoir les indicateurs.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque), estimant, lui aussi, que le programme Vaccination et mise au point de vaccins doit être révisé parce que la couverture vaccinale régresse, note que le domaine couvert par ce programme est important si l'on veut réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr BUSS (Brésil) partage les préoccupations concernant la grippe aviaire et demande quelles mesures doivent être prises quant au vaccin contre le SRAS. En ce qui concerne le prix des vaccins, le problème est de trouver comment exercer des pressions sur les laboratoires. Il faudrait inclure cet objectif dans le projet de budget programme 2006-2007 en même temps que des indications sur le calcul des coûts.

Le Dr SAM (Gambie) dit que, bien qu'il n'entre pas dans les fonctions de l'OMS de fixer le prix des vaccins, l'Organisation fait tout son possible pour que ceux-ci soient accessibles. Des sommes importantes sont investies dans la recherche-développement, après quoi le vaccin est fabriqué et soumis à des essais avant d'être déclaré sans danger pour l'utilisateur. Les essais sont faits dans les pays en développement sur des « sujets d'étude » qui sont des personnes sans lesquelles les vaccins ne pourraient jamais être utilisés. Du point de vue de l'éthique, ces pays devraient donc avoir leur mot à dire sur le coût de ces vaccins. Quoi qu'il en soit, le prix des vaccins devrait baisser.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que membre désigné par l'Islande, dit que son pays est fermement déterminé à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement auxquels l'OMS devrait continuer d'accorder la priorité. Il s'inquiète de voir qu'il n'y a guère eu d'augmentation de l'allocation budgétaire pour la Santé génésique, domaine aussi important pour la réalisation de ces objectifs.

M. HILMERSON (Suède)<sup>1</sup> exprime son soutien au projet de budget programme 2006-2007 dans son ensemble, mais constate avec inquiétude que l'allocation budgétaire prévue pour la Santé génésique est mince. Beaucoup d'objectifs du Millénaire pour le développement ne pourront être réalisés tant que les problèmes de santé génésique n'auront pas été allégés. Il demande que l'on tienne compte de cet aspect des choses dans le document de budget.

Mme MIDDELHOFF (Pays-Bas)<sup>1</sup> s'associe aux deux intervenants précédents.

Le Dr TANGI (Tonga) est du même avis que les membres désignés par l'Australie et la Thaïlande pour ce qui est de la vaccination. Passant au domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque, il remet en cause l'allocation de 17 % du budget total au Siège alors que pour réduire la mortalité maternelle il faudrait confier la prise en charge des femmes enceintes à des professionnels au niveau des pays.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général), répondant aux membres désignés par l'Equateur et le Brésil, dit que la grippe aviaire sera traitée en même temps que les activités concernant la grippe en général.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) précise à propos des questions sur la santé génésique que l'expression « santé génésique et sexuelle » correspond à la définition établie par la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994). On s'efforce actuellement d'utiliser des indicateurs de substitution qui correspondent aux cibles visées à l'échelle mondiale – mesurer l'utilisation par les pays des services de santé génésique et sexuelle – et non pas nécessairement aux activités de l'OMS. Il n'est pas toujours facile d'atteindre ces cibles ni d'obtenir que chaque pays s'engage à les atteindre. Pour cette raison, il est difficile de citer des pays dans le budget programme, mais l'OMS négocie avec un aussi grand nombre d'entre eux que possible afin d'utiliser les cibles des pays qui sont en harmonie avec les cibles mondiales. Concernant l'inquiétude qu'a suscité l'insuffisance des ressources allouées à ce domaine d'activité, elle déclare que les contributions volontaires escomptées n'ont pas toutes été versées par le passé et que la hiérarchisation des programmes de l'OMS par pays rend difficile l'obtention d'un financement plus élevé.

Quant à l'évaluation des résultats du programme Vaccination et mise au point de vaccins et à la justification des investissements élevés de l'OMS dans ce domaine, elle précise que le plus gros des ressources va aux pays eux-mêmes. L'objectif élevé que représente la vaccination à l'échelle mondiale a rendu l'opération encore plus coûteuse, car il faut toucher des enfants qui habitent des zones éloignées ou inaccessibles. L'extension de la couverture signifie donc l'augmentation des coûts. Elle apprécie les observations faites à propos du coût des vaccins pour les pays en développement et de la nécessité pour tous les partenaires qui participent à cette opération, y compris l'OMS, de négocier des réductions de prix. L'OMS s'en occupe activement.

Le projet de stratégie mondiale de vaccination n'est pas inclus dans le projet de budget programme parce qu'il n'a pas encore été approuvé par l'Assemblée de la Santé. Si certains des indicateurs figurant dans le budget 2002-2003 n'apparaissent pas dans le projet de budget programme 2006-2007, c'est qu'à l'issue de longues négociations avec les pays et les Régions pour établir le projet de budget, il a été décidé que certains des indicateurs utilisés précédemment devaient être abandonnés. Malgré tout, les activités pertinentes n'en sont pas pour autant arrêtées et certaines fonctions à l'appui des pays se poursuivent au titre des programmes de vaccination et de mise au point de vaccins. Il reste un gros travail à faire pour réviser les indicateurs ; le Secrétariat va s'en charger avec les pays et les Régions. Le membre désigné par le Brésil a mentionné le coût de l'action de sensibilisation et elle convient qu'il est important, en particulier si l'on considère le projet de stratégie mondiale de vaccination qui va être soumis à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le membre désigné par la Jamaïque a signalé les problèmes posés par une couverture vaccinale en peau de chagrin ; l'éthique veut par ailleurs que l'attention se concentre sur l'offre de vaccins aux pays qui ont participé aux essais sur ces vaccins. Le Secrétariat poursuivra son action dans ces domaines avec ses partenaires. S'agissant du vaccin contre la grippe, la collaboration se poursuit et la surveillance se renforce. La Chine en particulier participe à la mise au point d'un vaccin contre le SRAS. Répondant à la question posée par le membre de l'Equateur sur la grippe aviaire, elle déclare qu'aucun crédit budgétaire n'est disponible actuellement mais que le Secrétariat ne ménage pas ses efforts dans ce domaine.

Mme LINKINS (initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), répondant à la question posée par le membre désigné par la Fédération de Russie sur l'éradication de la poliomyélite, dit qu'au moment où l'on a commencé à élaborer le projet de budget programme, la poliomyélite était endémique dans six pays. Malheureusement, en 2004, parce qu'un pays d'endémie africain a interrompu ses campagnes de vaccination pendant plus de 12 mois, 11 pays ont importé le poliovirus, compromettant ainsi les succès escomptés. Cependant, l'objectif global est l'éradication totale de la maladie et on redoublera d'efforts dans ce sens en 2006-2007.

Le DIRECTEUR GENERAL dit que l'allocation de US \$180 millions pour l'éradication de la poliomyélite mise à part, le reste du budget consacré à la vaccination est de US \$50 millions plus élevé que pour l'exercice précédent. Comme il a été décidé de parvenir à une transmission zéro du poliovirus d'ici à la fin de 2005, il n'a pas été jugé logique d'accroître l'élément poliomyélite du budget 2006-2007. On a traité le problème du Nigéria et les principales campagnes lancées en Afrique donnent des résultats. Manifestement, l'éradication de la poliomyélite reçoit un appui très ferme de la communauté internationale ; en 16 ans, on a dépensé US \$3 milliards et la fin de l'opération est en vue. Pour confirmer l'éradication de la poliomyélite, il faut trois années de surveillance après l'arrêt de la transmission du virus. Il faut donc pouvoir disposer de ressources importantes. A propos du prix des vaccins, il explique que les fabricants doivent récupérer leurs investissements en recherche-développement. De ce fait les nouveaux vaccins sont très chers. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination est prête à apporter une aide financière pour l'achat de vaccins pendant quelque trois à cinq ans, jusqu'à ce que les prix baissent ; cette démarche a été adoptée pour *Haemophilus influenzae* type b et l'est actuellement pour les vaccins contre les rotavirus. Le mécanisme international de financement, soutenu par les Gouvernements du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et de la France, qui doit être lancé sous peu, est destiné à la recherche de fonds sur les marchés internationaux de capitaux et peut constituer un outil de financement majeur des activités entreprises pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

M. SHUGART (Canada) se demande, à propos de la question des essais cliniques soulevée par le membre désigné par la Gambie, en quoi la responsabilité de ces problèmes incombe au Secrétariat.

M. CAPRON (Directeur, Ethique, commerce, droits de l'homme et droit de la santé) répond que le Département Ethique, commerce, droits de l'homme et droit de la santé est responsable de la coordination en la matière et qu'il travaille en étroite collaboration avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine et les initiatives dans le domaine des vaccins.

**Médicaments essentiels ; Technologies de la santé essentielles ; Elaboration de politiques pour la santé et le développement ; Politiques relatives au système de santé et prestation des services ; Ressources humaines pour la santé ; Financement de la santé et protection sociale ; Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que le domaine d'activité Politiques relatives au système de santé et prestation des services ne semble pas prévoir de soutien technique concernant la couverture universelle ou les systèmes de sécurité sociale, qui sont actuellement l'objet d'une résolution examinée par le Conseil : une reprogrammation s'impose. Par ailleurs, les occasions ne manquent pas de faciliter la collaboration entre les pays en développement pour le renforcement de leurs systèmes de santé semblables de par leur nature, leur philosophie et leur histoire. Enfin, la Thaïlande a déjà demandé que soient prévues des activités en rapport avec le programme ainsi qu'un budget pour la Journée mondiale de la Santé 2006 dont le thème Ressources humaines pour la santé a été décidé en application de la résolution WHA57.19.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) relève que, dans la section qui traite des Ressources humaines pour la santé, la moitié environ des allocations sont financées à partir des contributions volontaires. L'absence de beaucoup des indicateurs rendra difficile l'appréciation des progrès faits en direction des résultats visés. En ce qui concerne le renforcement des capacités dans le domaine du leadership, il demande des éclaircissements sur le nombre de fonctionnaires indiqué dans les colonnes Bases et Cibles.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> dit que, pour l'exercice 2004-2005, la ventilation par source de financement dans le domaine d'activité Ressources humaines pour la santé indiquait une proportion de 70 % provenant du budget ordinaire et de 30 % provenant des contributions volontaires, alors que dans le projet de budget programme 2006-2007, ces chiffres s'établissent respectivement à 53 % et 47 %, ce qui représente une modification importante. De plus, il est proposé de réduire d'environ 22 % le montant du budget ordinaire pour l'exercice 2006-2007. Etant donné que, dans ce domaine d'activité, l'Assemblée de la Santé a adopté des objectifs ambitieux dans sa résolution WHA57.19 et que les contributions volontaires sont imprévisibles, le Secrétariat a-t-il l'assurance que les 47 % imputés sur les contributions volontaires seront effectivement reçus et que le budget proposé de US \$78 millions, en augmentation d'environ 3 %, suffira pour obtenir les résultats escomptés, en particulier pour appliquer la résolution ? Le budget tient-il compte des activités qui marqueront la Journée mondiale de la Santé et du rapport sur la santé dans le monde, qui seront tous les deux axés sur les ressources humaines pour la santé ?

Le Dr AHMED (Ghana), soulignant l'importance des médicaments essentiels pour tous les pays, recommande de mettre à la disposition des pays des ressources plus abondantes. Il demande des éclaircissements à propos de la déclaration selon laquelle l'OMS améliorera l'accès à tous les médicaments essentiels, et plus particulièrement aux antirétroviraux pour répondre à l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » qui, lui semble-t-il, est un programme pour 2005.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) a noté le point de vue avancé par le membre désigné par la Thaïlande sur une collaboration entre pays en développement. Le travail sur les systèmes de sécurité sociale progressera si le projet de résolution sur ce point est adopté. En ce qui concerne les Ressources humaines pour la santé, les cibles retenues par le membre désigné par la Fédération de Russie en ce qui concerne le leadership sont de la compétence du service de formation de responsables de l'orientation des politiques de santé, programme prioritaire du Directeur général. Le financement nécessaire à la formation du premier groupe de responsables censés commencer leurs deux années de service à l'OMS dans les mois qui viennent a été reçu. En fin de compte, 65 boursiers participeront au programme au cours de l'exercice. En ce qui concerne les variations notables entre les sources de financement que sont le budget ordinaire et les contributions volontaires, il précise qu'en 2004-2005 le travail sur les systèmes de santé relevait de trois domaines d'activité ; en 2006-2007, ce travail en concernera cinq. Soulignant que le financement de ces domaines d'activité assuré par le budget ordinaire pour 2006-2007 est de US \$20 millions inférieur à celui de 2004-2005 et qu'on escompte un accroissement de US \$75 millions des contributions volontaires en 2006-2007, il ajoute que l'on ne pourra relever ce défi qu'au prix d'un travail acharné. Les décisions concernant la Journée mondiale de la Santé et le rapport sur la santé dans le monde ont été prises après les plans initiaux pour l'exercice 2006-2007. Tout cela apparaîtra donc dans les estimations budgétaires soumises à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) répond au membre désigné par le Ghana en soulignant la nécessité d'être réaliste à propos de la hiérarchisation des priorités et de faire le meilleur usage des ressources disponibles lorsqu'on établit le budget. On peut mieux faire et on fera mieux si les ressources budgétaires nécessaires sont disponibles. Bien qu'une part plus importante du budget ait été transférée aux pays et aux Régions, il n'a pas encore été possible d'atteindre la proportion de 25/75 entre le Siège et les Régions parce que, proportionnellement, le domaine des technologies de la santé et des produits pharmaceutiques requiert plus de travail normatif au niveau mondial que d'autres domaines. Presque tout le travail normatif entrepris à l'échelle mondiale serait très difficile au niveau régional et impossible au niveau national. Le Secrétariat n'en continuera pas moins à rechercher la participation d'experts de toutes les Régions et sera plus attentif aux travaux effectués dans les pays ;

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

le Département Coopération technique pour les médicaments essentiels et la médecine traditionnelle a été créé dans ce but.

### **Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours ; Présence essentielle de l'OMS dans les pays**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que, dans les pays où elle est présente, l'OMS devrait s'attacher à la question des effectifs et des allocations budgétaires nécessaires aux bureaux de pays confrontés à une crise.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) constate qu'il semble y avoir accord sur la nécessité d'affiner les indicateurs de la présence de l'OMS dans les pays. Le budget prévu dans ce domaine est augmenté de 25 % et il est clair, d'après les cibles, que le niveau de satisfaction a lui aussi augmenté de 25 % chez les représentants de l'OMS. Il demande des informations plus concrètes. Comme, en russe au moins, « satisfaisant » signifie « moins que bon » ou « passable », il suggère d'employer un adjectif plus approprié pour qualifier ces indicateurs.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) parle de la forte augmentation, US \$45 millions, du montant affecté à la Présence essentielle de l'OMS dans les pays. Les besoins et les demandes faites à l'Organisation diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre. Son pays souhaite voir s'instaurer le partage entre Régions et pays pour que les pratiques appliquées soient bien les meilleures et que les économies d'échelle et la mise en commun des coûts soient mises à profit.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général), répondant au membre désigné par la Thaïlande, dit que la situation dans les pays en crise requiert une attention particulière de l'OMS et qu'il aurait probablement fallu se rendre compte que les bureaux de pays concernés ne bénéficiaient pas de toute l'attention voulue des bureaux régionaux et du Siège. Il faut une approche commune pour organiser la présence de l'OMS dans les pays, ce qui n'est guère facile si l'on cherche à éviter une démarche trop prescriptive. Un effort sera fait pour tenir compte des préoccupations exprimées. Le Directeur général s'est déclaré convaincu qu'il était possible d'améliorer la collaboration du système des Nations Unies au niveau des pays. Il est fort possible que la situation à ce niveau soit meilleure qu'il n'y paraît vue du Siège. L'orateur convient, avec le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, que la collaboration devrait permettre de rechercher les économies d'échelle au cas par cas. En réponse au membre désigné par la Fédération de Russie, elle explique que le niveau de satisfaction des clients, c'est-à-dire les ministères de la santé, s'est établi à environ 25 % depuis la modernisation des bureaux de pays ; l'objectif est d'élever cette proportion à au moins 75 %.

Le Dr NABARRO (Représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) répond au membre désigné par la Thaïlande que l'OMS participe pleinement aux analyses des besoins spécifiques des Etats « fragiles » faites par les ministres et hauts responsables des pays eux-mêmes, les banques de développement, les donateurs bilatéraux et le système des Nations Unies. L'importance particulière de ces besoins est de plus en plus reconnue et on s'efforce de veiller à leur accorder l'attention voulue à l'occasion de toute analyse et toute proposition faites en vue de modifier la façon d'envisager le développement.

Le Dr BUSS (Brésil) suggère, à propos de la présence de l'OMS dans les pays, d'accorder plus d'attention à la coopération horizontale entre les Régions. Par exemple, les huit pays lusophones situés dans quatre régions du monde peuvent constituer un important réseau. Les relations entre les Régions de l'OMS devraient apparaître dans le budget, même si la manière de rendre compte de ces relations par des indicateurs n'est pas évidente.

**Gestion du savoir et technologie de l'information ; Planification, coordination des ressources et surveillance ; Gestion des ressources humaines à l'OMS ; Budget et gestion financière ; Infrastructure et logistique ; Organes directeurs ; Relations extérieures ; Direction ; Divers**

Le Professeur FIŠER (République tchèque), faisant observer que les crédits consacrés au nouveau bâtiment du Siège viendront vraisemblablement du fonds immobilier, demande s'il est prévu d'augmenter les effectifs du Siège une fois terminée la construction de ce nouveau bâtiment.

M. DELVALLÉE (suppléant du Professeur Dab, France) loue les remarquables progrès faits dans la présentation du budget. Il est possible d'améliorer encore les indicateurs et de donner plus de détails, non seulement pour justifier les besoins de l'OMS, mais surtout pour aider les Etats Membres à négocier les termes du budget auprès de leurs ministères des finances. Deux exemples, les recettes diverses et les mécanismes permettant de couvrir les risques liés au change sont d'importants indicateurs de la gestion de la trésorerie d'une organisation. Il serait intéressant de disposer de chiffres sur ces deux indicateurs dans la prochaine version du projet de budget programme.

La France a déjà évoqué la nécessité de décider des coûts qui doivent être couverts par le budget ordinaire. Par exemple, les deux tiers du budget consacré à la sécurité du personnel sont assurés par les contributions volontaires ; c'est une proportion énorme pour un domaine dont on a débattu très longuement à l'Assemblée générale des Nations Unies avant qu'il ne devienne priorité budgétaire pour chacun des organes des Nations Unies, y compris l'OMS. Il est essentiel que la sécurité des personnels soit imputée sur le budget ordinaire.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) note que les « Recettes diverses » baisseront pendant l'exercice 2006-2007. L'OMS devrait rechercher d'autres mécanismes de financement créatifs, des fonds de dotation par exemple, pour augmenter le budget ordinaire.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) déclare, à propos de la Gestion des ressources humaines à l'OMS, que ces ressources sont les connaissances, les compétences et l'intelligence du personnel de l'Organisation. Leur mode de gestion peut donc faire la différence entre le succès ou l'échec d'une activité. L'indicateur de l'objectif de l'OMS concernant la Gestion des ressources humaines à l'OMS est le « niveau d'excellence atteint en ce qui concerne la prestation en temps voulu de services de ressources humaines de grande qualité au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays », or 1 % seulement du budget est affecté aux pays dans ce domaine. Cela veut-il dire que tout le personnel de l'OMS travaillant dans les pays sait tout ce qu'il doit savoir et n'a nul besoin d'une formation supplémentaire, ou que des crédits dégagés à cette fin sont transférés du Siège aux pays ? Il ajoute qu'aucun montant provenant du budget ordinaire n'est alloué aux pays et que tous les fonds viendront exclusivement des contributions volontaires.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant à la question posée sur le nouveau bâtiment du Siège, dit qu'un prêt du Gouvernement suisse sera remboursé au rythme de CHF 1 million par an pendant les 50 prochaines années. Il n'y aura pas d'augmentation du personnel au Siège ; bien au contraire : étant donné la situation budgétaire, il est plus vraisemblable que ce nombre diminuera. Le personnel qui travaille hors site reviendra dans le bâtiment principal et certains des bâtiments provisoires seront supprimés.

Il sera donné suite séparément à la demande d'informations chiffrées plus détaillées émanant du membre désigné par la France.

La sécurité est l'une des grandes préoccupations de l'OMS qui a activement soutenu la suggestion du Secrétaire général de prendre des mesures de sécurité plus strictes pour tout le personnel des organes et organismes des Nations Unies et d'abandonner le mécanisme actuel de participation aux coûts. Comme l'Assemblée générale n'a pas approuvé cette suggestion, les coûts de la sécurité ont augmenté pour l'OMS de US \$3,5 millions pour l'exercice actuel et augmenteront aussi substantiellement pendant le prochain exercice. Les contributions volontaires proviennent en fait des



dépenses d'appui au programme et ne prennent donc que partiellement la forme de contributions volontaires directes. L'OMS explore de nouveaux mécanismes et de nouvelles possibilités pour mobiliser des ressources et trouver de nouveaux modes de financement. Quant à la question posée par le membre désigné par la Bolivie, les indicateurs énumérés dans le budget reflètent l'importance accordée par l'OMS à la gestion des ressources humaines et le chiffre de 1 % représente les coûts de cette gestion ; les coûts administratifs de cette gestion dans les pays sont couverts au titre du domaine d'activité Présence essentielle de l'OMS dans les pays.

Le PRESIDENT rappelle que, selon l'article 55 de la Constitution, le Directeur général prépare et soumet au Conseil les prévisions budgétaires de l'Organisation, et le Conseil examine ces prévisions budgétaires et les soumet à l'Assemblée de la Santé, en les accompagnant de telles recommandations qu'il croit opportunes. Il suggère que le Conseil prie le Directeur général de tenir compte de ces observations et avis à l'occasion de toute révision du budget qu'il décidera de soumettre à l'Assemblée de la Santé. La seule question litigieuse semble être le montant de l'augmentation ; 11 membres semblent être favorables à une augmentation de 9 %, d'autres préfèrent une augmentation moindre et un s'oppose à toute augmentation. Il demande si le Conseil convient d'employer des mots comme « appropriate » (approprié) ou « reasonable » (raisonnable) s'agissant du budget.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) demande au Président d'explicitier sa vision de la procédure que le Conseil est invité à suivre.

Mme HALTON (Australie) souligne que le Conseil n'est pas en train d'adopter un budget afin de le soumettre à l'Assemblée de la Santé. Au fond, ses membres débattent parce qu'ils ne peuvent s'accorder sur le point de savoir s'il faut une augmentation. C'est au Directeur général que revient la difficile tâche de tenir compte des observations des membres du Conseil dans le projet de budget programme qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé. Il n'appartient pas au Conseil de rechercher le consensus sur une formulation acceptable.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) a l'impression que la plupart des membres du Conseil sont favorables à l'abandon du statu quo mais qu'ils ne peuvent se mettre d'accord sur un chiffre. Il reste encore du temps pour poursuivre les consultations avant la clôture de la session.

Le Dr CAMARA (Guinée) fait observer que beaucoup de membres du Conseil ont souligné le peu de ressources allouées à des domaines d'activité tels que Vaccination et mise au point de vaccins ou Médicaments essentiels, et aux activités visant les objectifs du Millénaire pour le développement, ce qui revient à préconiser tacitement une augmentation des ressources, en particulier en l'absence de toute proposition contraire. Le Conseil pourrait peut-être recommander une augmentation du budget, mais le montant de l'augmentation doit être laissé à la discrétion de l'Assemblée de la Santé.

M. SHUGART (Canada) dit qu'étant donné la diversité des observations sur le budget, y compris celles qui figurent dans le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, il faut laisser du temps au Directeur général pour affiner la proposition. Il sera impossible au Conseil de présenter un chiffre approprié dans le temps qui lui est imparti. De plus, la tradition veut que ce soit le Directeur général qui présente le budget à l'Assemblée de la Santé. Le Conseil devrait rester prêt à assister le Directeur général dans cette tâche.

Le Dr TANGI (Tonga), tout en souscrivant aux vues du membre désigné par l'Australie, rappelle également les dispositions de l'article 55 de la Constitution ; le Directeur général devra établir un autre projet que le Conseil examinera.

M. TOPPING (Conseiller juridique) dit que, correctement interprété, l'article 55 ne signifie pas que le Conseil révisé le budget, mais qu'il transmet le budget préparé par le Directeur général à l'Assemblée de la Santé en l'accompagnant de telles recommandations qu'il croit opportunes. Lors des derniers exercices, le Conseil a soumis non pas une seule recommandation, mais plutôt une synthèse des différents avis exprimés. L'Assemblée de la Santé n'a pas considéré que l'article 55 empêchait le Directeur général de préparer un budget révisé sur la base de ces recommandations, procédure énoncée au paragraphe 3.8 du Règlement financier.

Le Dr ABDULLA (Soudan) estime qu'il n'est pas nécessaire de s'accorder sur un chiffre exact à ce stade de l'adoption du budget. La plupart des membres ont été favorables à une augmentation. Il faudrait donner au Directeur général la possibilité de consulter les membres du Conseil sur le montant de cette augmentation afin qu'il puisse soumettre un chiffre exact à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) dit qu'aucun membre du Conseil ne s'est opposé à la façon dont le budget a été calculé, compte tenu des priorités fixées par le Secrétariat. Les désaccords exprimés concernent le montant de l'éventuelle augmentation. Le Directeur général doit donc soumettre à l'Assemblée de la Santé un budget révisé à la lumière des délibérations du Conseil. Celui-ci s'acquittera de son mandat en informant l'Assemblée de la Santé qu'il accepte les calculs faits pour établir le budget, mais qu'il faudra peut-être redéfinir les priorités si elle décide de le réduire.

Le PRESIDENT fait observer que l'article 55 de la Constitution n'oblige pas le Conseil à faire une recommandation à l'Assemblée de la Santé. En l'absence de consensus, il ne doit faire aucune recommandation.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que le mieux est que le Secrétariat réunisse les observations en une recommandation du Conseil à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que s'il est possible de tenir compte des objections à l'augmentation de 9 %, il est difficile de s'accorder sur des allocations globales de ressources en l'absence d'idées précises sur les montants à consacrer à tel ou tel programme. Le Conseil doit d'abord décider si une augmentation du budget est nécessaire, et ensuite faire des suggestions plus spécifiques sur les allocations.

Le PRESIDENT propose au Conseil soit de ne pas clore l'examen de ce point et de s'efforcer de parvenir à une formulation consensuelle, soit de laisser le Directeur général soumettre le budget à l'Assemblée de la Santé sans aucune observation.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) dit que ce n'est pas au Conseil de quantifier une augmentation quelconque, mais plutôt de décider si le budget répond aux conditions exigées pour garantir à tous une santé satisfaisante. S'agissant du montant des crédits alloués au Siège, le Directeur général a bien défendu sa position en rappelant qu'il est Directeur général non pas seulement du Siège, mais de toute l'Organisation et qu'une grande partie des crédits alloués au Siège financent en fin de compte l'appui fourni aux pays et Régions. Pour certains domaines importants, comme la grippe aviaire, aucun crédit n'est prévu au budget ; il y aurait donc là matière à débat sur une augmentation.

Le DIRECTEUR GENERAL note qu'il est important d'intégrer les résultats du débat de la journée sur le niveau du budget et déclare qu'il engagera un dialogue avec les membres du Conseil et les Etats Membres avec l'espoir de parvenir à un accord sur un niveau considéré comme acceptable, ce qui représente une décision politique. A l'Assemblée de la Santé, les Etats Membres exprimeront leurs vues et, s'il n'y a pas accord, les chiffres devront être révisés. Une solution consiste à compter sur les

ressources extrabudgétaires attendues, mais il serait préférable que tous les pays, et non pas juste quelques-uns, prennent une part du fardeau en contribuant au budget ordinaire.

Le PRESIDENT propose de clore le débat, étant entendu que le Directeur général procédera comme il vient de l'indiquer.

**Il en est ainsi convenu.**

**La séance est levée à 19 h 10.**

## DIXIEME SEANCE

Samedi 22 janvier 2005, 9 h 10

Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)

### 1. QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET : Point 5 de l'ordre du jour (suite)

**Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources :** Point 5.3 de l'ordre du jour (documents EB115/14 et EB115/INF.DOC./7)

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, appelle l'attention sur les paragraphes 51 à 54 du document EB115/45, où sont présentées les observations du Comité au sujet des principes directeurs. Le Comité s'est félicité de la démarche suivie pour intégrer l'allocation stratégique des ressources au cadre gestionnaire fondé sur les résultats, tout en reconnaissant qu'aligner le détail des allocations sur les objectifs stratégiques était une tâche difficile. Il a recommandé que le processus de consultation avec les Etats Membres se poursuive et qu'un nouveau projet soit présenté au Conseil à sa cent seizième session.

Prenant la parole au nom du membre désigné par les Maldives et aussi des membres désignés par le Népal et la Thaïlande, l'orateur dit que la Région de l'Asie du Sud-Est est la seule à avoir mis en place un mécanisme officiel de consultation tel que celui envisagé dans la décision WHA57(10). Un groupe de travail régional au sein duquel étaient représentés 11 pays de la Région s'est réuni trois fois pour examiner le précédent modèle d'allocation qui était fondé sur l'indicateur du développement humain du PNUD, et pour étudier les principes directeurs proposés. L'unanimité s'est faite au sujet de la démarche que l'OMS devrait adopter à l'avenir pour la répartition des ressources budgétaires entre les Régions. En outre, il est apparu que les principes directeurs énoncés dans le document EB115/INF.DOC./7 étaient tout à fait conformes aux recommandations du groupe de travail, à savoir qu'un processus consultatif collégial transparent entre le Siège et les Régions soit un élément clé de ces principes directeurs ; que le résultat des simulations réalisées à partir d'un modèle ou d'un mécanisme vienne renforcer le processus de prise de décision en collaboration ; que ce modèle ou mécanisme se fonde sur les besoins sanitaires des pays ou des Régions, la situation socio-économique et la charge de morbidité ; que la répartition des ressources régionales entre les pays continue d'être décidée par les Régions, à partir d'indicateurs de référence globaux à l'échelle de l'Organisation ; et qu'il soit prévu de tenir de nouvelles consultations à la prochaine session du Conseil.

Les avis ont divergé sur la question de savoir à quel stade de la procédure d'allocation il convenait d'appliquer un modèle ou mécanisme objectif, axé sur les besoins. Le groupe de travail a estimé que le processus de planification stratégique de l'OMS ne serait pas nécessairement capable de rendre compte des besoins sanitaires antagoniques dans les différentes Régions et que, par conséquent, il serait préférable de faire une répartition générale entre les différentes Régions en se fondant sur des indicateurs sanitaires et des besoins techniques, compte dûment tenu de la nécessité d'une procédure de consultation collégiale, avant de procéder à une allocation plus détaillée des ressources aux différents domaines d'activité en fonction d'un cadre gestionnaire fondé sur les résultats et des principes énoncés dans le document EB115/INF.DOC./7. Peu importe qu'un modèle soit appliqué au début ou à la fin du processus pourvu que les résultats en soient repris lors de la série de consultations qui s'ensuivra. L'orateur ne doute pas qu'il soit possible d'éviter la discordance à ce sujet, d'autant

plus que les nouveaux principes en matière d'allocation des ressources n'entreront pas en vigueur avant l'exercice 2008-2009.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que les observations et recommandations formulées au sujet des principes directeurs pour l'allocation des ressources au cours du débat sur le budget devraient figurer dans le nouveau projet qui sera présenté au Conseil à sa cent seizième session ; ainsi, tous les Etats Membres pourront participer à ce que l'on appelle le processus de gestion globale et voir leurs différents besoins et priorités pris en considération dans les principes directeurs qui seront en fin de compte adoptés.

Le Dr THINLEY (Bhoutan)<sup>1</sup> rappelle que les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est sont convenus que les ressources devraient être réparties en fonction des besoins techniques et sanitaires et sur la base d'une gestion fondée sur les résultats. Ces besoins doivent être identifiés au moyen d'indicateurs objectifs, internationalement reconnus, tels que la charge de morbidité, les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, la pauvreté, l'éducation et l'accès aux services de soins essentiels. Le modèle précédent, fondé sur l'indicateur du développement humain, ne suffit plus. Quoique les principes directeurs proposés par le Secrétariat tiennent compte en grande partie des préoccupations des Etats Membres, le budget et le cadre gestionnaire fondés sur les résultats semblent être le critère essentiel pour l'allocation des ressources, les besoins sanitaires n'étant qu'une considération secondaire.

La politique d'allocation stratégique des ressources ne rend pas compte avec exactitude des besoins sanitaires antagoniques des différentes Régions. Certains pays n'ont pas la capacité d'identifier les besoins et d'élaborer des plans, et leurs besoins réels risquent de ne pas être pris en considération dans le programme stratégique sur lequel l'allocation des ressources doit se fonder, cependant que d'autres ne disposent pas des moyens voulus pour assurer l'exécution et le suivi des plans. Etant donné que la répartition des ressources se fera aussi en fonction des résultats, les pays ne disposant pas de ces capacités risquent d'être pris dans un cercle vicieux. Si l'on veut régler les problèmes d'équité, d'efficacité et de performance et soutenir les pays qui en ont le plus besoin, il serait préférable de n'allouer les ressources disponibles qu'après avoir identifié les besoins sanitaires des pays et des Régions et mis au point des plans stratégiques appropriés.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud),<sup>1</sup> s'exprimant au nom du Groupe africain, dit que les membres qui le composent ont depuis toujours milité en faveur de l'adoption de principes directeurs tenant compte de facteurs tels que le niveau de développement, les besoins des pays les moins avancés, l'état des systèmes de santé et la part disproportionnée de leur Région dans la charge mondiale de morbidité. Les principes directeurs proposés mettent fortement l'accent sur la performance, un indicateur qui se prête difficilement aux mesures ; aussi important soit-il, cet indicateur ne doit pas reléguer au second plan d'autres principes tels que l'équité, l'efficacité et l'appui aux pays qui en ont le plus besoin. En Afrique, les systèmes de santé sont souvent faibles, voire inexistantes, et leur performance pourrait donc être considérée comme mauvaise, ce qui désavantagerait certains pays. L'élaboration des principes directeurs doit se faire compte tenu des besoins des pays les moins avancés.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que les recommandations du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration tendant à ce que le Secrétariat poursuive le processus de consultation avec les Etats Membres, et qu'un nouveau projet soit présenté au Conseil à sa cent seizième session, peuvent être acceptées.

## **Il en est ainsi convenu.**

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

**Programme général de travail 2006-2015 : examen du processus et ébauche : Point 5.4 de l'ordre du jour (document EB115/15)**

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, précise que le Comité s'est penché sur le Programme général de travail 2006-2015 : examen du processus et ébauche ; ses conclusions à ce sujet figurent aux paragraphes 3 à 6 du document EB115/45. Le Comité s'est félicité de l'ampleur nouvelle du programme général, notant qu'il était important de disposer d'un document présentant l'avenir de la santé publique, définissant un programme sanitaire mondial et clarifiant le rôle de l'OMS et des autres acteurs. Il a formulé de multiples observations sur les grandes lignes proposées, et notamment à propos du positionnement de la santé, de l'accent mis sur le bien-être plutôt que sur la santé, des partenariats et du rôle accru de la société civile, ainsi que de la nécessité pour l'OMS de s'appuyer sur ses points forts ; il a suggéré qu'il faudrait établir un lien entre le titre du programme général et les partenariats pour la santé dans un monde interdépendant et dans le contexte de la mondialisation. Il a fait observer que l'apport des Etats Membres et des partenaires sera indispensable dans la prochaine phase de l'établissement du programme général.

Le Dr BUSS (Brésil) fait observer que l'ébauche présentée dans le document EB115/15 relatif aux orientations que l'OMS pourrait prendre dans la période 2006-2015 est du plus haut intérêt pour les décideurs car ce texte les aidera à mettre au point leur planification sanitaire. Le Conseil doit disposer d'informations claires sur ce qui est envisagé, car le onzième programme général de travail est destiné à couvrir une période de dix ans et devra traiter un large éventail de problèmes de santé depuis les plus généraux, tels que les effets de la dégradation de l'environnement, jusqu'aux plus particuliers, tels que les programmes de vaccination. Le travail devra se faire en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies. Il faudra disposer de renseignements plus détaillés au sujet du processus envisagé, notamment en ce qui concerne les consultations qui doivent se tenir au niveau régional en février et mars 2005. Au stade actuel, les membres du Conseil doivent être en possession de suffisamment d'informations sur le processus en question pour leur permettre d'évaluer les résultats au cours de l'année à venir en vue de présenter une proposition à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2006.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) relève que, bien qu'il soit généralement reconnu que la santé et le développement sont étroitement liés, le budget se définit uniquement en termes de santé. L'OMS doit se placer dans la perspective des objectifs du Millénaire pour le développement, qui établissent un lien entre la santé d'une part et la pauvreté et l'environnement d'autre part, et veiller à ce que la dimension du développement figure en bonne place. On ne voit pas bien comment le projet de budget programme 2006-2007 se rattachera au programme général de travail 2006-2015. Le Conseil devrait en effet être informé plus à l'avance du calendrier des consultations régionales.

Le document à l'examen ne comporte pas de conclusions : nul doute qu'elles seront communiquées aux Etats Membres pour observations dès qu'elles auront été formulées.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) accueille avec satisfaction la participation des pays à l'élaboration du programme général de travail ce qui leur permettra d'ajuster leurs propres systèmes de santé afin de pouvoir relever les défis qui les attendent. Il faudra procéder à des estimations des besoins globaux en matière de ressources ainsi que des ressources potentiellement disponibles, afin de repérer les pénuries et d'appeler l'attention des partenaires pour le développement et des pays sur la nécessité de prendre les mesures qui s'imposent. La Thaïlande accueille favorablement l'ébauche de programmes et souhaite être pleinement associée à son élaboration.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) se félicite du caractère exhaustif du programme général de travail 2006-2015, qui présente non seulement le travail

de l'Organisation, mais également les objectifs de divers domaines d'activité. Il note avec satisfaction qu'un groupe spécial composé de membres du personnel du Siège et des bureaux régionaux collabore à l'établissement du programme général de travail, et que des consultants externes, des universitaires et d'autres experts y ont aussi contribué. On a également tenu compte des recommandations des comités régionaux d'améliorer les méthodes d'élaboration du programme général de travail et de planification de ses orientations stratégiques.

Conformément à la pratique d'autres institutions des Nations Unies, le programme général de travail devrait contenir des critères et des mécanismes de suivi et d'évaluation de l'efficacité des mesures prises et des programmes mis en oeuvre aux niveaux mondial, régional et des pays, mécanismes qui mettent à contribution les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile ainsi que le secteur privé. Il fait remarquer qu'il est important de fixer des délais pour la mise en application des résultats des évaluations et propose que ce délai soit de deux ans pour correspondre au cycle budgétaire.

Il approuve l'ébauche figurant dans le document EB115/15.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) déclare que dans sa forme finale, le programme général de travail devrait cadrer avec les stratégies et plans institutionnels précédents déjà adoptés. La stratégie institutionnelle et les fonctions essentielles approuvées par la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé demeurent valables et devraient continuer à servir de base au onzième programme général de travail. Nombre d'expressions dans l'ébauche sont vagues ; il convient donc de les préciser pour éviter qu'elles ne soient interprétées de manière contradictoire.

Il est nécessaire que l'OMS définisse clairement son rôle et son avantage comparatif au sein du système des Nations Unies, car c'est là l'élément essentiel du programme général de travail. Les activités des différentes organisations oeuvrant pour la santé font encore trop souvent double emploi. Les divers scénarios présentés au paragraphe 9 prêtent à confusion et pourraient même compromettre l'efficacité du programme : ainsi, le troisième scénario fondé sur des approches guidées par le marché et le quatrième scénario fondé sur la coopération multilatérale ne sont pas mutuellement incompatibles. Comme le membre de l'Equateur, il est d'avis que le programme général de travail doit être axé sur les objectifs du Millénaire pour le développement, et notamment sur les objectifs liés à la santé convenus sur le plan international de la Déclaration du Millénaire. L'OMS doit prendre soin de ne pas s'engager à tenter de résoudre tous les problèmes de la planète et éviter de se mêler à des histoires qui font les gros titres simplement pour démontrer qu'elle est toujours proche des réalités ; elle devrait plutôt se centrer sur son mandat essentiel.

L'orateur souscrit pleinement à l'importance accordée par le membre de la Fédération de Russie au suivi et à l'évaluation, étant donné qu'on ne sait pas dans quelle mesure les objectifs fixés dans le programme général de travail précédent ont été atteints. Il s'associe également aux demandes en vue de recevoir des informations plus détaillées sur le processus de consultation bien avant la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

M. SHUGART (Canada) déclare que le rapport donne une idée claire du processus à ce jour et fournit une bonne base pour les activités futures. Le Secrétariat devrait continuer à axer ses efforts sur les domaines qu'il connaît bien tout en participant pleinement au processus de consultation. En suivant les progrès réalisés pour atteindre les objectifs et en s'adaptant aux nouvelles réalités, l'OMS devrait être à même de continuer à se focaliser sur ses priorités.

Quelle que soit la teneur de l'ébauche finale du programme général de travail, le programme doit appuyer et renforcer les objectifs du Millénaire pour le développement. Dans une situation mondiale de plus en plus complexe, l'OMS doit continuer à développer au maximum son potentiel en tant qu'organisation technique fondée sur les connaissances tout en forgeant des partenariats au sein desquels sa présence constitue une valeur ajoutée.

M. RAMOTSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho) se félicite de l'orientation du programme général de travail, mais dit qu'il devrait refléter certains des résultats des travaux déjà entrepris dans la Région africaine. Les Régions et les pays ainsi que les parties prenantes du secteur de

la santé et du secteur privé devraient être associés au processus de consultation, afin de renforcer la capacité interne et d'assurer le succès du programme. L'instabilité politique et sociale et la pauvreté, sources de difficultés majeures, pourraient figurer utilement dans le chapitre 3. Un autre aspect important à prendre en considération est la nécessité de renforcer les systèmes d'information sanitaire en tant que préalable à la mise au point de scénarios qui supposent une information fiable. Il appuie les déclarations des précédents intervenants sur l'importance de mettre en place des systèmes efficaces de contrôle et d'évaluation, mais reconnaît que le processus devrait être adaptable et capable de répondre à des situations qui évoluent.

Le Dr TANGI (Tonga) insiste sur une surveillance et une évaluation fiables et indépendantes à chaque niveau du processus de réforme.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> soutient fermement les vues exprimées par le membre du Lesotho. A propos du paragraphe 11 sur les consultations qui se tiendront en février et mars 2005, elle se demande comment on aura connaissance des avis de l'Assemblée de la Santé, étant donné que ce point ne figure pas à l'ordre du jour provisoire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il faudrait corriger cette omission.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) confirme que, pour établir le onzième programme général de travail, le Secrétariat s'est appuyé sur la stratégie et les fonctions essentielles de l'Organisation dans le programme de travail précédent, en le modifiant ou en l'actualisant lorsque cela était nécessaire. Les résultats d'autres processus, tels que les activités liées à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004) et les travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé seront aussi pris en compte. On passera également en revue la littérature pertinente afin de tenir compte de l'état actuel des connaissances.

Les différents scénarios sanitaires présentés ne sont pas nécessairement incompatibles ; ils ont pour but de faciliter la discussion. Dans l'environnement complexe actuel, l'interdépendance entre le secteur de la santé traditionnel et les autres secteurs est de plus en plus reconnue, de même que le rôle que ces derniers peuvent jouer dans l'amélioration des déterminants sous-jacents de la santé. Le travail de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé facilitera les progrès dans cette direction. Les méthodes utilisées pour élaborer les scénarios pourraient être appliquées à d'autres fins. Une définition plus précise du rôle de l'OMS constituera l'un des résultats importants du processus, car les relations de travail de l'Organisation avec ses partenaires se sont modifiées de façon spectaculaire ces dix dernières années.

Le lien entre la vision à long terme exprimée dans le programme général de travail et l'allocation stratégique des ressources sera assuré par l'élaboration du plan stratégique à l'échelle de l'Organisation dont on a débattu au titre du sous-point précédent de l'ordre du jour, et qui fournira des orientations à l'OMS pour cinq à six ans et non plus pour deux ans, comme c'est le cas actuellement. Un nouveau projet concernant les principes directeurs et l'approche du plan stratégique proposé sera soumis au Conseil à sa cent seizième session.

Il est important de veiller à ce que les systèmes internes de surveillance et d'évaluation soient renforcés, et à ce que des mécanismes soient établis pour suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du programme général de travail et pour définir avec davantage de précision le rôle de l'OMS. Le Secrétariat fait une distinction claire entre la surveillance et l'évaluation : la surveillance est un exercice interne, tandis que l'évaluation est effectuée de l'extérieur afin d'avoir une mesure indépendante des performances.

Les consultations régionales sur la préparation du programme général de travail auront lieu dans les Régions en février, mars et avril 2005, en commençant par la Région des Amériques. Il avait été

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.



initialement prévu de tenir des discussions techniques informelles au cours de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, mais on a pris en compte l'opinion du Conseil selon laquelle il serait plus approprié d'inclure ce point dans l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé afin de permettre une discussion ouverte à laquelle participeraient tous les Etats Membres. Les résultats des discussions qui auront lieu ultérieurement au sein des comités régionaux seront transmis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. D'autres consultations sont envisagées, y compris des réunions avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des banques, des entités du secteur privé, des organisations de la société civile et des universitaires. L'intervenant invite les Etats Membres à formuler d'autres suggestions et idées qu'ils pourraient avoir concernant le processus de consultations, et les encourage vivement à participer au vaste travail que représente cet exercice, compte tenu du fait que les ressources disponibles à cette fin au Siège sont limitées. Le calendrier des consultations sera diffusé sur le site Web de l'OMS dès que possible.

Le Dr LOPEZ ACUÑA (Directeur de la gestion du programme, Bureau régional des Amériques) dit que la question du programme général de travail a toujours été inscrite et continuera à figurer à l'ordre du jour des comités de sa Région. Les consultations régionales sont aussi liées aux délibérations du groupe de travail sur l'OPS au XXI<sup>e</sup> siècle, un groupe de travail intergouvernemental créé par le Comité régional des Amériques. La réunion, qui se tiendra du 14 au 16 février 2005 avec la participation des Etats Membres de la Région et de toutes les parties prenantes concernées, examinera la dernière version du programme général. Les autres sujets à l'examen seront l'avantage comparatif de l'OMS au sein du système des Nations Unies, la pertinence des recommandations récentes comme celles qui figurent dans le rapport du groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, constitué par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, et l'influence que la Déclaration de Rome sur l'harmonisation a eu sur les consultations. On discutera également de la pertinence et de l'importance de la contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Tous les Etats Membres de la Région participeront et apporteront leur pleine contribution à la consultation régionale.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport faisant l'objet du document EB115/15, du contenu du rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif et de l'emploi du temps proposé.

### **Il en est ainsi convenu.**

#### **Fonds immobilier : Point 5.5 de l'ordre du jour (document EB115/41)**

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les conclusions des discussions du Comité sur la situation du fonds immobilier sont exposées aux paragraphes 55 à 59 de son rapport paru sous la cote EB115/45.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) déclare que la question de la sécurité des locaux figure à l'ordre du jour de nombreuses institutions spécialisées du système des Nations Unies, et demande pourquoi cela n'est pas le cas pour le Conseil. Il souhaiterait que les sommes dépensées au Siège de l'OMS pour assurer un minimum de sécurité fasse l'objet d'une rubrique séparée dans le budget, afin que la question du financement des mesures de sécurité puisse être étudiée plus avant.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) répond que l'OMS a été étroitement associée aux discussions qui ont eu lieu à l'Assemblée générale des Nations Unies sur la gestion et le renforcement de la sécurité. Dans la version révisée du projet de budget programme 2006-2007,

l'augmentation des crédits consacrés à la sécurité des locaux, y compris ceux du Siège, et à la sécurité du personnel apparaîtra plus clairement.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) demande s'il est prévu de réunir sur un seul site les bureaux du Bureau régional de l'Afrique actuellement situés à Harare et Brazzaville.

Le PRESIDENT indique que le Secrétariat répondra à cette question ultérieurement.

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Directeur général sur le projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007 : Fonds immobilier<sup>1</sup> et le rapport sur la première réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif,<sup>2</sup> a décidé de prier le Directeur général de lui faire rapport à sa cent dix-septième session<sup>3</sup> sur les progrès accomplis dans l'élaboration d'un plan-cadre d'équipement décennal et la mise sur pied d'un mécanisme à long terme pour le financement de ce plan.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration examine à sa deuxième réunion, qui se tiendra immédiatement avant la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, les propositions de projets de construction dans les lieux d'affectation des pays de la Région de la Méditerranée orientale, et fasse directement rapport à l'Assemblée de la Santé sur ce sujet. Il considère également que, conformément à la proposition du membre de la Fédération de Russie, le Conseil souhaite que le Secrétariat établisse un rapport sur la sécurité de ces locaux.

**Il en est ainsi convenu.**

## **2. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

### **Cybersanté : Point 4.13 de l'ordre du jour (document EB115/39)**

Le Dr BUSS (Brésil) appuie pleinement le projet de stratégie de cybersanté qui est d'une très grande importance pour le développement des systèmes de santé et sera profitable à tous les professionnels de la santé. Dans de nombreux pays, les professionnels de la santé travaillent dans des zones isolées et n'ont pas accès aux technologies de l'information et de la communication, ni à la formation voulue pour pouvoir les utiliser au service de la santé publique. Il exhorte le Conseil à soutenir l'initiative et à prier le Directeur général de continuer à travailler sur cette stratégie. Il lui demande aussi instamment d'appuyer l'initiative ePort, un projet lancé dans le cadre de la cybersanté au profit des pays lusophones dans quatre Régions où vit une population totale de plus de 220 millions d'habitants dans le but de promouvoir l'échange d'informations entre les professionnels de la santé lusophones. La participation à ce projet constituera une première expérience très utile de la stratégie globale de cybersanté.

Le Dr AL-SAIF (suppléant du Dr Al-Jarallah, Koweït), appuyant le projet de résolution, dit que la cybersanté permettra de renforcer les systèmes de santé, facilitera la fourniture de soins de santé à ceux qui en ont besoin, et aidera à maîtriser les épidémies partout dans le monde. Un mécanisme tel

---

<sup>1</sup> Document EB115/41.

<sup>2</sup> Document EB115/45.

<sup>3</sup> Décision EB115(10).

que l'Académie de Santé, lancée par l'OMS en 2003, sera bientôt étendu aux Régions, ce qui permettra d'améliorer les soins de santé et de soutenir le développement sanitaire.

Mme IORDACHE (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) souscrit entièrement au projet de résolution, car il marque le début d'un important processus d'innovation et de partenariat entre les pays. L'accès à l'information a pris une nouvelle importance avec l'apparition de l'Internet qui est un outil fondamental d'apprentissage ; il est essentiel que cette technologie soit accessible à tous, sans distinction de race, de sexe, de revenus ou d'âge. Les technologies de l'information et de la communication apporteront des changements profonds dans tous les aspects de la santé, et déboucheront sur des systèmes de prestation de services de santé plus personnalisés et davantage axés sur les citoyens.

L'Académie de Santé constitue une approche innovante dans laquelle la technologie est employée pour améliorer la santé ; elle constitue un modèle pour la mise en place d'une nouvelle méthode de travail à l'ère de la société de l'information, et réunit les ministres de la santé, de l'éducation et de la technologie au sein d'un partenariat visant à atteindre la cible 18 des objectifs du Millénaire pour le développement.

La Roumanie partage la vision de la cybersanté de l'OMS et reconnaît l'importance de sa décision de jouer un rôle directeur dans ce domaine. Une stratégie mondiale de cybersanté sera profitable aussi bien aux pays à faible revenu qu'aux pays à revenu élevé, car de nombreux pays apporteront leur soutien pour promouvoir l'Académie de Santé dans le cadre de la cybersanté au niveau national, en association avec les partenaires internationaux. Aussi Mme Iordache demande-t-elle instamment que la cybersanté soit systématiquement inscrite à l'ordre du jour du Conseil et de l'Assemblée de la Santé afin de permettre d'avoir un bon accès à l'information et des occasions régulières de suivre et d'évaluer les progrès.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) reconnaît lui aussi que la technologie de l'information devrait être utilisée pour améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé. Tous les pays devraient s'efforcer, dans la mesure où leur connaissance pratique de technologies de l'information le leur permet, d'élaborer et de promouvoir des stratégies de cybersanté. Pour aider à endiguer la propagation des maladies transmissibles en particulier, il propose d'ajouter au paragraphe 1 du projet de résolution un nouveau paragraphe ainsi libellé : « à envisager de créer et mettre en oeuvre des systèmes nationaux d'information en matière de santé publique et à améliorer, au moyen de l'information, les capacités de surveillance et de riposte rapide dans les situations d'urgence causées par des maladies et des problèmes de santé publique ». En outre, aux fins d'une normalisation de l'information sanitaire, il suggère d'ajouter au paragraphe 2 un nouveau paragraphe ainsi libellé : « de promouvoir l'élaboration, l'application et la gestion de normes en matière d'information sanitaire et de recueillir et rassembler les informations disponibles et les normes les concernant pour mettre progressivement en place un système mondialement standardisé d'information sanitaire ».

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que le développement rapide des technologies de l'information et de la communication, et l'élargissement de l'accès à ces technologies qui sont reflétés dans les objectifs du Millénaire pour le développement offrent des perspectives illimitées pour le développement des services de santé publique, l'échange d'informations jusque dans les zones les plus reculées et la promotion de la surveillance épidémiologique. Cela permet de faire rapidement progresser l'efficacité et l'efficience des soins médicaux. Il appuie les amendements proposés par le membre de la Chine et propose d'ajouter au paragraphe 2.3) du projet de résolution après « les meilleures pratiques » les mots « en particulier sur les techniques de télémédecine ».

La technologie en question pourrait toutefois s'avérer coûteuse et il demande un complément d'information à ce sujet.

Le Dr KHALFAN (suppléant du Dr Abdul Wahab, Bahreïn) dit que l'application des technologies de l'information et de la communication à la stratégie de santé publique ouvre de grands horizons, mais qu'elle nécessitera de gros investissements tant en ressources humaines qu'en équipements et technologies. L'OMS devrait mettre sa propre expérience et ses propres informations à la disposition des pays à cet égard, notamment en développant ses bases de données et logiciels ; en outre, des périodiques et autres sources d'information pertinentes devraient être diffusés sur l'Internet.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), tout en reconnaissant que le projet de stratégie est un bon début pour aider les pays à offrir de meilleurs soins de santé, dit qu'il faudrait adopter une approche plus ciblée pour éviter de gaspiller les ressources du Secrétariat. Quelle méthode utilisera-t-on pour fixer les priorités, étant entendu que le Secrétariat ne peut pas s'occuper de tout et qu'entend-on par « des applications sûres et fiables » ? A la cent douzième session du Conseil, il s'était opposé à ce que l'OMS gère un domaine « santé » sur l'Internet, avalise des sites d'information sanitaire ou définisse des technologies de la santé. Il lui semble à la fois prématuré et présomptueux de la part de l'OMS de fixer un ensemble de normes et de critères en matière de technologie : de nombreux pays ont déjà leurs propres processus de normalisation et d'autres organes internationaux, tels que l'Organisation internationale de Normalisation, ont pour mission de fixer des normes en la matière ; les arbitres ultimes sont les consommateurs et le marché. Pour toutes ces raisons, sans parler du coût, il ne peut appuyer à cet égard l'amendement proposé par le membre désigné par la Chine. Par ailleurs, on ne sait pas clairement quels seront la nature, le but et le domaine d'activité d'un observatoire mondial de cybersanté et quelles en seraient les incidences financières. Là aussi, il faut veiller à ne pas faire double emploi avec des activités déjà entreprises ailleurs au sein de l'Organisation.

Dans le projet de résolution, il propose dans le deuxième alinéa du préambule de supprimer les mots « sur la gouvernance, sur les finances, l'éducation » ainsi que l'adjectif « économiques ». Le troisième alinéa du préambule devrait se terminer par les mots « en matière de santé », la fin de l'alinéa étant supprimée. Au cinquième alinéa du préambule, les mots « tant des politiques de cybersanté au niveau international que » devraient être supprimés ; quant au dernier alinéa, il devrait être rayé intégralement. Au paragraphe 1.2) du dispositif, le mot « garantir » devrait être remplacé par « promouvoir » ; au paragraphe 1.4), les mots « tout en garantissant le maintien des » devraient être remplacés par « afin de promouvoir les » ; enfin, au paragraphe 1.8), le mot « personnalisés » devrait être supprimé.

Mme HALTON (Australie) est d'accord avec l'intervenant précédent sur le fait que l'OMS, sans cesser de s'intéresser au développement des technologies de l'information et de la communication pour les stratégies de santé, devrait adopter à cet égard une approche prudente. L'expérience de l'Australie a montré que, même au niveau national, l'élaboration de normes, de critères, et plus particulièrement de lignes directrices, peut être un exercice à la fois controversé et compliqué. De ce fait, et si l'on tient compte des aspects budgétaires, il est difficile de voir quel rôle central l'OMS pourrait jouer à cet égard et comment les activités seraient délimitées et financées. Il est clair que chaque pays devrait prendre la mesure de son propre potentiel et le développer, ce qui signifie que l'OMS devrait veiller à limiter ses activités aux domaines dans lesquels son rôle est unique.

M. SHUGART (Canada) dit que le Secrétariat pourrait jouer un rôle utile dans le domaine des technologies de l'information et de la communication au service des stratégies de santé à condition que ses activités restent ciblées. Il est en particulier très important dès le départ d'éviter d'exacerber encore le problème des ressources. Les services de l'OMS pourront toujours être développés à un stade ultérieur si des possibilités appropriées se font jour, mais cela devrait être fait dans le contexte d'une évaluation budgétaire.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que la cybersanté présente le plus grand intérêt pour des Etats Membres comme le Népal où les communications sont médiocres et le terrain difficile. Tout le soutien technique nécessaire devrait être apporté aux pays qui en ont besoin pour que les politiques et stratégies pertinentes puissent être élaborées le plus vite possible.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) se félicite de la proposition de créer un observatoire mondial de la cybersanté, mais se dit préoccupé par les conséquences que ce projet de résolution pourrait avoir pour les pays en développement, eu égard en particulier à la nécessité de disposer d'une infrastructure bien établie et d'un personnel qualifié. Aussi propose-t-il qu'au paragraphe 1.1) les mots « qui comprennent un cadre juridique et une infrastructure appropriés et encourage la création de partenariats publics et privés » soient ajoutés à la fin du texte existant, et que les paragraphes 1.2), 1.3) et 1.6) soient supprimés. Les paragraphes 1.7) et 1.8) devraient être fondus en un seul paragraphe qui s'énoncerait comme suit : « à mobiliser une collaboration multisectorielle en vue de fixer des critères et des normes de cybersanté fondés sur des données factuelles, à évaluer les activités de cybersanté et à partager les connaissances sur des modèles d'un bon rapport coût/efficacité, garantissant ainsi l'établissement de normes en matière de qualité, de sécurité et d'éthique ». Il appuie le reste du texte sous sa forme actuelle.

Le Dr AHMED (Ghana) dit que son pays, qui a élaboré une politique en matière de technologies de l'information et de la communication, se félicite des avantages qui en découlent potentiellement pour les pays en développement dans des domaines tels que l'échange d'informations sanitaires et la fourniture de soins de santé dans les zones reculées présentant un bon rapport coût/efficacité, ou encore les possibilités de formation offertes dans des spécialités qui font défaut dans de nombreux pays en développement. L'OMS devrait néanmoins prendre en compte les différences dans les niveaux de développement national. L'intervenant demande des éclaircissements sur le sens de l'expression « s'exprimer d'une seule voix » en ce qui concerne la stratégie de cybersanté.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) dit qu'il partage sur certains points les vues des membres de l'Australie, du Canada et des Etats-Unis d'Amérique, et qu'il comprend les besoins des pays les moins bien dotés en ressources et les demandes d'aide qu'ils adressent à l'OMS. C'est pourquoi le projet de résolution devrait être sensiblement modifié.

L'expérience de l'Union européenne a montré qu'après un départ en fanfare, les objectifs avaient dû être revus à la baisse, car les Etats Membres avaient eu des difficultés à harmoniser leurs normes dans une situation où les forces du marché, d'une part, et les attentes des citoyens, d'autre part, changeaient avec une extrême rapidité. Les initiatives politiques ont souvent été dépassées par l'évolution de la réalité elle-même. Aussi la France ne peut-elle que s'associer aux conseils de prudence qui ont été formulés. L'intervenant a aussi des doutes sur la nécessité de créer un observatoire mondial de la cybersanté, car il ne sait pas trop quel serait le rôle de cet organisme étant donné que d'autres organismes sont déjà actifs dans les domaines de l'élaboration de normes, de la méthodologie, de l'évaluation des produits et des services, et de la promotion de la recherche-développement. Par ailleurs, la question du rapport coût/efficacité est importante et le rapport a quelque peu sous-estimé l'importance des attentes des patients. Le Secrétariat devrait donc poursuivre les consultations sur ce sujet afin de préciser la valeur ajoutée de chaque composante et d'assurer la complémentarité des objectifs et activités et la clarification des mécanismes de coordination. En outre, des efforts devraient être faits pour créer des partenariats avec le secteur privé et clarifier les responsabilités des différents bailleurs de fonds possibles. En conclusion, si l'OMS devait maintenir une activité importante dans ces domaines, elle devrait faire montre d'une certaine réserve dans le développement d'outils qui pourraient paraître surdimensionnés eu égard à sa capacité. Tous les pays devraient faire preuve de la même modération quand il s'agira d'envisager les conséquences budgétaires de résolutions qui traitent de sujets qui ne figurent peut-être pas parmi les principales priorités de l'OMS et qui pourraient alourdir sensiblement sa charge de travail.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que, ces dernières années, les petits pays en développement insulaires du Pacifique ont expérimenté la télémédecine et la cybersanté et que les experts leur ont conseillé de mettre au point des outils qui correspondent à leurs besoins, mais qu'ils n'ont jamais reçu d'aide en la matière. Ce n'est que dernièrement que l'OMS et le Gouvernement japonais les ont aidés à établir un réseau d'information. Mal informés des dernières normes, ces Etats accueillent favorablement un tel soutien et espèrent vivement qu'il se poursuivra.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit qu'eu égard au rôle important que la technologie de l'information et l'Internet peuvent jouer dans le renforcement des personnels de santé, il appuie le projet de résolution. La Guinée-Bissau souhaiterait profiter des avantages des programmes de coopération qui pourraient être établis dans ce domaine. Toutefois, l'OMS doit tenir compte des problèmes d'accessibilité ainsi que des langues qui sont utilisées pour les communications si l'on veut que ces programmes soient largement utilisés. Aussi propose-t-il de modifier le projet de résolution en ajoutant au paragraphe 2 du dispositif un nouveau paragraphe qui s'énoncerait comme suit : « de soutenir dans le domaine de la cybersanté des initiatives régionales et interrégionales ou des initiatives entre des groupes de pays qui utilisent un langage commun ».

Le Dr YOOSUF (Maldives) dit que les possibilités d'utilisation des techniques de la cybersanté dans la prestation de soins de santé primaires sont très vastes et se développent rapidement. Toutefois, si l'on veut que la cybersanté et le cyberapprentissage donnent de bons résultats et soient équitablement répartis, il faut que le Secrétariat collabore avec les Etats Membres, les organisations internationales de télécommunication et le secteur privé pour essayer de faire baisser les coûts, notamment dans les pays en développement où il existe souvent un seul fournisseur de service.

La technologie de l'information est déjà très largement utilisée dans le cadre des activités traditionnelles de l'OMS telles que la surveillance de la maladie, la recherche et la gestion des données, l'éducation sanitaire, la formation en cours d'emploi. Les Maldives utilisent les technologies de l'information de diverses manières, par exemple pour accéder aux sites Web de santé publique, y compris ceux de l'OMS, au cours des urgences de santé publique, pour organiser des téléconférences nationales d'éducation du personnel et du grand public, et pour fournir des conseils et un appui dans le domaine de la gestion clinique aux professionnels de la santé travaillant dans des hôpitaux périphériques. Le développement de ces services est limité par le coût des télécommunications.

Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés par le membre de la Thaïlande, mais suggère d'ajouter un paragraphe supplémentaire au paragraphe 1 qui s'énoncerait comme suit : « à collaborer avec les agences internationales de télécommunications et d'autres partenaires pour essayer de réduire les coûts des télécommunications et assurer le succès de la cybersanté ».

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre de l'Islande, note que, si la cybersanté a déjà une incidence importante sur les systèmes de santé en rendant les services plus efficaces et en améliorant l'accès aux soins dans certains pays, de nombreuses parties du monde n'ont guère de possibilités d'utiliser ces technologies. La stratégie de cybersanté devrait se concentrer sur l'équité et la qualité et se fonder sur les principes de la Charte des Nations Unies. Le Secrétariat devrait aussi s'attacher à fournir un soutien aux Etats Membres pour développer des applications sûres et fiables de la cybersanté. L'observatoire mondial de la cybersanté qu'il est proposé de créer pourrait jouer un rôle crucial dans ce processus, mais il devrait être établi en coopération étroite avec le secteur privé. Son pays appuie le projet de résolution et beaucoup des amendements proposés.

Le Dr BEHBEHANI (Sous-Directeur général) dit qu'il sera tenu compte des vues exprimées. La cybersanté va probablement connaître un développement exponentiel et supposer d'utiliser les nouvelles technologies. Aussi un comité représentant l'ONUSIDA et tous les niveaux de l'Organisation a-t-il été créé pour examiner quelle est la meilleure façon de répondre aux besoins des Etats Membres à cet égard. Des réunions ont été organisées au niveau régional pour examiner les recommandations des pays. L'objectif est d'établir un plan d'action avant mai 2005.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), reconnaissant la complexité de la question, dit que la stratégie de cybersanté en est encore à ses premiers stades, mais qu'il y a une demande croissante de lignes directrices et de conseils. La stratégie continuera à évoluer de manière dynamique. L'observatoire mondial de la cybersanté ne sera pas un bâtiment, mais un réseau établi sur le modèle des observatoires qui fonctionnent déjà dans la Région des Amériques dans le domaine des ressources humaines pour la santé et dans la Région européenne dans le domaine des systèmes de santé en transition. Ces réseaux synthétisent les expériences des institutions participantes de leurs Régions ; bien qu'ils ne soient pas à forte intensité de ressources, ils offrent de gros avantages en termes d'orientations et de conseils fournis aux Etats Membres.

La cybersanté offre des possibilités très intéressantes de réaliser des économies dans le domaine des ressources humaines pour la santé où les graves pénuries exigeraient que l'on forme rapidement davantage de personnel. En exploitant les possibilités d'enseignement à distance et de télé médecine, on pourrait contribuer à surmonter certaines contraintes et autres goulets d'étranglement.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) ajoute que, dans le domaine de la prestation de soins de santé, les téléconsultations réduisent les frais de déplacement des patients, permettent d'éviter de les adresser inutilement à un niveau de soins supérieur et améliorent l'accès aux services. Les économies réalisées grâce aux téléconsultations dépendent de facteurs géographiques et du nombre de patients. En outre, les patients habitant dans des zones reculées peuvent recevoir, grâce aux téléconsultations, des avis de spécialistes qui leur seraient inaccessibles autrement ; à la suite du récent tsunami, les médecins au niveau des soins de santé primaires dans les zones touchées doivent traiter des patients qui auraient normalement été adressés à des services médicaux spécialisés si ces derniers n'avaient pas été mis hors d'état de fonctionner. L'une des mesures concrètes de l'OMS face à cette situation a été d'offrir un projet de cyberhôpital, géré en coopération avec l'Agence spatiale européenne et la Banque mondiale. Dans le cadre de ce projet, des ordinateurs portables avec des fichiers sanitaires électroniques seront fournis à 50 centres de soins de santé primaires des zones touchées spécialisés dans les soins d'urgence et la prise en charge à moyen terme ; ces ordinateurs devaient permettre d'avoir accès à l'Internet et au courrier électronique pour faciliter la communication et la coordination des secours, et d'être constamment en contact avec des réseaux de spécialistes médicaux et des services de consultations auprès desquels ils peuvent obtenir des conseils aussi bien en ligne que par d'autres moyens, dans les domaines des maladies transmissibles, de la pédiatrie, de l'obstétrique, de la dermatologie, des traumatismes et de la psychiatrie. Le coût dépendra de la manière dont le projet sera organisé. De nombreux partenaires fournissent leurs services pratiquement gratuitement. La cybersanté contribuera à rechercher les moyens de venir en aide aux gens et aux pays de la manière la plus rentable.

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'il est clair que la cybersanté offre de nombreux avantages, mais qu'il est aussi évident qu'il faudrait adopter une approche plus ciblée et consulter de plus près les Etats Membres.

Le PRESIDENT dit que l'on établira un nouveau document qui tiendra compte des amendements proposés et que l'on reviendra sur ce point de l'ordre du jour à une réunion ultérieure.

## **Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 7.)

**Usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients :** Point 4.14 de l'ordre du jour (document EB115/40)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le rapport contenu dans le document EB115/40. Prenant la parole en sa qualité de membre désigné par l'Islande, il appelle l'attention sur un projet de

résolution initialement rédigé par les pays nordiques et soumis par son propre pays ainsi que par les pays suivants : Allemagne, Autriche, Canada, Chine, Chypre, Danemark, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Gabon, Ghana, Guinée, Hongrie, Irlande, Jamahiriya arabe libyenne, Jamaïque, Kenya, Koweït, Lesotho, Lituanie, Luxembourg, Maldives, Népal, Norvège, Pakistan, Pays-Bas, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suède, Suisse, Thaïlande, Tonga et Viet Nam ; le texte est ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients ;<sup>1</sup>

Reconnaissant que l'endigement de la résistance aux antimicrobiens est un préalable à la réalisation de plusieurs des objectifs liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant les recommandations formulées par les participants à la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiangmai (Thaïlande), 2004) ;

Rappelant aussi les conclusions tirées du rapport de l'OMS de 2004 sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde<sup>2</sup> et la recommandation de Copenhague formulée à l'issue de la Conférence de l'Union européenne sur la menace microbienne (Copenhague, 1998) ;

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les patients ;

Reconnaissant que l'endigement de la résistance aux antimicrobiens est un préalable à la réalisation de plusieurs des objectifs liés à la santé qui ont été convenus sur le plan international et sont énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant les recommandations formulées par les participants à la Deuxième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments (Chiangmai, Thaïlande, 2004) ;

Rappelant aussi les conclusions tirées du rapport de l'OMS de 2004 sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde et la recommandation de Copenhague formulée à l'issue de la Conférence de l'Union européenne sur la menace microbienne (Copenhague, 1998) ;

Consciente du fait que la propagation de la résistance aux antimicrobiens ne connaît pas de frontières nationales et a atteint des proportions telles que des mesures s'imposent d'urgence aux niveaux national, régional et mondial, notamment compte tenu du recul de la mise au point de nouveaux antimicrobiens ;

Rappelant les résolutions antérieures WHA39.47 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments, WHA51.17 sur la résistance aux antimicrobiens et WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale ;

Appréciant les efforts déployés par l'OMS en collaboration avec les gouvernements, des universités, le secteur privé et des organisations non gouvernementales pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, contribuant ainsi à prévenir la propagation des maladies infectieuses ;

Notant que, malgré certains progrès, la stratégie pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens<sup>3</sup> n'a pas été largement appliquée ;

---

<sup>1</sup> Document EB115/40.

<sup>2</sup> Document WHO/EDM/PAR/2004.7.

<sup>3</sup> Document WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.



Souhaitant intensifier les efforts pour endiguer la résistance aux antimicrobiens et promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale ;

Réaffirmant la nécessité d'une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour promouvoir l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens ;

Convaincue que le moment est venu pour les gouvernements, les professions de santé, la société civile, le secteur privé et la communauté internationale de réaffirmer leur volonté de veiller à ce que des investissements suffisants soient consentis en vue d'endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que soit mise au point une approche nationale cohérente, globale et intégrée pour appliquer la stratégie pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens, le cas échéant en tenant compte des incitations financières dans les politiques en matière de prescription et de délivrance ;

2) à mobiliser des ressources humaines et financières pour atténuer le plus possible le développement et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, notamment en encourageant l'usage rationnel des antimicrobiens par les prestataires et les consommateurs ;

3) à suivre régulièrement l'usage des antimicrobiens et les niveaux de résistance aux antimicrobiens dans tous les secteurs concernés ;

4) à faire activement part de leurs connaissances et de leurs données d'expérience sur les meilleures pratiques pour promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer le rôle directeur de l'OMS dans l'action visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;

2) d'accélérer l'application des résolutions WHA51.17 et WHA54.14 concernant l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens en élargissant et en renforçant l'appui technique fourni par l'OMS aux Etats Membres qui en font la demande ;

3) d'aider d'autres programmes et partenaires concernés à intensifier leurs efforts pour promouvoir le bon usage des antimicrobiens en amplifiant les interventions d'efficacité avérée ;

4) d'aider à rassembler et à mettre en commun parmi les parties prenantes les connaissances et les données d'expérience sur les meilleurs moyens de promouvoir l'usage rationnel des antimicrobiens ;

5) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et, par la suite, à intervalles réguliers sur les progrès accomplis, les problèmes rencontrés et les autres mesures proposées en vue de l'application de la présente résolution.

Le projet de résolution ne prétend pas englober toute la question de l'usage rationnel des médicaments, mais met plutôt l'accent sur la résistance aux antimicrobiens qui constitue l'une des menaces les plus graves pour la sécurité sanitaire mondiale.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) dit que des taux croissants de résistance aux antimicrobiens ont été enregistrés dans son pays depuis le milieu des années 90, ce qui fait de la République tchèque l'un des pays européens ayant un grave problème de résistance aux antimicrobiens. En 2001, dans un document sur la stratégie pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens,<sup>1</sup> l'OMS a reconnu que la résistance aux antimicrobiens était un problème mondial qui

---

<sup>1</sup> Document WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.

menaçait la santé humaine et causait d'immenses dommages économiques, et a recommandé la création de groupes nationaux et internationaux interdisciplinaires pour étudier le phénomène. Le Ministère tchèque de la Santé a inclus l'usage rationnel des antimicrobiens par les prescripteurs et les patients dans sa politique nationale d'utilisation des antibiotiques, dans le cadre de son programme biennal de collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Europe pour la période 2004-2005. Une formation des médecins à la prescription rationnelle des antibiotiques et un projet d'information des patients font aussi partie de cette action.

Il appartient à chaque gouvernement de veiller de son côté à l'usage rationnel des médicaments, lequel passe par la fourniture d'informations, la surveillance, l'analyse coût/efficacité et la coordination interdisciplinaire. Le rapport et le projet de résolution sont donc importants pour tous les pays.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) demande des éclaircissements sur certains points du projet de résolution. Ainsi, le membre de phrase « en tenant compte des incitations financières dans les politiques en matière de prescription et de délivrance » à la fin du paragraphe 1.1) signifient-ils qu'il faut donner des incitations financières aux prescripteurs pour prescrire des médicaments ? Les médicaments ne devraient être prescrits et dispensés que sur le seul critère du bien-être du patient et de l'efficacité thérapeutique et non en échange d'incitations financières. Il estime ensuite que la question du rôle directeur évoquée au paragraphe 2.1) se réfère au rôle directeur de l'OMS dans son ensemble et pas seulement à celui du Secrétariat. Par ailleurs, la référence aux parties prenantes au paragraphe 2.4) s'applique-t-elle aux Etats Membres, aux autorités de réglementation et à toutes les personnes responsables de l'usage approprié des antibiotiques ? Elle pourrait s'appliquer à d'autres, et le terme devrait être clairement défini. Enfin, il est très peu fait référence aux pays en développement, alors que c'est dans ces pays que le mauvais usage des antibiotiques pose le plus grand problème. Ces pays ont besoin de recevoir toute l'aide et l'instruction qui peuvent leur être apportées, et l'intervenant demande si le nouveau Département créé pour fournir un appui technique aux pays en développement leur fournira un appui dans ce domaine.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) note avec intérêt que le point à l'examen est le seul de tout l'ordre du jour dans lequel il est fait mention des « patients » – c'est-à-dire les gens – plutôt que des gouvernements, des systèmes de santé ou de l'OMS elle-même. Et encore le titre de ce point sous-entend que les patients font quelque chose de mal, c'est-à-dire qu'ils ne prennent pas leurs médicaments correctement, alors que le rapport reconnaît que les systèmes de santé ne fournissent pas toujours les meilleurs médicaments au moment voulu et n'aident pas les patients à les utiliser rationnellement. Les erreurs des dispensateurs de soins et des patients coûtent cher en termes de vies humaines et d'argent gaspillé : l'Institute of Medicine des Etats-Unis d'Amérique a estimé il y a quelques années que les erreurs de prescription dans les pays coûtaient US \$128 milliards par an, dont un quart était attribuable à des erreurs évitables.

Les Etats-Unis ont appuyé le projet de résolution, car l'expérience de l'OMS en matière de surveillance peut être utile pour coordonner les efforts régionaux et internationaux visant à suivre la progression alarmante de la résistance aux antimicrobiens.

Un point important du rapport est la mention qui est faite au paragraphe 23 de la délivrance non contrôlée de médicaments par les pharmacies de nombreux pays. Les citoyens des Etats-Unis achètent souvent des médicaments dans les pays voisins où la réglementation en matière de prescription est moins stricte.

Les incitations financières en matière de prescription et de délivrance de médicaments évoquées par l'intervenant précédent existent bel et bien : elles peuvent par exemple influencer le choix du pharmacien quant au médicament qui sera délivré. Il serait peut-être plus approprié de parler d'« incitations financières et autres ».

La promotion et la publicité évoquées au paragraphe 26 sont des sources utiles d'information pour les patients, mais elles doivent être contrôlées pour vérifier leur exactitude et leur conformité aux lois et normes nationales.

On semble sous-entendre dans tout le rapport que le prix des médicaments est toujours fixé par le fabricant : il faudrait peut-être parler aussi de la marge bénéficiaire des détaillants et des taxes ou droits de douane imposés par les gouvernements nationaux.

Le rôle joué par les médecines complémentaire et parallèle mérite aussi d'être pris en considération. Aux Etats-Unis, près de 40 % des gens font usage de ce type de médicaments souvent sans en informer leur médecin. Aussi est-il surprenant que le rapport ne fasse pas mention de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients lancée en 2004 par l'OMS avec des fonds du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

Le problème de l'usage rationnel de médicaments est complexe et il n'existe pas de normes claires pour l'évaluer, mais il serait nécessaire de fournir aux médecins et aux pharmaciens des conseils pratiques fondés sur des données factuelles. Dans le projet de résolution, les termes « usage rationnel » au paragraphe 1.2) devraient être mieux définis ; l'usage le plus rationnel ne signifie pas nécessairement le coût le plus bas. Aussi suggère-t-il de les remplacer par le membre de phrase suivant « usage des médicaments de manière à ce que les résultats de la thérapie tant sur le plan clinique que sur le plan économique soient optimaux eu égard à l'état actuel des connaissances ».

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que tous les pays devraient établir des programmes efficaces pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens. Elle appuie le projet de résolution.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit qu'eu égard à l'incidence croissante de la résistance aux antimicrobiens, on devrait ajouter au paragraphe 1.1) du projet de résolution une disposition concernant le renforcement des contrôles sur la délivrance des médicaments dans les pharmacies, notamment la délivrance des médicaments sur ordonnance contenant des antibiotiques et des agents antibactériens de synthèse. Il appuie les observations du membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique sur le sujet.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit que l'utilisation à mauvais escient des médicaments est devenue un grave problème de santé publique. Il faudrait à cet égard des réglementations et des directives strictes, ainsi qu'un système efficace de surveillance pour lutter contre le phénomène. Le rôle joué par l'OMS dans la promotion tant de la mise en oeuvre d'une politique, d'une surveillance et de mesures visant à lutter contre la pharmacorésistance que de l'action de sensibilisation et de l'éducation devrait être accru. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr GAKURUH (Kenya) dit que le Kenya s'est joint aux auteurs du projet de résolution étant entendu que celui-ci ne constituerait que l'une des composantes des efforts entrepris pour améliorer l'usage rationnel des médicaments. Bien qu'il possède un cadre juridique pour les médicaments, il est nécessaire de promouvoir et de renforcer les mécanismes de réglementation des médicaments et d'encourager vigoureusement leur usage rationnel. Des interventions visant à lutter contre la résistance aux antimicrobiens s'imposent aussi d'urgence ; ces mesures devraient déboucher sur la formulation d'un cadre plus global pour l'usage rationnel de tous les médicaments, dans la direction préconisée par le rapport. Le Directeur général devrait accroître le soutien apporté aux Etats Membres pour les aider à renforcer leur capacité de réglementation et de fourniture d'informations. La résistance aux antipaludiques à laquelle on a assisté ces dix dernières années dans les pays d'Afrique subsaharienne a contraint le Kenya à revoir sa politique de traitement du paludisme tous les cinq ans, et elle est une illustration éclatante de la nécessité d'utiliser les médicaments en général de façon plus rationnelle.

Le Dr SANDA (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) appuie le projet de résolution à la rédaction duquel la Roumanie a participé. Elle rappelle qu'en tant que généraliste, elle s'est toujours efforcée de donner à ses patients le traitement le plus rapide, le plus efficace et le moins coûteux possible, alors que ces derniers étaient convaincus que plus un traitement était douloureux plus il était efficace. Les attentes des patients ne correspondent pas toujours aux prescriptions du médecin. Il

faudrait insister davantage sur la nécessité d'une recherche coordonnée sur la question et sur la formation continue des professionnels de la santé.

M. PÉREZ LÁZARO (suppléant du Dr Lamata Cotanda, Espagne), appuyant les remarques de l'intervenant précédent, dit que l'Espagne attache une grande importance à la formation des médecins et des pharmaciens sur toutes les questions touchant à la qualité, à l'innocuité, à l'efficacité et à l'efficience des médicaments. Il partage les doutes exprimés par le membre de la Bolivie concernant le paragraphe 1.1) du projet de résolution. Les auteurs voulaient probablement souligner le fait que les intérêts financiers ou autres ne devraient jouer aucun rôle dans les politiques de prescription et de délivrance des médicaments. Cela ressortirait plus clairement si le dernier membre de phrase du paragraphe en question était modifié comme suit : « et, le cas échéant, à prendre des mesures concernant les incitations financières ou autres qui pourraient avoir des conséquences négatives sur les politiques en matière de prescription et de délivrance ». Le but est d'assurer le respect de l'éthique dans les relations entre les médecins et pharmaciens, d'une part, et l'industrie pharmaceutique, d'autre part.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) appuie fermement le projet de résolution et prend note que sa portée a été étendue à l'ensemble des antimicrobiens. Cela est essentiel compte tenu du développement de la résistance à certains médicaments et en particulier à ceux utilisés contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Toutefois, la résistance n'est que l'un des aspects de l'usage rationnel des médicaments ; aussi exhorte-t-il le Secrétariat, en collaboration avec toutes les parties prenantes, à examiner la possibilité d'incorporer dans le projet de résolution d'autres composantes importantes de la question. Il suggère aussi que l'on demande à la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique qui a été nommée par le Conseil pour s'occuper de nombreux aspects touchant aux médicaments essentiels, y compris leur accessibilité et leur coût, d'inclure dans ses travaux la question de l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr NSIAH-ASARE (suppléant du Dr Ahmed, Ghana) appuie le fait que le champ du sujet ne se limite pas au problème de la résistance aux antimicrobiens. Le Ghana a déjà adopté le concept de médicaments essentiels et a pu en éprouver les bienfaits. Avec le développement des systèmes de sécurité sociale, il devient nécessaire de formuler des lignes directrices pour le contrôle et l'évaluation de l'usage des médicaments.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) souligne qu'il est nécessaire d'assurer un usage rationnel des médicaments, et en particulier des antimicrobiens. Il faudrait prêter attention à l'éducation des consommateurs et à la formation continue des dispensateurs de soins de santé. Les systèmes d'assurance de la qualité devraient comprendre une surveillance de l'usage rationnel des médicaments.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que l'usage irrationnel des médicaments n'est pas seulement un obstacle à une pleine exploitation du potentiel de la pharmacopée dans les soins de santé ; il crée aussi d'autres problèmes, y compris le développement de résistances dues à l'usage impropre des antibiotiques. Les projets pilotes visant à promouvoir l'usage rationnel ont fait la preuve de leur efficacité, mais il faut maintenant arriver à les transposer au niveau national. Des interventions pluridimensionnelles sont nécessaires, car une intervention portant sur un seul aspect peut avoir des conséquences indésirables comme l'utilisation irrationnelle d'un autre médicament. Un système d'assurance à large assise et comprenant une réglementation, une supervision et un contrôle est d'une importance capitale pour assurer l'usage rationnel des médicaments. Le fait que, dans le secteur privé des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, les médicaments soient presque toujours délivrés par des prescripteurs constitue une forte incitation à leur usage irrationnel, car plus ces praticiens en prescrivent et plus ils gagnent d'argent. La plupart des pays de la Région mettent aussi fortement

l'accent sur la fourniture de médicaments et reportent l'examen de la question de l'usage rationnel tant qu'ils ne disposent pas de stocks adéquats. Or les deux questions doivent être traitées conjointement. Les systèmes d'assurance-maladie ne sont pas très répandus dans la Région, pourtant ils sont le facteur le plus important pour encourager l'usage rationnel des médicaments. Il appuie fermement le projet de résolution.

Le Dr ABDULLA (Soudan) appuie fermement le projet de résolution et demande que le Soudan soit ajouté à la liste des auteurs.

Mme PATTERSON (suppléant de Mme Halton, Australie) soutient le projet de résolution et demande que l'Australie soit ajoutée à la liste des auteurs.

Le Dr NDONG (Gabon) appuie lui aussi le projet de résolution. Il propose que l'on insère, au paragraphe 1, un paragraphe ainsi libellé : « à renforcer leur législation sur la disponibilité des médicaments en général et des antimicrobiens en particulier ». La vente sans ordonnance de produits pharmaceutiques est l'une des causes d'utilisation irrationnelle des médicaments en général et, plus particulièrement, des antimicrobiens. Il faudrait empêcher cette distribution incontrôlée de médicaments.

Le Dr AGARWAL (Inde)<sup>1</sup> dit que son pays est préoccupé par le recours excessif aux antimicrobiens, qui est à l'origine de la résistance des agents pathogènes. Compte tenu de cette évolution ainsi que de la prévalence croissante des maladies chroniques et du fait que le VIH/SIDA nécessite de plus en plus un traitement à vie, il est devenu urgent de mettre au point des interventions efficaces pour promouvoir un usage plus économique des médicaments à long terme et l'observance d'un traitement chronique. La communauté médicale doit être sensibilisée à la nécessité d'un usage rationnel des médicaments. Un projet a été lancé en Inde, avec l'assistance de la Banque mondiale, afin de renforcer le potentiel de contrôle de la qualité des médicaments et des aliments. L'usage rationnel des médicaments est l'un des aspects sur lesquels devront porter les mesures de sensibilisation prévues dans le cadre du projet, qui associent toutes les parties prenantes.

Mme ALVES (Fédération internationale pharmaceutique), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que l'activité principale des pharmaciens consiste à distribuer des médicaments et d'autres produits de soins de santé dont la qualité est garantie et à aider les gens à en faire usage dans des conditions de sécurité et de façon rationnelle, en leur donnant les informations et les conseils nécessaires ou en surveillant leurs réactions à ces produits. Les pharmaciens ont adopté une approche fondée sur le patient, qui cherche à réaliser un juste équilibre entre les considérations thérapeutiques et économiques. Les conseils appropriés dispensés aux patients leur permettent de participer pleinement à leur propre guérison et améliorent l'observance du traitement. Un traitement avec des médicaments délivrés sur ordonnance est un processus de collaboration entre patients, médecins, pharmaciens et autres prestataires de soins de santé, mais cela présuppose un partenariat reposant sur la confiance mutuelle et l'acceptation de la responsabilité partagée des résultats. C'est pourquoi la Fédération qu'elle représente demande instamment aux organisations nationales et internationales et aux gouvernements de reconnaître l'importance de promouvoir et de mettre en oeuvre une approche intégrée du traitement pharmacothérapeutique associant toutes les personnes concernées. Il est indispensable de reconnaître la contribution des pharmaciens à la promotion de la prescription rationnelle et économique et de l'usage rationnel des médicaments. Ils devraient avoir accès à un système permettant de rendre compte des effets indésirables, des erreurs de prescription, des défauts de qualité des produits et des contrefaçons détectées. Ces rapports devraient inclure des informations

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

communiquées par les patients et les professionnels de la santé, soit directement, soit par l'intermédiaire des pharmaciens.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que les infirmières, les pharmaciens et les médecins partagent la responsabilité de la prescription, de la délivrance et de l'administration des médicaments ainsi que de leur usage rationnel. Les professionnels de la santé doivent faire en sorte que les patients reçoivent des composés sans danger pour leur santé, adaptés à leurs besoins cliniques et correctement dosés, pendant la durée nécessaire et au coût le plus bas tant pour le patient que pour la communauté. Le développement de l'usage impropre des antimicrobiens entraîne une résistance croissante des agents pathogènes. En outre, la surutilisation des injections faites dans des conditions non stériles contribue à la propagation d'infections, en particulier des virus de l'hépatite B et C. La multiplication des contrefaçons et des médicaments de qualité inférieure contribue aussi à la propagation de la résistance, et notamment de la résistance au traitement antirétroviral. Les politiques et les mécanismes mis en place par l'OMS et par les gouvernements pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments devraient inclure l'établissement d'organismes pluridisciplinaires chargés de réglementer et de surveiller l'utilisation des médicaments ; la surveillance des pratiques des prescripteurs afin d'éviter une utilisation abusive des antimicrobiens et des injections ; une meilleure sensibilisation au danger des contrefaçons et des médicaments de qualité inférieure ; l'information des patients et de la population sur la bonne utilisation des médicaments ; l'élaboration et la diffusion de directives cliniques fondées sur l'expérience à l'intention des professionnels de la santé ; et le maintien à un niveau approprié des effectifs et des fournitures de médicaments.

M. MISRA (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT et au nom de Health Action International, dit que des mesures doivent être prises d'urgence pour lutter contre les erreurs commises par les fournisseurs et les consommateurs dans la sélection et l'utilisation des médicaments. Les autorités de réglementation doivent veiller à ce que les intérêts financiers des fabricants et des distributeurs de produits pharmaceutiques n'entrent pas en conflit avec les besoins de santé publique.

Il importe de réglementer la promotion des médicaments auprès des prescripteurs et d'améliorer l'information de ces derniers en ce qui concerne les effets secondaires potentiels de ces produits. Health Action International a mis au point, en collaboration avec l'OMS, une base de données sur la promotion des médicaments en vue de surveiller les incitations auxquelles sont soumis les prescripteurs. Les médecins ont aussi joué un rôle, par exemple en créant un site Web dans lequel ils proposent des instruments visant à entraver les activités de promotion de médicaments et à atténuer leurs effets.

Les consommateurs informés ont aussi un rôle déterminant à jouer dans l'usage rationnel des médicaments et les systèmes de santé. La qualité, l'exactitude et l'indépendance de l'information sont essentielles pour éviter l'exploitation des consommateurs vulnérables. L'OMS et les gouvernements doivent donner des instructions précises et fournir des informations comparatives sur les meilleures interventions et leur utilisation appropriée. Des comités nationaux ont été mis en place afin de tirer les enseignements de deux incidents survenus récemment, qui ont ébranlé la confiance du public en ce qui concerne l'innocuité des médicaments. Il faudrait aussi élaborer des directives régissant les rapports entre le public, les associations de patients et d'autres parties intervenant dans la fourniture et l'utilisation de médicaments. L'usage irrationnel des médicaments porte atteinte aux systèmes de santé tant dans les pays riches que dans les pays pauvres, et il risque de compromettre les acquis en matière de santé.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) dit que, d'une manière générale, les médecins ne connaissent pas suffisamment la composition des médicaments pour pouvoir les utiliser de façon rationnelle à des fins de traitement et il est conscient qu'ils font l'objet d'incitations financières pour prescrire tels médicaments plutôt que d'autres.

Un usage rationnel des médicaments signifie qu'ils doivent être prescrits et délivrés de façon rationnelle, que les interactions médicamenteuses doivent être évitées, et que les patients doivent être correctement informés et se conformer aux protocoles thérapeutiques. L'usage irrationnel des médicaments est un problème complexe qui requiert la participation des ministères de la santé, d'organisations non gouvernementales comme celles qui sont actuellement présentes au Conseil, de consommateurs et de patients, d'organisations du système des Nations Unies, de centres collaborateurs de l'OMS et d'autres parties prenantes.

L'ensemble du texte du projet de résolution vise à assurer la sécurité des patients et l'efficacité de leur traitement. En effet, un traitement inadapté induit une résistance non seulement aux antibactériens mais aussi aux antirétroviraux et à d'autres antimicrobiens. A propos des erreurs médicales, non seulement les décès consécutifs à des prescriptions erronées sont inacceptables, mais en outre les complications liées à l'usage des médicaments ont d'énormes conséquences économiques.

S'agissant de l'utilisation impropre des médicaments et du soutien à apporter aux pays pour les aider à en faire bon usage, deux nouveaux départements ont été créés au sein du Secrétariat : l'un chargé de la politique et des normes mondiales et l'autre de l'appui technique aux pays. En réponse à l'intervention du membre désigné par la Roumanie, l'intervenant relève que les gens préfèrent souvent un traitement puissant, voire douloureux, pensant qu'il est plus efficace. Il existe pourtant actuellement bon nombre de formes orales qui sont tout aussi efficaces que les injections.

En ce qui concerne l'amélioration de la formation qui a été préconisée, il indique que si le projet de résolution était adopté, le projet mis en oeuvre comporterait une importante composante de formation, car c'est l'un des moyens les plus efficaces sur le plan des coûts de promouvoir un usage rationnel des médicaments.

Remerciant les pays qui ont parrainé le projet de résolution, lequel contient de précieux conseils, il dit que le Secrétariat va s'efforcer de réunir leurs efforts pour encourager l'usage rationnel des antimicrobiens dans le cadre d'activités beaucoup plus vastes visant à développer des interventions efficaces pour promouvoir l'usage rationnel des médicaments d'une manière générale. La mobilisation de fonds va être intensifiée afin de garantir la disponibilité des ressources financières et humaines nécessaires à l'exécution des activités proposées dans le projet de résolution.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) fait observer que la Bolivie a décidé de se joindre aux auteurs. Il donne lecture des amendements proposés : au paragraphe 1.1), insérer les mots « et autres qui pourraient avoir des conséquences négatives » après les mots « incitations financières » ; et ajouter un nouveau paragraphe après le paragraphe 1.1), libellé en ces termes : « à envisager de renforcer leur législation sur la disponibilité des médicaments en général et des antimicrobiens en particulier ».

M. SHUGART (Canada) fait observer que, dans le premier amendement, le mot « néfastes » serait préférable au mot « négatives ».

Le PRESIDENT dit que, avec ces amendements, il considère que le texte est acceptable.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre : Point 4.15 de l'ordre du jour (document EB115/29)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution intitulé Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action proposé par l'Allemagne, l'Australie, la Bolivie, le Brésil, le Canada, la Chine, l'Espagne, les Etats-Unis d'Amérique, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Islande,

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R6.

Israël, l'Italie, la Jamaïque, le Japon, les Pays-Bas, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et la Thaïlande ; le texte est ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le document intitulé Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le document intitulé Plan d'action international sur le vieillissement : rapport sur la mise en oeuvre ;

Notant que plus d'un milliard de personnes auront plus de 60 ans en 2025, que leur nombre devrait doubler d'ici 2050, entraînant une charge croissante pour les services sanitaires et sociaux du monde entier, et que la grande majorité vivra dans les pays en développement ;

Rappelant la résolution WHA52.7 intitulée Vieillir en restant actif, dans laquelle tous les Etats Membres étaient invités à prendre des mesures propres à garantir au nombre croissant de leurs citoyens âgés le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible ;

Rappelant aussi la résolution 58/134 du 22 décembre 2003 dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies priait les organes et organismes des Nations Unies et les institutions spécialisées d'inscrire la question du vieillissement dans leurs programmes de travail, notamment en tenant compte de la différence entre les sexes ;

Rappelant en outre la résolution 59/150 dans laquelle l'Assemblée générale des Nations Unies demandait aux gouvernements et aux organisations du système des Nations Unies, ainsi qu'aux organisations non gouvernementales et au secteur privé, de donner la place voulue aux problèmes du vieillissement de la population et aux préoccupations des personnes âgées dans leurs programmes et projets, en particulier au niveau des pays, et invitait les Etats Membres à communiquer quand ils le pouvaient des informations à inclure dans la base de données des Nations Unies sur le vieillissement ;

Prenant note du cadre d'orientation « Vieillir en restant actif », qui constitue la contribution de l'OMS à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, et de la conception de l'OMS concernant l'élaboration de politiques intersectorielles intégrées sur le vieillissement ;<sup>2</sup>

Consciente du rôle important de l'OMS dans l'application des objectifs du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adopté en 2002, en particulier l'orientation prioritaire II : Promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées ;

Reconnaissant la contribution qu'apportent les personnes âgées au développement et l'importance que revêtent pour elles l'éducation tout au long de l'existence et une participation active à la vie de la communauté ;

Soulignant le rôle important que jouent les politiques et programmes de santé publique pour permettre au nombre rapidement croissant de personnes âgées dans les pays développés comme dans les pays en développement de rester en bonne santé et de continuer à apporter leur contribution essentielle sous de nombreuses formes au bien-être familial, communautaire et social ;

Soulignant aussi l'importance que revêt la mise sur pied de services de soins, notamment de services de cybersanté, pour permettre aux personnes âgées de vivre chez elles le plus longtemps possible ;

---

<sup>1</sup> Document EB115/29.

<sup>2</sup> Document WHO/NMH/NPH/02.8.



Soulignant par ailleurs la nécessité de tenir compte de la différence entre les sexes dans les politiques et programmes liés au vieillissement actif et en bonne santé ;

Se félicitant de l'accent mis par l'OMS sur les soins de santé primaires, par exemple la mise sur pied de soins de santé primaires ouverts aux personnes âgées ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à élaborer, appliquer et évaluer des politiques et programmes propres à promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé et le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible chez les personnes âgées ;

2) à considérer la situation des personnes âgées comme faisant partie intégrante de leurs efforts en vue d'atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire et à mobiliser la volonté politique et les ressources financières nécessaires à cette fin ;

3) à prendre des mesures pour que les politiques, les plans et les programmes de santé tenant compte de la différence entre les sexes reconnaissent et prennent en considération les droits et les besoins complets en matière de santé, de services sociaux et de développement des femmes et des hommes âgés, tout spécialement en ce qui concerne les exclus, les personnes âgées atteintes d'incapacités et celles qui ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins essentiels ;

4) à prêter une attention particulière au rôle essentiel que jouent les personnes âgées, notamment les femmes âgées, au sein de la famille et de la communauté, en tant que dispensateurs de soins, et notamment à la charge qu'elles doivent assumer du fait de la pandémie de VIH/SIDA ;

5) à promulguer et appliquer des lois et à renforcer les mesures juridiques et les initiatives communautaires visant à éliminer la maltraitance des personnes âgées ;

6) à établir, utiliser et maintenir des systèmes permettant de fournir des données, tout au long de la vie, ventilées selon l'âge et le sexe, sur les déterminants intersectoriels de la santé et l'état de santé afin de renforcer la planification, l'application, la surveillance et l'évaluation des interventions fondées sur des données factuelles pour les personnes âgées, menées dans le cadre de la politique de santé ;

7) à prendre des mesures et des incitations en matière d'éducation et de recrutement tenant compte des circonstances particulières dans les pays en développement, afin qu'un nombre suffisant de soignants puisse répondre aux besoins des personnes âgées ;

8) à renforcer les mesures nationales visant à assurer que des ressources suffisantes soient disponibles pour tenir les engagements en faveur de l'application du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement adopté en 2002 et des plans d'action régionaux correspondants concernant la santé et le bien-être des personnes âgées ;

9) à soutenir l'activité de plaidoyer de l'OMS en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé par de nouveaux partenariats plurisectoriels avec des organisations intergouvernementales, non gouvernementales, le secteur privé et des organisations bénévoles ;

2. PRIE la Commission des Déterminants sociaux de la Santé d'inclure les questions liées au vieillissement actif et en bonne santé tout au long de la vie parmi ses recommandations de politique générale ;

3. PRIE le Directeur général :

1) de veiller à une meilleure sensibilisation au problème du vieillissement des sociétés, aux besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées et à la contribution qu'elles apportent à la société, en collaborant notamment avec les Etats Membres, et les employeurs des secteurs non gouvernemental et privé ;

2) de soutenir, en collaboration avec les partenaires concernés, les efforts consentis par les Etats Membres pour tenir leurs engagements en faveur des buts et

conclusions des conférences et sommets pertinents des Nations Unies, en particulier la Deuxième Assemblée mondiale sur le Vieillissement, concernant les besoins sanitaires et sociaux des personnes âgées ;

3) de continuer à mettre l'accent sur des soins de santé primaires adaptés aux personnes âgées et qui leur sont accessibles et disponibles, renforçant ainsi leur capacité de rester le plus longtemps possible une ressource vitale pour la famille, l'économie et la société ;

4) de fournir un appui aux Etats Membres en favorisant la recherche et en renforçant la capacité de promotion de la santé et de prévention de la maladie tout au long de la vie pour les aider à développer des soins intégrés pour personnes âgées, y compris un appui aux dispensateurs de soins dans un cadre structuré ou non ;

5) d'entreprendre des initiatives visant à améliorer l'accès des personnes âgées aux services pertinents d'information, de soins et d'action sociale, afin notamment de réduire le risque d'infection par le VIH, d'améliorer la qualité de vie et de respecter la dignité des personnes âgées vivant avec le VIH/SIDA et de les aider à soutenir les membres de leur famille touchés par le VIH/SIDA ainsi que leurs petits-enfants orphelins ;

6) d'apporter un soutien aux Etats Membres qui en feront la demande pour mettre sur pied, utiliser et maintenir des systèmes permettant de fournir des informations, tout au long de la vie, ventilées selon l'âge, le sexe, l'état de santé et certaines informations intersectorielles, sur les déterminants de la santé, afin de renforcer la planification, l'application, la surveillance et l'évaluation des interventions fondées sur des données factuelles pour les personnes âgées, menées dans le cadre de la politique de santé ;

7) de renforcer la capacité de l'OMS d'incorporer son action sur le vieillissement dans tous ses programmes et activités à tous les niveaux et de faciliter le rôle des bureaux régionaux de l'OMS concernant l'application des plans d'action régionaux des Nations Unies sur le vieillissement ;

8) de coopérer avec d'autres organismes et organisations du système des Nations Unies pour assurer une action intersectorielle en vue d'un vieillissement actif et en bonne santé ;

9) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), remerciant les auteurs du projet, dit que son pays était à l'origine favorable à ce texte non seulement parce que l'amélioration de la qualité de vie de ses citoyens âgés et de leur famille est une priorité nationale, mais aussi pour encourager le Secrétariat et toutes les institutions des Nations Unies et les Etats Membres à commencer à donner effet aux engagements énoncés dans le Plan d'action international sur le vieillissement adopté à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement (Madrid en 2002). La résolution est censée guider l'action de l'Organisation et devrait être considérée comme une étape positive.

Les membres désignés par certains pays de la Région des Amériques ont demandé que, dans la version espagnole du texte du projet de résolution, les mots « *personas mayores* » soient remplacés par « *adultos mayores* » ; et que l'on insère, au paragraphe 1.5), les adjectifs « physique et mentale » après « maltraitance ». Le Dr Steiger propose que, dans la version anglaise, l'expression « abuse of elderly people », qui figure au paragraphe 1.5), soit remplacée par « elder abuse » par souci de conformité avec la terminologie onusienne.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) fait observer que le secteur des personnes âgées s'accroît à un rythme beaucoup plus rapide que l'ensemble de la population dans de nombreuses régions du monde, y compris les Caraïbes ; des mesures doivent donc

être prises pour promouvoir un vieillissement en bonne santé et faire en sorte que les personnes âgées – dont un grand nombre n'ont pas ou guère les moyens de supporter le coût de leurs soins – puissent être soignées et traitées avec respect par les systèmes de santé. Les pays doivent assurer à ces personnes l'accès non seulement aux soins de santé primaires dans des établissements, mais aussi aux soins à domicile et à l'autoprise en charge, avec une planification efficace. Le centre collaborateur OMS/OPS sur le vieillissement et la santé, à l'Université des Antilles, qui a participé à la mise en place d'un cours de formation postuniversitaire sous la forme d'un programme d'enseignement à distance axé sur la médecine familiale, travaille avec la Fondation de la société Merck à un projet de formation aux problèmes du vieillissement dans la région des Caraïbes.

Etant donné que l'activité et la santé des personnes âgées deviennent l'une des principales préoccupations de santé publique, elle propose d'insérer dans le projet de résolution après le paragraphe 1.8) un nouveau paragraphe libellé en ces termes : « à rendre compte de l'évolution de la situation des personnes âgées et des programmes pour un vieillissement actif et en bonne santé lors de l'établissement des rapports de pays sur la santé ».

Le Dr GAKURUH (Kenya), faisant observer que plus d'un milliard de personnes seront âgées de plus de 60 ans d'ici 2025 et, surtout, que la structure sociale africaine traditionnelle de soutien aux personnes âgées est en train de disparaître, salue la qualité du rapport et exprime son soutien à la résolution. Les familles nucléaires et élargies sont la principale structure de soins et de soutien aux personnes âgées au Kenya et dans la plus grande partie de l'Afrique, mais, du fait de l'environnement social et économique actuel, cette structure se délabre rapidement. Dans certains pays, ce problème est aggravé par des maladies émergentes et réémergentes et les guerres civiles. Dans la mesure du possible, il est essentiel de mettre l'accent sur les soins à domicile et le soutien à l'intérieur de la communauté, ainsi que le fait la stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA. Elle propose d'insérer au paragraphe 3.3) du projet de résolution le membre de phrase « , le cas échéant en privilégiant les structures communautaires existantes, » après « mettre l'accent sur des soins de santé primaires ».

Le Dr SANDA (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) est favorable à l'accent mis sur les soins de santé primaires et au fait d'incorporer les soins sociaux et sanitaires dans une approche globale. La Roumanie a beaucoup apporté à la gériatrie et à la gérontologie grâce aux travaux du Professeur Aslan, éminent physicien et chercheur. Dans le domaine de la gérontologie, la formation continue aux niveaux universitaire et postuniversitaire est particulièrement importante.

Les efforts consentis par le Secrétariat et les Etats Membres pour promouvoir les soins palliatifs revêtent une importance toute spéciale. Elle approuve les étapes décrites dans le Plan d'action et exprime son plein appui au projet de résolution.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie), dont le pays est l'un des auteurs du projet de résolution, dit que le rapport définit à juste titre le VIH/SIDA comme l'un des deux nouveaux domaines concernant la grave question du vieillissement et de la santé, mais que l'exposé des rapports entre les personnes âgées et le VIH/SIDA est quelque peu partisan. Ces dernières supportent en effet en grande partie la charge additionnelle que la pandémie fait peser sur les familles en termes de fourniture de soins, mais l'âge n'est pas en soi une garantie contre les maladies dues au VIH, même avec les traitements antirétroviraux. Même si une attention plus grande devrait être portée aux caractéristiques spécifiques de la propagation du VIH chez les personnes âgées, il convient toutefois de tenir compte de l'importance que représentent pour ces personnes toutes les mesures de prévention, de traitement, de soins et d'appui qui sont actuellement élaborées et mises en oeuvre dans le cadre de la stratégie mondiale de lutte contre le VIH/SIDA ; cet aspect doit donc être reflété dans le projet de résolution.

Le rapport mentionne un projet de recherche pilote au Zimbabwe qui, à sa connaissance, a conduit à la publication, en décembre 2002, d'un rapport sur les effets du VIH/SIDA sur les personnes âgées en Afrique. Un autre projet visant à élaborer une méthodologie pour l'étude et l'évaluation de l'impact du VIH/SIDA sur les personnes âgées doit être mis en oeuvre dans trois autres pays

d’Afrique. Duquel de ces deux projets est-il question au paragraphe 10 et, surtout, quand et comment ce projet sera-t-il « reproduit » dans d’autres pays, comme indiqué dans ce même paragraphe ?

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) dit que l’intégration du Plan d’action international sur le vieillissement dans le système de soins de santé primaires s’est avérée extrêmement bénéfique. Le succès de sa réalisation repose sur une politique gouvernementale claire, des ressources suffisantes et son intégration aux systèmes de soins de santé primaires avec les ressources humaines qualifiées nécessaires. Un système de surveillance et d’évaluation doit être mis en place pour garantir la qualité et la couverture. La participation de la communauté est indispensable pour permettre aux personnes âgées de conserver leur indépendance et d’avoir une bonne qualité de vie.

En tant que coauteur du projet de résolution, il propose les amendements suivants : au paragraphe 1.5), remplacer le mot « promulguer » par le membre de phrase « envisager d’établir un cadre juridique approprié » ; au paragraphe 2, le mot « inclure » devrait être précédé par « envisager d’ ». Il suggère en outre de fondre certains alinéas des paragraphes 1 et 3 pour que le texte soit plus concis et plus compréhensible.

Le Dr AHMED (Ghana) dit que la durée de vie s’est allongée, y compris dans certains pays en développement. La menace que la mondialisation fait peser sur le mode de vie traditionnel concernera aussi les personnes âgées. Il se demande pourquoi le rapport met l’accent sur les soins de santé primaires alors qu’une optique beaucoup plus large est nécessaire. En outre, les problèmes émergents évoqués aux paragraphes 10 et 11 du rapport devraient faire l’objet d’un examen plus approfondi ; des recherches plus poussées devraient être entreprises sur le rôle du groupe dans les sociétés traditionnelles pour les soins aux personnes âgées, en particulier en Afrique subsaharienne.

M. RECINOS TREJO (El Salvador)<sup>1</sup> dit que les pays de la Région des Amériques se félicitent de la qualité du rapport et soutient toute initiative mondiale axée sur les soins aux personnes âgées, et en particulier les stratégies qui englobent les soins de santé primaires et une protection contre la maltraitance physique et mentale. Il faut poursuivre les efforts déployés afin de fournir à la population croissante de personnes âgées le meilleur niveau possible de santé et de bien-être ; les pays de la Région sont donc favorables au projet de résolution, de même qu’à l’amendement proposé en son nom par le membre désigné par les Etats-Unis d’Amérique.

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre de l’Islande, dit que le projet de résolution est censé avoir un impact positif sur la promotion du vieillissement en bonne santé et de la qualité de la vie et de l’indépendance des personnes âgées. Il met l’accent sur la prévention et le traitement des maladies liées à la vieillesse, sur l’environnement social des personnes âgées et sur les incidences sociales du vieillissement.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général), prenant note des orientations claires et utiles formulées, dit que le Secrétariat met tout en oeuvre pour améliorer l’efficacité de son travail sur le vieillissement et faire en sorte que les personnes âgées bénéficient des meilleures conditions possibles, y compris sur le plan de la santé. Le projet de résolution et les propositions y relatives viennent compléter l’action de l’OMS. Il reste encore beaucoup à faire, mais l’OMS a tenu à donner la priorité aux services de santé primaires étant donné que la plus grande partie de la population des personnes âgées vit au sein de communautés, d’où l’importance de l’accès aux soins de santé primaires. Les facteurs qui déterminent l’accès aux services de soins de santé primaires et la fourniture de ces services ont également été analysés. Les activités régionales de l’OMS dans ce contexte doivent être renforcées, en particulier en ce qui concerne les directives relatives aux soins de santé primaires.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l’article 3 de son Règlement intérieur.

Elle note que le rapport et le projet de résolution insistent sur certaines répercussions du VIH/SIDA pour les personnes âgées et sur les problèmes que pose la fourniture de soins de santé à ces personnes dans ce contexte. Le projet pilote entrepris au Zimbabwe a été mené à bien et est en cours d'analyse. Malheureusement, ce n'est pas la difficulté de reproduire ce projet dans les quatre pays en question qui pose problème, mais tout simplement le manque de ressources.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Le paragraphe 1.5), tel qu'amendé, sera ainsi libellé : « à envisager d'établir un cadre juridique approprié, à appliquer des lois et à renforcer les mesures juridiques et les initiatives communautaires visant à éliminer la maltraitance physique et mentale des personnes âgées ». Un nouveau paragraphe 8*bis* sera ainsi libellé : « à rendre compte de l'évolution de la situation des personnes âgées et des programmes pour un vieillissement actif et en bonne santé lors de l'établissement des rapports de pays sur la santé ». Le paragraphe 2 sera modifié comme suit : « PRIE la Commission des Déterminants sociaux de la Santé d'envisager d'inclure les questions liées au vieillissement actif et en bonne santé tout au long de la vie parmi ses recommandations de politique générale ». Le début du paragraphe 3.3) sera modifié comme suit : « de continuer à mettre l'accent sur des soins de santé primaires, le cas échéant en privilégiant les structures communautaires existantes, adaptées aux personnes âgées ... ». Il sera en outre tenu compte des modifications apportées au texte espagnol.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 14 heures.**

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R7.

## ONZIEME SEANCE

Lundi 24 janvier 2005, 9 h 10

Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)

### 1. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

**Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004) :** Point 4.16 de l'ordre du jour (document EB115/30)

Le Dr SAM (Gambie) dit que, dans le domaine de la recherche en santé, le rôle de l'OMS en tant qu'organisation fondée sur le savoir, est de faire en sorte que la recherche soit menée en conformité avec un ensemble uniforme de normes éthiques et autres qui soient à la fois acceptables et reproductibles à l'échelle mondiale. Les connaissances obtenues grâce à la recherche ont permis d'introduire avec succès des interventions de santé publique préventives d'un bon rapport coût/efficacité, notamment dans le domaine des maladies évitables de l'enfance. En ce qui concerne les vaccins, l'un des problèmes les plus graves n'est pas leur disponibilité mais l'accès à ceux-ci, là où ils sont le plus utiles. Un autre problème est la mise au point et l'introduction de nouveaux vaccins contre certaines maladies comme la paludisme, l'infection à VIH ou la pneumonie qui causent la mort de millions d'enfants dans le monde. La recherche en santé est la meilleure stratégie au stade actuel, mais il est important de veiller à ce que les découvertes qui sont faites remplissent bien leur objectif initial qui est de lutter contre les maladies cibles.

Les pays en développement, y compris la Gambie et d'autres pays d'Afrique occidentale, apprécient les efforts déployés notamment par l'OMS et d'autres organisations du système des Nations Unies, par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Vaccine Fund, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et par tous ceux qui les soutiennent pour mettre en place des mécanismes de financement permettant de donner accès à des vaccins coûteux à des gens qui ne pourraient pas autrement en bénéficier. Toutefois, on rencontre actuellement, au niveau du fonctionnement de ces mécanismes, certaines difficultés sur lesquelles les partenaires concernés n'ont pas de prise. La lassitude des donateurs et l'influence de la situation macroéconomique instable constituent d'autres menaces. La recherche sur les vaccins fait non seulement intervenir des procédés de fabrication technologiquement complexes, mais nécessite aussi des essais cliniques pour vérifier l'innocuité et l'efficacité de ces vaccins avant qu'ils ne soient mis sur le marché. Les vaccins doivent aussi satisfaire à certaines normes en matière d'éthique et de droits de l'homme, ainsi qu'aux réglementations commerciales, pour assurer que les pays en développement bénéficient des connaissances obtenues grâce aux essais cliniques auxquels ils ont participé. La création récente du Département Ethique, commerce, droits de l'homme et droit de la santé représente une étape vers la reconnaissance du rôle des pays en développement dans la recherche en santé, et particulièrement dans l'élaboration des vaccins.

L'intervenant propose d'ajouter trois nouveaux paragraphes au dispositif du projet de résolution : le premier serait inséré dans le paragraphe 1 et s'énoncerait comme suit : « à encourager la collaboration avec d'autres partenaires dans le domaine de la recherche en santé afin de faciliter la conduite de cette recherche au sein de leurs systèmes de santé » ; le deuxième, ajouté au paragraphe 2, se lirait comme suit : « à reconnaître la nécessité d'associer les autorités pertinentes des pays

concernés à la planification initiale des projets de recherche en santé » ; et le troisième, inséré dans le paragraphe 3, serait ainsi libellé : « à faciliter l'application des résultats de la recherche en santé dans les politiques et la pratique ». Il propose en outre que le Directeur général facilite les communications en vue de l'organisation de négociations entre toutes les parties intéressées par la mise au point de vaccins, éventuellement par l'intermédiaire du nouveau Département.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'en raison de la distribution tardive du document EB115/30, il n'a pas encore eu la possibilité d'assimiler les résultats du Sommet ministériel ni de se pencher sur la Déclaration de Mexico. En outre, cette Déclaration n'a pas été approuvée par toutes les délégations et ne doit pas être considérée comme un document de consensus. Aussi propose-t-il ou bien que le Conseil reprenne l'examen de la question à sa cent seizième session, ou bien que l'examen du projet de résolution soit reporté à plus tard, pour laisser aux membres du Conseil le temps d'étudier le texte et de formuler des propositions qui pourraient ensuite être incorporées dans une version révisée à soumettre à l'Assemblée de la Santé, faute de quoi il proposera plusieurs amendements au texte actuel. Si le Conseil préfère poursuivre l'examen de ce point de l'ordre du jour, il suggère que l'on crée un groupe de travail pour essayer d'établir une version qui recueillerait un consensus.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (Thaïlande) rappelle que toutes les personnes qui ont participé au Sommet ministériel ont été avisées par l'OMS que l'on approuverait ce que l'on a appelé par la suite la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé et que le Conseil exécutif recommanderait ensuite qu'elle soit entérinée par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Plus de 50 pays, dont au moins 28 sont actuellement représentés à la présente session du Conseil, ont assisté au Sommet ministériel. La Déclaration a été adoptée après quatre jours de discussions approfondies.

La Déclaration de Mexico peut être considérée ou bien comme une recommandation autonome de tous les pays qui ont assisté au Sommet, auquel cas il peut y être fait référence dans toute discussion internationale sur la recherche en santé sans qu'elle soit nécessairement entérinée par l'Assemblée de la Santé, ou bien comme un projet de résolution que tous les pays ayant assisté au Sommet ministériel soumettent à l'Assemblée de la Santé pour approbation, ainsi que le Secrétariat a choisi de le faire. En tout état de cause, cette Déclaration devrait être soumise au Conseil sans aucun changement afin que les membres puissent l'amender comme ils l'entendent et la transmettre à l'Assemblée de la Santé.

Le point de l'ordre du jour à l'examen traite nommément du Sommet ministériel sur la recherche en santé et non de la recherche en santé en général. Le Secrétariat n'avait donc pas le pouvoir de modifier la Déclaration de Mexico avant de la présenter au Conseil. Qui plus est, lorsqu'il a élaboré le projet de résolution figurant au paragraphe 7 de son rapport, le Secrétariat a supprimé le paragraphe 5 de la section intitulée « Nous invitons » de la Déclaration de Mexico (qui avait été proposé par la Thaïlande), le paragraphe 9 (qui avait été proposé par les ministres de nombreux pays africains) et le paragraphe 10 (dont une partie avait été proposée par le Pakistan) et a modifié d'autres paragraphes. Tous ces paragraphes avaient été approuvés par les nombreux pays qui assistaient au Sommet ministériel, et il n'appartenait pas au Secrétariat d'apporter de telles modifications. Ce faisant, il a créé un climat de défiance, et la Thaïlande, pour sa part, y réfléchira à deux fois avant d'accepter une autre invitation de l'OMS à participer à un sommet ministériel.

Aussi propose-t-il que le Conseil ou bien entérine la Déclaration de Mexico sous sa forme actuelle et recommande son approbation par l'Assemblée de la Santé, ou bien, s'il souhaite examiner le texte soumis par le Secrétariat, prenne deux décisions en même temps, à savoir celle d'entériner la Déclaration de Mexico sous sa forme actuelle et d'en recommander l'approbation par l'Assemblée de la Santé, et celle de modifier le projet de résolution établi par le Secrétariat avant de le soumettre à l'Assemblée de la Santé, pour examen, tout en approuvant la Déclaration de Mexico, auquel cas les trois paragraphes supprimés dans la Déclaration devraient être incorporés dans le projet de résolution.

Le Dr SANDA (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) dit que la Roumanie, qui était représentée au Sommet, approuve la Déclaration de Mexico sur la recherche en santé sous sa forme actuelle. L'Institut national roumain pour la recherche en santé et le développement, avec l'appui du Ministère de la Santé, prépare actuellement une politique nationale pour la mise en place d'un système de recherche en santé fondé sur des données factuelles. Dans la ligne de la Déclaration de Mexico, un système national de gestion de l'information sanitaire destiné à améliorer l'efficacité du système de santé sera mis au point avec des fonds de l'Union européenne.

M. SHUGART (Canada) dit que pour améliorer la santé et relever les défis auxquels est confronté le secteur de la santé dans le monde, il est capital de générer des connaissances. Si l'on diffère l'examen de ce point, quelles en seraient les incidences pour l'OMS et, en particulier, les travaux ne risqueraient-ils pas d'être complètement interrompus ? En dépit de la nécessité de parvenir à un consensus sur une question si importante, il serait dommage de couper l'élan qui a été généré jusqu'ici.

Le Dr THIERS (Belgique)<sup>1</sup> dit qu'il a assisté au Sommet ministériel sur la recherche en santé et qu'il a été déçu de constater que seuls 20 ministres de la santé étaient présents, dont deux seulement originaires de la Région européenne. Eu égard à l'importance du sujet, il serait intéressant de savoir pourquoi. Il est favorable au projet de résolution et félicite le Secrétariat d'avoir très bien résumé l'essentiel de la Déclaration de Mexico. Toutefois, compte tenu de l'importance de la question et du fait que le Conseil a reçu le document EB115/30 assez tardivement, il serait peut-être effectivement opportun de réexaminer le projet de résolution plus tard.

Le PRESIDENT, notant qu'il reste très peu de temps à la présente session, invite les membres à étudier la possibilité de poursuivre le débat par des moyens électroniques, en vue de préparer un texte de consensus à soumettre à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

### **Il en est ainsi convenu.**

**Pandémie de grippe : préparation et action :** Point 4.17 de l'ordre du jour (documents EB115/44 et EB115/44 Corr.1)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le rapport contenu dans les documents EB115/44 et EB115/44 Corr.1 ainsi qu'un projet de résolution proposé par l'Allemagne, la Belgique, le Canada, la Chine, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis d'Amérique, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, Malte, Monaco, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la Slovaquie, la Slovénie, la Suisse, la Turquie et le Viet Nam, dont le texte s'énonce comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport intitulé « Pandémie de grippe : préparation et action » ;<sup>2</sup>  
Reconnaissant que la grippe pandémique représente pour la santé mondiale une menace grave qui se précise davantage ;  
RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

<sup>2</sup> Documents EB115/44 et EB115/44 Corr.1.



La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport « Pandémie de grippe : préparation et action » ;  
Rappelant les résolutions WHA22.47, WHA48.13, WHA56.19 et WHA56.28, ainsi que le programme d'action mondial contre la grippe (surveillance et lutte) ;

Constatant avec une inquiétude croissante que l'évolution en Asie de la flambée sans précédent de grippe aviaire à virus H5N1 fait peser une sérieuse menace sur la santé de l'homme ;

Soulignant qu'il est nécessaire que tous les pays, en particulier ceux qui sont touchés par le virus hautement pathogène de la grippe aviaire, collaborent avec l'OMS et la communauté internationale dans un esprit d'ouverture et de transparence de manière à réduire le risque que le virus grippal H5N1 ne provoque une pandémie chez l'homme ;

Consciente de la nécessité de prendre des mesures vu les progrès limités de la mise au point de vaccins antigrippaux qui freinent le passage à la phase de production ;

Soulignant à quel point il est important de renforcer la surveillance des gripes humaines et zoonosiques dans tous les pays de manière à donner rapidement l'alerte et à pouvoir intervenir à temps en cas de pandémie ;

Notant les lacunes des connaissances et la nécessité d'entreprendre des recherches supplémentaires sur différents aspects de la propagation de la grippe et de mettre en place des structures de préparation et d'action ;

Reconnaissant qu'il faudrait améliorer la communication avec le public afin de mieux lui faire prendre conscience de la gravité de la menace que représente une pandémie de grippe et des mesures d'hygiène élémentaires que chacun peut et doit prendre afin de réduire le risque de contracter et de transmettre la grippe ;

Notant avec inquiétude que les organisations en charge de la santé animale et humaine aux niveaux local, national et international ne collaborent pas assez étroitement sur les gripes humaines et zoonosiques ;

Consciente de la nécessité d'élargir l'offre de vaccins antigrippaux afin que puissent être protégées les populations d'un plus grand nombre de pays en cas de pandémie, une attention toute particulière étant prêtée aux besoins des pays en développement ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire de préparer des interventions internationales aux premiers stades d'une pandémie, notamment dans le cas où les stocks de vaccins et d'antiviraux seraient inadéquats ;

Reconnaissant en outre que les antiviraux contre la grippe auront un rôle important à jouer dans les stratégies d'endiguement, mais que des études supplémentaires s'imposent pour établir les moyens de les utiliser à bon escient dans les opérations d'endiguement ;

Reconnaissant aussi qu'il n'existe pas de stock mondial de ces produits et que peu de pays ont constitué des stocks nationaux ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à élaborer et mettre en oeuvre des plans nationaux de préparation et d'action relatifs à la grippe pandémique axés sur les moyens d'en limiter l'impact sur la santé et l'ordre économique et social ;
- 2) à mettre en place et renforcer des moyens nationaux de surveillance et de laboratoire pour les gripes humaines et zoonosiques ;
- 3) à s'attacher à atteindre l'objectif énoncé dans la résolution WHA56.19 sur la lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe, à savoir accroître la couverture vaccinale de toutes les personnes à haut risque, ce qui augmentera les capacités mondiales de production de vaccins en cas de pandémie de grippe ;
- 4) à envisager sérieusement de se doter de capacités de production de vaccins antigrippaux en fonction de leurs besoins annuels en vaccins ou à mettre en place, en collaboration avec des Etats voisins, des stratégies régionales de production de vaccins ;

- 5) à notifier sans attendre et en toute transparence les flambées de grippe humaines et zoonosiques, en particulier lorsque de nouvelles souches sont en cause, et à permettre que soient rapidement échangés des échantillons cliniques et des virus par l'intermédiaire du réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe ;
  - 6) à informer clairement leurs populations des risques d'une pandémie de grippe et à éduquer le public sur les mesures d'hygiène efficaces susceptibles de le mettre à l'abri de l'infection par le virus grippal ;
  - 7) à renforcer les liens et la coopération entre les autorités nationales chargées de la santé et de l'agriculture et d'autres secteurs concernés afin de se préparer, y compris en mobilisant des ressources, à des flambées de grippe aviaire hautement pathogène et d'y faire face ensemble ;
  - 8) à soutenir un effort international de recherche visant à réduire la propagation et l'impact des virus grippaux pandémiques, à mettre au point des vaccins et des antiviraux plus efficaces et à promouvoir, au sein de différents groupes de population, des politiques et des stratégies de vaccination en consultation étroite avec les communautés concernées ;
  - 9) dans la mesure du possible, à offrir leurs compétences et leurs ressources pour contribuer au renforcement des programmes de l'OMS, des activités bilatérales dans les pays et des autres actions internationales de préparation à une pandémie de grippe ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer à renforcer la surveillance mondiale de la grippe, notamment le réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe – élément crucial de la préparation aux épidémies et aux pandémies saisonnières de grippe ;
  - 2) de rechercher, avec d'autres partenaires internationaux et nationaux, y compris le secteur privé, des solutions afin de réduire la pénurie mondiale actuelle de vaccins antigrippaux et d'antiviraux pour les épidémies et les pandémies, notamment par l'élaboration de stratégies de vaccination économes en antigènes et par le développement et la mise sur le marché de formes vaccinales économes en antigènes ;
  - 3) d'apporter aux Etats Membres un soutien et une formation techniques qui leur permettent d'élaborer des stratégies de promotion de la santé avant et pendant les pandémies de grippe ;
  - 4) d'établir et de coordonner, en collaboration avec des partenaires publics et privés, un programme international de recherche sur la grippe pandémique ;
  - 5) d'étudier la possibilité d'utiliser les stocks d'antiviraux pour endiguer une flambée initiale de grippe et en ralentir ou empêcher sa propagation à l'échelle internationale et, le cas échéant, de mettre en place un cadre opérationnel pour leur utilisation ;
  - 6) d'étudier les bénéfices potentiels de mesures individuelles de protection, y compris le port de masques chirurgicaux, pour limiter la transmission dans différents contextes, en particulier dans les structures de soins de santé ;
  - 7) de lancer des initiatives communes afin de collaborer plus étroitement avec des partenaires nationaux et internationaux, dont la FAO et l'Office international des Epizooties, pour détecter, notifier et étudier suffisamment tôt les flambées de grippe susceptibles d'évoluer vers une pandémie et coordonner des recherches sur l'interface homme-animal ;
  - 8) de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit que la récente augmentation du nombre de cas de grippe aviaire au Viet Nam fait ressortir la nécessité urgente de renforcer la vigilance en Asie du Sud et du Sud-Est et de prendre, dans tous les pays, les dispositions nécessaires pour se préparer à l'apparition possible d'une nouvelle souche de virus grippal. Les Etats-Unis continuent à être extrêmement préoccupés par la possibilité que le virus responsable de la grippe aviaire subisse une mutation qui le rendrait virulent pour l'homme, lequel n'aurait pratiquement aucune résistance contre lui. A la suite de consultations avec plusieurs Etats Membres qui ne sont pas représentés au Conseil mais qui ont souhaité se joindre à ses travaux, il propose d'ajouter les mots « en particulier les immunodéprimées comme les personnes infectées par le VIH et les malades du SIDA » à la fin du paragraphe 1.8) du projet de résolution et d'ajouter, après le paragraphe 2.6), un nouveau paragraphe qui se lirait comme suit « de continuer à renforcer des plans et la capacité d'action de l'OMS en cas de pandémie de grippe et à veiller à ce que les Etats Membres soient clairement informés ».

Il félicite l'OMS pour avoir assuré si efficacement la communication. Les Etats-Unis sont fiers d'avoir fourni un appui financier et technique au Centre d'information sanitaire stratégique, et se réjouissent de continuer à coopérer avec l'Organisation à l'avenir.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) loue l'excellente qualité du rapport. Il rappelle qu'en 1918, la pandémie de grippe a fait plus de morts que la première guerre mondiale. Les moyens de transport modernes accroissent la rapidité avec laquelle une épidémie pourrait se propager dans une société mondialisée, mais d'un autre côté, les résultats des dernières recherches, y compris la cartographie du virus responsable de la pandémie de grippe de 1918, sa récréation en laboratoire et l'étude des antiviraux aux Etats-Unis d'Amérique, ont fourni un instrument qui permettra de faire face plus efficacement à une pandémie potentielle. Son pays a mis en place depuis plusieurs années un plan national de préparation à une pandémie de grippe et souhaiterait être inclus dans la liste des coauteurs du projet de résolution.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) loue la qualité du rapport et appuie les amendements au projet de résolution proposés par le membre des Etats-Unis d'Amérique. Le Viet Nam a ou bien déjà mis en oeuvre ou bien a l'intention de mettre en oeuvre les mesures décrites aux paragraphes 1.1), 1.2), 1.5), 1.6) et 1.7). En ce qui concerne le paragraphe 1.7), le Gouvernement vietnamien a décidé d'établir un groupe de travail interinstitutions sur la grippe aviaire composé d'experts techniques et de hauts fonctionnaires des Ministères de la Santé et de l'Agriculture et du Développement rural, ainsi que de la FAO et de l'OMS pour renforcer la prévention et la surveillance de la grippe aviaire au Viet Nam et lutter contre la maladie. Ce groupe aura pour mission de fournir des conseils et un appui technique pour l'établissement de plans d'urgence et de programmes de préparation à la pandémie et de servir de point focal pour la coordination des aides des donateurs en faveur des activités de lutte contre la grippe aviaire et pour les communications et les liaisons entre les deux ministères susmentionnés et les organismes du système des Nations Unies sur toutes les questions relatives à la grippe aviaire.

Le projet de résolution ne traite pas de l'importante question de la disponibilité des antiviraux et de leur prix. En l'absence d'un vaccin efficace, les antiviraux pourraient s'avérer utiles dans le traitement et la prévention de la grippe aviaire, mais leur disponibilité est actuellement limitée et ces produits sont coûteux. Toutefois, l'expérience que l'on a de l'utilisation des antirétroviraux dans le traitement des infections à VIH a montré qu'une telle situation pouvait évoluer. Le problème est délicat mais on ne doit pas l'éluder.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit que la récente flambée de grippe aviaire en Asie a déjà été à l'origine d'un certain nombre de décès et que la possibilité que cette épidémie se propage est alarmante. Aussi ne faut-il pas sous-estimer la gravité de la situation. En cas de pandémie, une coopération internationale et intersectorielle serait capitale pour aider les pays à se préparer. Au cours des dix dernières années, la Chine et l'OMS ont collaboré efficacement sur le plan de la surveillance et de la fourniture de spécimens des virus pour les analyses en laboratoire.

Le membre du Viet Nam a appelé l'attention sur l'importance d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité des vaccins. La production de vaccins est cantonnée à un petit nombre de pays développés tandis que la capacité de production des pays en développement, qui sont beaucoup plus exposés à des flambées de la maladie, est très insuffisante. Le défi auquel est confrontée la communauté mondiale est donc d'assurer que tous les pays ont des stocks suffisants de vaccins lorsque ceux-ci sont nécessaires. Les antiviraux constituent un moyen efficace de traiter et de juguler la maladie due à *Influenzavirus A* mais, en raison de leur coût élevé, certains pays en développement ne pourront pas les acheter ; c'est là un domaine dans lequel l'intervention de l'OMS pourrait avoir un impact positif. Dans le cadre d'une stratégie à long terme, l'Organisation pourrait également étudier la possibilité de créer un réseau international de recherche à but non lucratif qui profiterait à tous les Etats Membres. D'un autre côté, elle devrait aider les pays à développer leur capacité de production de vaccins et à en améliorer la qualité pour leur permettre de produire rapidement des vaccins de haute qualité et d'un prix abordable lorsqu'ils en ont besoin.

L'intervenant appuie les amendements au projet de résolution proposés par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) se félicite de l'inscription de cette question à l'ordre du jour et loue la qualité du rapport. Il existe effectivement un risque de voir se déclarer une pandémie de grippe sans précédent dans l'histoire. Les mutations antigéniques du virus de la grippe pourraient entraîner l'apparition d'une nouvelle souche virale susceptible de causer très vite une forte augmentation de la morbidité et de la mortalité et nécessitant la mise en oeuvre rapide de mesures sans précédent pour assurer une surveillance épidémiologique et une préparation adéquates aux niveaux national et mondial afin de faire face à une éventuelle pandémie. Les mesures à long terme exposées dans le projet de résolution devraient être adoptées de toute urgence et constituent des domaines d'activité prioritaires pour l'OMS. Le Bureau régional de l'Europe et la Commission européenne prévoient de tenir une réunion des Etats Membres de la Région européenne pour préparer des plans nationaux d'action contre une éventuelle pandémie de grippe. A la fin de 2004, le médecin à la tête des services de santé de son pays a publié un document sur la préparation aux pandémies de grippe qui s'inscrit pleinement dans la ligne du projet de résolution.

Le Dr AHMED (Ghana) dit que les flambées actuelles de grippe aviaire n'ont pas jusqu'ici affecté l'Afrique, mais que les fréquents déplacements augmentent la probabilité d'une propagation de la maladie au continent africain et aux autres parties du monde. Il loue la qualité du rapport et appuie aussi bien le projet de résolution que les amendements proposés.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) déclare qu'il existe un risque élevé et imminent de pandémie mondiale de grippe qui aurait probablement des conséquences catastrophiques et qui entraînerait de grands bouleversements économiques et sociaux. L'Afrique et l'Asie seraient les régions les plus gravement touchées en raison du grand nombre de personnes immunodéprimées par l'infection à VIH. Compte tenu de cette menace, il est capital de se préparer tant au plan mondial qu'au plan national en mettant en place des systèmes d'alerte. La préparation fait particulièrement défaut au plan national, et les Etats Membres devraient en conséquence s'efforcer, avec l'appui de l'OMS, d'agir dans trois domaines. Premièrement, ils devraient commencer à préparer des mesures d'intervention non médicales, y compris des plans pour former les agents de soins de santé et éduquer le grand public sur les manières de limiter la transmission par des moyens tels qu'une meilleure hygiène personnelle, une limitation des voyages internationaux, des quarantaines et une recherche des contacts – mesures qui pourraient être mises en oeuvre dès l'instant où l'OMS déclare une pandémie mondiale. Deuxièmement, la mise au point d'un vaccin contre un virus susceptible de causer une pandémie est d'une importance capitale. Troisièmement, il est essentiel de faire en sorte que des antiviraux à usage prophylactique et d'un coût abordable soient accessibles aux pays en développement, de façon à pouvoir être utilisés stratégiquement en conjonction avec les vaccins.

Or la plupart des pays en développement n'ont pas les moyens de s'offrir des vaccins et des antiviraux et, même lorsqu'il y a de l'argent, il n'y a pas toujours de produits adéquats sur le marché pendant une pandémie. Une tâche immédiate serait d'identifier la souche virale à l'origine de la pandémie de grippe pour pouvoir mettre au point un vaccin. L'OMS devrait soutenir une augmentation de la capacité de production de vaccins dans les pays en développement afin d'assurer une riposte adéquate aux pandémies mondiales, étant donné que la presque totalité des 300 millions de doses de vaccin saisonnier, produites par seulement trois fabricants tous installés dans des pays développés, sont utilisées dans les pays développés. L'OMS devrait aussi aider les pays à mettre en place un régime de licences obligatoires pour les vaccins et les antiviraux, afin d'assurer une offre suffisante à des coûts abordables lors des crises de santé publique.

L'intervenant appuie le projet de résolution et propose au paragraphe 1.6) de remplacer les mots « leurs populations » par « les agents de soins de santé et le public » et d'ajouter les mots « et d'autres interventions de santé publique » avant « susceptibles de le mettre à l'abri ». Il propose aussi d'ajouter au paragraphe 1 un nouvel alinéa 10) qui s'énoncerait comme suit « lors d'une pandémie mondiale, à assurer en temps voulu un approvisionnement suffisant en vaccins et en antiviraux par l'application d'un régime de licences obligatoires afin de faire face aux crises de santé publique ». A propos du paragraphe 2.5), eu égard au coût important que représente le stockage d'antiviraux et aux problèmes opérationnels liés à leur distribution pendant une deuxième ou une troisième flambée épidémique, la Thaïlande souhaiterait qu'on évalue plus précisément la faisabilité de l'utilisation de tels stocks.

Mme HALTON (Australie) se félicite qu'on ait mis l'accent, aussi bien dans le rapport que dans le projet de résolution, sur l'existence d'un risque imminent de pandémie de grippe et sur la nécessité de se préparer. La convocation par l'OMS, en novembre 2004, d'une réunion de fabricants de vaccins contre la grippe, d'organismes nationaux de licences et d'autres acteurs pour étudier la possibilité de mobiliser une capacité de fabrication est une importante contribution à cet effort de préparation à la pandémie. Les récentes flambées épidémiques de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire survenues dans la région ont fait prendre conscience à l'Australie du caractère imminent du risque de pandémie, avec son impact sanitaire potentiel en termes de dommages pour la santé et de bouleversements sociaux.

L'Australie réactualise ses plans nationaux et a revu ses contrats de fabrication de vaccins, notamment en ce qui concerne le stockage. Elle reconnaît le rôle central joué par les experts de la santé animale dans la planification de l'action nationale contre la pandémie de grippe et étudie des moyens de collaborer plus étroitement avec eux. L'effort de recherche sur la grippe pandémique et son rôle dans le programme international de recherche sur les pandémies sont d'une importance capitale. L'intervenant appuie les amendements proposés par le membre des Etats-Unis d'Amérique et demande à ce que son pays figure parmi les coauteurs du projet de résolution.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) s'associe aux observations de l'orateur précédent et appuie les amendements au projet de résolution qui ont été proposés. La France se félicite du rôle joué par l'OMS, qu'il s'agisse de la diffusion rapide d'informations ou de l'organisation – à Genève et dans les bureaux régionaux – de réunions qui ont permis de clarifier la situation et de faire le diagnostic des difficultés prévisibles au cas où une pandémie apparaîtrait. La France participera à un programme européen de recherche qui inclura un travail important sur la grippe et permettra le développement de fortes collaborations internationales.

Le problème de l'approvisionnement en antiviraux et en vaccins est une question cruciale. Bien que la France soit de manière générale très favorable à l'application des flexibilités prévues par la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, elle ne pense pas que l'adoption d'une licence obligatoire pour un vaccin qui n'existe pas encore constitue la solution. La plupart des pays européens sont loin d'atteindre les taux de couverture vaccinale recommandés pour les populations exposées avec les vaccins antigrippaux dont on dispose actuellement. Si l'Europe avait globalement un taux de couverture vaccinale supérieur à 70 %, comme le recommande l'OMS, elle serait infiniment mieux préparée pour pouvoir développer rapidement des capacités de production.

Aucun pays ne peut se plaindre de ne pas avoir les capacités de production requises s'il n'a pas fait ce qui était d'ores et déjà nécessaire pour les améliorer.

Le membre de la Thaïlande a bien fait ressortir les problèmes qui pouvaient se poser dans les pays déjà touchés par la grippe aviaire : des efforts immédiats devraient être faits pour s'assurer que ces pays ont bien la capacité de réaction nécessaire au moins pour limiter la propagation de la maladie, car, en cas de pandémie, 30 % de la population mondiale pourrait être infectée en quelques semaines. L'Organisation a un rôle fondamental à jouer à cet égard et la France fera tout son possible pour l'aider dans cette tâche.

Le Dr SANDA (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) dit que son pays appuie le projet de résolution et souhaiterait être inclus parmi la liste des coauteurs. Au paragraphe 2.3), elle propose de remplacer les mots « avant et pendant les pandémies de grippe » par « en ce qui concerne la prévention et la lutte contre l'expansion des pandémies de grippe ».

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit qu'à l'évidence une pandémie de grippe pourrait avoir des conséquences graves, mais que l'on doit cependant reconnaître qu'il existe des limites à ce qui peut être entrepris pour y faire face de manière adéquate, en particulier dans les pays en développement. La réponse réside dans un accroissement de la capacité de production, dans le transfert de technologies et avant tout dans la solidarité et, à cet égard, tant le Siège que les bureaux régionaux de l'OMS ont un rôle extrêmement important à jouer, car le problème n'est pas limité à quelques pays ou Régions mais pourrait devenir mondial.

Il appuie lui aussi le projet de résolution avec les amendements proposés.

M. SHUGART (Canada) approuve pleinement le projet de résolution. Le Canada prêtera toute l'assistance possible à l'OMS pour planifier la préparation à la pandémie de grippe. L'intervenant insiste sur l'urgence de la recherche internationale pour contribuer à réduire la propagation et l'impact de cette pandémie. Le Canada, dans le cadre de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale, a pris plusieurs mesures qui devraient aider l'OMS ; il s'est notamment engagé à partager les données concernant les plans de préparation et le premier exercice international de simulation en salle de la prévention et de la lutte contre la propagation internationale d'une pandémie de grippe.

Le Dr YOOSUF (Maldives) dit que les vaccins et les antiviraux sont une composante importante de la préparation à la pandémie. Toutefois, la production mondiale actuelle de vaccins est insuffisante pour couvrir les besoins des pays en développement et une autre solution doit être trouvée pour mettre à la disposition de ces pays des vaccins et des antiviraux d'un prix abordable. Il appuie les amendements proposés par les membres de la Thaïlande, des Etats-Unis d'Amérique et de la Roumanie et demande à ce que son pays figure parmi les coauteurs du projet de résolution.

M. DE CASTRO SALDANHA (suppléant du Dr Buss, Brésil) dit que son Gouvernement attache une grande importance à la préparation à la pandémie de grippe. Il appuie les amendements proposés par le membre de la Thaïlande.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur), tout en reconnaissant qu'un fonds mondial qui faciliterait la solidarité face aux problèmes de sécurité sanitaire serait utile, pense qu'une initiative plus énergique serait nécessaire pour alerter les autorités sanitaires à l'échelle mondiale au sujet de la survenue potentielle d'une pandémie de grippe. Il faudrait inclure dans le projet de budget programme 2006-2007 des crédits budgétaires pour financer la poursuite des activités de préparation à la pandémie et aller jusqu'à envisager d'utiliser des fonds extrabudgétaires. Même si la capacité de production de vaccins et d'antiviraux augmente, leur coût élevé fait qu'ils ne sont accessibles qu'aux pays les plus riches. Ces pays restent toutefois vulnérables aux maladies contre lesquelles il n'existe pas encore de vaccin. Tous les pays sont donc responsables face à une pandémie qui pourrait avoir des répercussions

encore plus graves que celles du VIH/SIDA. Il demande que l'Equateur soit ajouté à la liste des coauteurs du projet de résolution.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque), appuyant le projet de résolution, dit que la Jamaïque reconnaît l'importance de la préparation, de la surveillance et du renforcement de la capacité nationale de riposte pour faire face à une pandémie de grippe, eu égard en particulier à la récente expérience de l'épidémie de SRAS.

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre désigné par l'Islande, dit qu'il appuie lui aussi pleinement le projet de résolution. A propos du deuxième alinéa du préambule, il suggère – puisque les résolutions citées se rapportent toutes aux maladies transmissibles et à la grippe à l'exception de la résolution WHA56.28 – que la référence à cette dernière résolution soit placée à la fin de l'alinéa et suivie par les mots « sur la révision du Règlement sanitaire international ».

Le Dr OMI (Directeur régional pour le Pacifique occidental) dit que les dernières informations sur la grippe aviaire viennent corroborer l'hypothèse de l'OMS selon laquelle le virus H5N1 de la grippe s'est implanté dans certaines parties de l'Asie en dépit des efforts des Etats Membres concernés pour en juguler la propagation. Les deux flambées épidémiques majeures de grippe aviaire au Viet Nam ont fait 20 victimes humaines, bien que les efforts déployés par le Gouvernement de ce pays aient permis de contenir presque entièrement la seconde flambée. Néanmoins, depuis décembre 2004, 23 provinces du Viet Nam ont signalé des flambées épidémiques de grippe parmi la volaille et, en 2005, on a déjà recensé 8 cas humains confirmés, sans compter quelques cas suspects qui sont actuellement examinés. Comme en 2004, la plupart des cas se sont produits à l'époque des vacances du nouvel an lunaire. La poursuite des flambées épidémiques appelle des efforts urgents et accrus de tous les Etats Membres concernés.

Pour s'attaquer à ce type de zoonose, une collaboration plus étroite entre les secteurs de l'agriculture et de la santé publique est nécessaire de toute urgence. Les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, en collaboration avec le Siège, travaillent à l'élaboration d'une stratégie asiatique birégionale à laquelle sera associé le secteur de l'agriculture pour s'atteler à la question centrale de l'amélioration des pratiques d'élevage, question qui sera examinée par les comités régionaux concernés en septembre 2005.

M. PARK (République de Corée)<sup>1</sup> dit que son pays a été le premier à notifier des flambées épidémiques de grippe aviaire à virus H5N1 dans les élevages de volaille en décembre 2003, flambées épidémiques qu'il a fait tout son possible pour contenir. La République de Corée est soucieuse de renforcer sa préparation et sa capacité d'action face à la pandémie de grippe et apprécie le rôle de direction joué par l'OMS à cet égard. Il appuie le projet de résolution ainsi que les amendements proposés et demande que son pays soit ajouté à la liste des coauteurs.

Le Dr ASAMOAH-BAAH (Sous-Directeur général) accueille favorablement le projet de résolution ; l'existence de la souche virale H5N1 – qui a la capacité de causer une pandémie – exige le plus haut niveau de préparation et l'adoption de mesures destinées à en réduire l'impact. En dépit des progrès réalisés dans de nombreux pays, le monde dans son ensemble est mal préparé. Aussi partage-t-il l'avis du membre de la Bolivie sur l'importance d'une solidarité mondiale. La discussion a fait ressortir utilement certains des points sur lesquels les pays souhaiteraient que l'OMS se concentre. Le programme à l'examen est l'un des plus anciens de l'Organisation et chacun tient à ce qu'il soit pleinement à la hauteur des attentes. On souhaite clairement que l'OMS poursuive sa surveillance et en fasse davantage pour aider les Etats Membres à se préparer aux pandémies. De nombreux membres ont évoqué l'importance du dialogue avec l'industrie pharmaceutique dans les pays en développement

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

comme dans les pays développés, et avec les autorités de réglementation nationale, afin d'assurer que les vaccins soient à la fois disponibles et d'un prix abordable. Cette industrie a fait preuve de compréhension et de responsabilité dans son approche.

Nombre d'intervenants ont souligné l'importance de la santé animale et la nécessité de travailler en collaboration avec ce secteur, insistant sur le fait que la préparation devait être intersectorielle plutôt que confinée au seul secteur de la santé. Il remercie les membres de leurs observations et de leur soutien, tant actuel que futur. Compte tenu du volume des ressources nécessaires, le projet de résolution aidera à assurer que le problème de la grippe reçoive toute l'attention qu'il mérite.

Le Dr STÖHR (Coordonnateur du Programme mondial de lutte contre la grippe) dit que la situation est sans précédent, car la grippe aviaire a déjà causé un grand préjudice économique. De plus en plus de ressources sont consacrées à la mise en oeuvre de mesures de lutte, notamment en Thaïlande et au Viet Nam. Il ne fait toutefois pas de doute que la maladie continuera à poser un problème majeur en Asie pendant de nombreuses années, après avoir été transmise de la volaille à d'autres espèces. Aussi est-il important que la communauté internationale unisse ses efforts pour lutter contre ce problème mondial. De nombreux pays apportent un soutien direct à la lutte contre la maladie affectant la volaille en Asie, tandis que les autorités de santé publique collaborent au niveau de la surveillance et de l'action. La solution passe par une mobilisation du secteur agricole et par une profonde modification des pratiques d'élevage sans lesquelles il n'y aura pas ou peu de progrès à long terme ; le risque pour la santé humaine subsistera aussi longtemps que le virus continuera à circuler en Asie.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande dans quelle mesure la grippe aviaire se transmet aux porcs. Les perspectives de transmission du virus H5N1 sont alarmantes et constituent un problème majeur qui affecte l'ensemble de l'Asie.

Le Dr STÖHR (Coordonnateur du Programme mondial de lutte contre la grippe) répond que le virus a été pour la première fois détecté chez le porc en août 2004. Toutefois, jusqu'ici, rien n'indique qu'il se soit établi dans la population porcine en Asie. Si cela se produisait, le risque pour les êtres humains augmenterait. Il faudrait entreprendre d'urgence une recherche au niveau des pays pour déterminer le rôle potentiel joué par les porcs en tant que réservoir du virus H5N1.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il n'est pas favorable au libellé du paragraphe 1.10) du dispositif proposé par le membre de la Thaïlande, car il ne devrait pas être sous-entendu que les licences obligatoires sont la seule solution. Les membres intéressés devraient tenir des consultations informelles pour se mettre d'accord sur un libellé plus approprié. Il demande des informations actualisées sur le fonds mondial pour l'expédition des échantillons de vaccins.

Le Dr ASAMOAHA-BAAH (Sous-Directeur général) annonce qu'en plus des fonds fournis par les Etats-Unis d'Amérique, le Gouvernement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord s'est engagé à verser un montant presque équivalent et que l'on peut espérer que d'autres contributions seront faites.

Le PRESIDENT suggère que l'on poursuive l'examen du point à la prochaine séance pour laisser le temps de tenir des consultations informelles.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la douzième séance, section 3.)



## 2. QUESTIONS FINANCIERES : Point 6 de l'ordre du jour

### Contributions : Point 6.1 de l'ordre du jour

- **Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution :**  
Point 6.1 de l'ordre du jour (document EB115/16)

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les paragraphes 60 à 64 de son rapport (document EB115/45) rendent compte de l'examen du point par le Comité. Le Comité a pris note du rapport contenu dans le document EB115/16 et a étudié l'évolution de la situation depuis le 31 décembre 2004. Il se félicite de l'amélioration du taux de recouvrement des contributions et de la réduction des arriérés et souligne l'importance de la ponctualité dans le versement des contributions pour assurer une pleine exécution du budget ordinaire. Le Comité est particulièrement préoccupé par le niveau des arriérés à long terme, pour lesquels une solution doit être trouvée avec les Etats Membres concernés. Il note que certains d'entre eux ont recours à des arrangements spéciaux pour faire face à leurs obligations, mais que d'autres rencontrent des difficultés avec ces arrangements. Le Secrétariat a fait savoir que certains Etats Membres avaient déjà formulé des propositions à soumettre au Comité pour examen en mai 2005, afin que celui-ci adresse des recommandations à l'Assemblée de la Santé. Le Comité a demandé des précisions sur les montants auxquels les Etats Membres peuvent prétendre au titre du mécanisme d'ajustement ainsi que des détails sur les demandes présentées.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), à propos du mécanisme d'ajustement mentionné dans le document EB115/16, demande si l'on est arrivé à un ajustement de 60 % pour 2004, à quel niveau de contribution cet ajustement correspond et si le processus se poursuivra à hauteur de 40 % pour 2005 et 2006 et 30 % pour 2007.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) note que des Etats Membres ont demandé à bénéficier du mécanisme d'ajustement pour 2004-2005 dans des proportions plus élevées qu'on ne l'envisageait dans la résolution WHA56.34. Il note aussi qu'il est important que des crédits soient alloués à chaque secteur de programme au titre du budget ordinaire, car cela permet de réduire la dépendance à l'égard des contributions volontaires. A cet égard, une des manières d'augmenter le niveau des crédits du budget ordinaire serait de s'abstenir de demander à bénéficier du mécanisme d'ajustement, car l'absence de demandes au titre de ce mécanisme équivaldrait à une contribution additionnelle de US \$12,7 millions, soit 1,5 % du budget ordinaire pour 2004-2005.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant à la question posée par le membre de la Bolivie, confirme que le mécanisme d'ajustement est appliqué et continuera à l'être conformément à la résolution pertinente. Toutefois, s'il n'est pas fait usage de ce mécanisme, les bénéfices budgétaires seront effectivement conformes à ce que le membre de la Thaïlande a indiqué.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport, étant entendu qu'une nouvelle liste actualisée des Etats Membres redevables d'arriérés de contributions sera fournie au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration à sa prochaine réunion en mai 2005, lorsque ce dernier formulera les recommandations nécessaires à l'intention de l'Assemblée de la Santé.

**Il en est ainsi convenu.**

• **Contributions pour l'exercice 2006-2007** (documents EB115/17 et EB115/INF.DOC./8)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner un projet de résolution établi par le Secrétariat sur les contributions pour l'exercice 2006-2007, qui s'énonce comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur les contributions : contributions pour l'exercice 2006-2007 ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport du Directeur général ;

ADOpte le barème des contributions des Membres pour l'exercice 2006-2007 tel qu'il figure ci-dessous :

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2006-2007 %</b>
Afghanistan	0,00200
Afrique du Sud	0,29200
Albanie	0,00500
Algérie	0,07600
Allemagne	8,66230
Andorre	0,00500
Angola	0,00100
Antigua-et-Barbuda	0,00300
Arabie saoudite	0,71300
Argentine	0,95600
Arménie	0,00200
Australie	1,59200
Autriche	0,85900
Azerbaïdjan	0,00500
Bahamas	0,01300
Bahrein	0,03000
Bangladesh	0,01000
Barbade	0,01000
Bélarus	0,01800
Belgique	1,06900
Belize	0,00100
Bénin	0,00200
Bhoutan	0,00100
Bolivie	0,00900
Bosnie-Herzégovine	0,00300
Botswana	0,01200
Brésil	1,52300
Brunéi Darussalam	0,03400
Bulgarie	0,01700
Burkina Faso	0,00200
Burundi	0,00100
Cambodge	0,00200
Cameroun	0,00800
Canada	2,81300
Cap-Vert	0,00100
Chili	0,22300

<sup>1</sup> Document EB115/17.

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2006-2007</b>
	%
Chine	2,05300
Chypre	0,03900
Colombie	0,15500
Comores	0,00100
Congo	0,00100
Costa Rica	0,03000
Côte d'Ivoire	0,01000
Croatie	0,03700
Cuba	0,04300
Danemark	0,71800
Djibouti	0,00100
Dominique	0,00100
Egypte	0,12000
El Salvador	0,02200
Emirats arabes unis	0,23500
Equateur	0,01900
Erythrée	0,00100
Espagne	2,52000
Estonie	0,01200
Etats-Unis d'Amérique	22,00000
Ethiopie	0,00400
Ex-République yougoslave de Macédoine	0,00600
Fédération de Russie	1,10000
Fidji	0,00400
Finlande	0,53300
France	6,03010
Gabon	0,00900
Gambie	0,00100
Géorgie	0,00300
Ghana	0,00400
Grèce	0,53000
Grenade	0,00100
Guatemala	0,03000
Guinée	0,00300
Guinée-Bissau	0,00100
Guinée équatoriale	0,00200
Guyana	0,00100
Haïti	0,00300
Honduras	0,00500
Hongrie	0,12600
Iles Cook	0,00100
Iles Marshall	0,00100
Iles Salomon	0,00100
Inde	0,42100
Indonésie	0,14200
Iran (République islamique d')	0,15700
Iraq	0,01600
Irlande	0,35000
Islande	0,03400
Israël	0,46700
Italie	4,88510
Jamahiriya arabe libyenne	0,13200
Jamaïque	0,00800
Japon	19,46830
Jordanie	0,01100

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2006-2007</b>
	%
Kazakhstan	0,02500
Kenya	0,00900
Kirghizistan	0,00100
Kiribati	0,00100
Koweït	0,16200
Lesotho	0,00100
Lettonie	0,01500
Liban	0,02400
Libéria	0,00100
Lituanie	0,02400
Luxembourg	0,07700
Madagascar	0,00300
Malaisie	0,20300
Malawi	0,00100
Maldives	0,00100
Mali	0,00200
Malte	0,01400
Maroc	0,04700
Maurice	0,01100
Mauritanie	0,00100
Mexique	1,88300
Micronésie (Etats fédérés de)	0,00100
Monaco	0,00300
Mongolie	0,00100
Mozambique	0,00100
Myanmar	0,01000
Namibie	0,00600
Nauru	0,00100
Népal	0,00400
Nicaragua	0,00100
Niger	0,00100
Nigéria	0,04200
Nioué	0,00100
Norvège	0,67900
Nouvelle-Zélande	0,22100
Oman	0,07000
Ouganda	0,00600
Ouzbékistan	0,01400
Pakistan	0,05500
Palaos	0,00100
Panama	0,01900
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0,00300
Paraguay	0,01200
Pays-Bas	1,69000
Pérou	0,09200
Philippines	0,09500
Pologne	0,46100
Porto Rico	0,00100
Portugal	0,47000
Qatar	0,06400
République arabe syrienne	0,03800
République centrafricaine	0,00100
République de Corée	1,79600
République démocratique du Congo	0,00300
République démocratique populaire lao	0,00100

<b>Membres et Membres associés</b>	<b>Barème de l'OMS pour 2006-2007 %</b>
République de Moldova	0,00100
République dominicaine	0,03500
République populaire démocratique de Corée	0,01000
République tchèque	0,18300
République-Unie de Tanzanie	0,00600
Roumanie	0,06000
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	6,12720
Rwanda	0,00100
Sainte-Lucie	0,00200
Saint-Kitts-et-Nevis	0,00100
Saint-Marin	0,00300
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0,00100
Samoa	0,00100
Sao Tomé-et-Principe	0,00100
Sénégal	0,00500
Serbie-et-Monténégro	0,01900
Seychelles	0,00200
Sierra Leone	0,00100
Singapour	0,38800
Slovaquie	0,05100
Slovénie	0,08200
Somalie	0,00100
Soudan	0,00800
Sri Lanka	0,01700
Suède	0,99800
Suisse	1,19700
Suriname	0,00100
Swaziland	0,00200
Tadjikistan	0,00100
Tchad	0,00100
Thaïlande	0,20900
Timor-Leste	0,00100
Togo	0,00100
Tokélaou	0,00100
Tonga	0,00100
Trinité-et-Tobago	0,02200
Tunisie	0,03200
Turkménistan	0,00500
Turquie	0,37200
Tuvalu	0,00100
Ukraine	0,03900
Uruguay	0,04800
Vanuatu	0,00100
Venezuela (République bolivarienne du)	0,17100
Viet Nam	0,02100
Yémen	0,00600
Zambie	0,00200
Zimbabwe	0,00700
<b>Total</b>	<b>100,00000</b>

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les paragraphes 65 à 67 de son rapport (document EB115/45) rendent compte de l'examen du point par le Comité. Le Comité a noté que l'Assemblée de la Santé, par sa résolution WHA57.15, a décidé d'adopter comme base du barème des

contributions de l'OMS pour 2005 le dernier barème disponible de l'ONU, et que le même barème a été proposé pour 2006-2007. Il a également noté que le mécanisme d'ajustement prévu par la résolution WHA56.34 serait maintenu en 2006-2007.

Le PRESIDENT dit qu'en l'absence de commentaires, il considérera que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution.

**La résolution est adoptée.<sup>1</sup>**

**Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière :** Point 6.2 de l'ordre du jour (document EB115/43)

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit que les paragraphes 68 à 72 de son rapport (document EB115/45) rendent compte de l'examen du point par le Comité. Le Comité a noté que l'on procède actuellement à un vaste examen de toutes les politiques et procédures financières en vue de s'aligner sur les meilleures pratiques en matière de normes comptables, telles que les normes comptables internationales pour le secteur public et les normes internationales IFRS d'établissement des états financiers que le système des Nations Unies envisage d'adopter à l'avenir. Le Comité a pris note des propositions de suppression du paragraphe 4.5 a) et du paragraphe 4.7, qui auront pour effet qu'au lieu de reporter les engagements non réglés d'un exercice sur un autre, on opérera un report des sommes cumulées à la fin d'une période pour payer tous les biens et services pour lesquels des contrats auraient été passés précédemment. Ces changements devraient permettre d'améliorer la mise en oeuvre du budget programme et entraîneront potentiellement une réduction des économies sur les engagements non réglés, ce qui pourrait toutefois se traduire par une baisse du niveau futur des Recettes diverses. Le Secrétariat a confirmé que ces changements s'appliqueraient à toutes les transactions financières de l'Organisation.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution contenu dans le rapport.

**La résolution est adoptée.<sup>2</sup>**

### **3. QUESTIONS ADMINISTRATIVES :** Point 7 de l'ordre du jour (suite)

**Questions relatives aux organes directeurs :** Point 7.3 de l'ordre du jour

- **Méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé** (document EB115/20)

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne et des pays candidats – Bulgarie, Croatie, Roumanie et Turquie –, remercie le Directeur général de son rapport, dont l'examen fournit aux membres du Conseil une occasion bienvenue d'influencer les orientations stratégiques de l'Organisation et de tirer le meilleur parti de l'Assemblée de la Santé.

Mme DENG Hongmei (suppléant du Dr Yin Li, Chine) dit qu'elle apprécie le souci d'accroître l'efficacité des délibérations de l'Assemblée de la Santé, mais qu'elle ne peut pas souscrire à une

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R8.

<sup>2</sup> Résolution EB115.R9.

modification du calendrier qui aurait pour effet que le Directeur général et certains autres intervenants s'adresseraient à l'Assemblée de la Santé avant l'adoption de l'ordre du jour. Seules des questions de procédure devraient être abordées avant l'adoption de l'ordre du jour ; or les contributions des intervenants en question constituent une partie importante du débat de fond et devraient donc précéder immédiatement l'ouverture des discussions sur le fond, faute de quoi l'on risque d'affaiblir la position des Etats Membres et de porter atteinte à l'intégrité de toute la procédure de l'Assemblée de la Santé. Cette solution pourrait aussi conduire à des confusions sur le point de savoir si l'on fait référence, dans les déclarations concernées, à l'Assemblée de la Santé en cours ou à des assemblées précédentes. La pratique suivie jusqu'à présent ne devrait donc pas être modifiée.

L'Assemblée de la Santé ne devrait pas non plus être scindée en deux parties. Selon les règles en vigueur, l'ordre du jour provisoire doit être, tout comme les points supplémentaires, examiné par le Bureau de l'Assemblée, et les deux aspects sont en réalité intimement liés. En voulant les séparer, on risque en réalité de prolonger la discussion et de porter atteinte au droit de regard des Etats Membres sur l'ordre du jour. Mme Deng apprécie les intentions du Secrétariat mais l'exhorte à adopter une approche plus pratique et, en particulier, à éviter les sujets de dissension politique comme ceux qui ont déjà entravé le déroulement de récentes Assemblées de la Santé. Des mesures devraient également être prises pour renforcer l'autorité du Bureau de l'Assemblée et assurer que les décisions de l'Assemblée de la Santé sont respectées.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) est favorable à l'idée de raccourcir le débat général en séance plénière pour laisser plus de temps aux travaux des Commissions A et B. Les tables rondes ont été un bon moyen de partager des données d'expérience ; aussi propose-t-il qu'elles soient maintenues au niveau des hauts responsables de la santé publique, à condition d'être encadrées par un modérateur de manière à ce qu'il y ait un débat interactif sur le thème choisi entre les fonctionnaires, les experts de l'OMS et les représentants des organisations de la société civile. Il appuie l'emploi du temps proposé, sauf en ce qui concerne les travaux des Commissions A et B, qui devraient commencer en même temps. L'ordre du jour provisoire devrait être modifié pour assurer une plus grande cohérence avec l'ordre du jour du Conseil exécutif et les recommandations des précédentes Assemblées de la Santé. Ainsi, un débat devrait être prévu sur la recommandation formulée par le Conseil, à sa présente session, d'instituer une journée mondiale du don de sang.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr STEIGER, Etats-Unis d'Amérique) dit que les propositions faites peuvent aider à rationaliser les travaux de l'Assemblée de la Santé et à accroître son efficacité. Elle appuie le changement proposé concernant la programmation des interventions du Directeur général et des intervenants invités, mais exprime des réserves au sujet de la proposition qui voudrait que le Bureau de l'Assemblée n'examine les éventuels points supplémentaires de l'ordre du jour qu'après la clôture du débat général. Cette proposition a probablement été inspirée par les souvenirs que l'on a des antécédents à l'ouverture de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, mais il faut donner au Bureau de l'Assemblée, en toute justice et équité, la possibilité d'examiner toutes les propositions d'inscription de points supplémentaires à l'ordre du jour dès l'ouverture de l'Assemblée, en tenant compte de leur impact potentiel sur le déroulement des débats. Il faut donc que le Bureau de l'Assemblée consacre une séance à l'examen de l'ordre du jour provisoire dans son ensemble.

M. RAMOTSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, exprime son soutien aux efforts déployés pour améliorer les méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé, mais note qu'il serait très inhabituel de programmer les déclarations du Directeur général et des intervenants invités – qui constituent en elles-mêmes des points de l'ordre du jour – avant l'adoption de l'ordre du jour et le discours du Président. Le Bureau de l'Assemblée devrait examiner l'intégralité de l'ordre du jour provisoire en une seule séance ; séparer l'examen de l'ordre du jour provisoire et celui des points supplémentaires comme on le propose ne serait pas une méthode de travail efficace.

M. HASAN (suppléant de M. Khan, Pakistan) dit que l'ordre du jour fixe le déroulement des discussions qui doivent se tenir durant une session et que son importance ne doit pas être sous-estimée. Aussi est-il opposé à la proposition de scinder en deux parties l'examen par le Bureau de l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée de la Santé ; la procédure actuelle ne devrait pas être modifiée.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) appuie les propositions tendant à éviter de prolonger les discussions et de surcharger l'ordre du jour provisoire, ainsi que celles visant à supprimer les tables rondes ministérielles, à renforcer les travaux des Commissions A et B et à améliorer l'information fournie aux délégations, notamment concernant des transferts de points de l'ordre du jour entre les deux Commissions. Les délégués prenant la parole dans ces Commissions devraient faire des brèves déclarations à partir de textes écrits pour faciliter l'interprétation simultanée. Le Secrétariat devrait diffuser les documents de l'Assemblée de la Santé sous forme électronique un mois au plus tard avant le début de l'Assemblée afin que les pays puissent préparer leurs déclarations et propositions par écrit assez longtemps à l'avance.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit qu'il est important de se souvenir que le but principal de l'Assemblée de la Santé est de mettre en lumière la situation de la santé publique dans le monde et les défis auxquels les pays sont confrontés afin de susciter une coopération internationale appropriée pour améliorer la situation sur le plan sanitaire. Les tables rondes ministérielles n'ont pas produit les résultats escomptés et devraient donc cesser d'être organisées, ou seulement au niveau des hauts fonctionnaires de la santé publique. Il est lui aussi favorable à ce que l'examen de l'ordre du jour par le Bureau de l'Assemblée ait lieu lors d'une seule séance avant l'ouverture du débat général. Il est important d'améliorer les méthodes de travail des Commissions A et B et il serait utile de limiter le temps de parole des intervenants. La proposition tendant à ce que les interventions soient préparées à l'avance par écrit est toutefois d'un intérêt discutable, car il faut laisser aux participants la possibilité de réagir et d'échanger leurs points de vue ; autrement dit, il devrait y avoir un réel débat. Si tout est préparé à l'avance, on pourrait fort bien diffuser les déclarations sous forme électronique ou sous forme imprimée et il n'y aurait pas lieu de tenir une réunion.

M. BASSE (Sénégal)<sup>1</sup> est favorable au remplacement des tables rondes ministérielles par des réunions bilatérales, mais n'appuie pas la proposition qui voudrait que le Directeur général et les intervenants invités prononcent leurs allocutions avant l'adoption de l'ordre du jour, car celles-ci en font partie intégrante. De plus, il serait inhabituel et inapproprié que le chef de Secrétariat ait la priorité en termes de prise de parole sur le Président du principal organe directeur. L'orateur est également opposé à la proposition de faire examiner et adopter en deux temps l'ordre du jour provisoire ; cela pourrait entraîner une différence de traitement entre les points proposés par le Conseil et les éventuels points supplémentaires. En outre, les deux premiers jours de l'Assemblée de la Santé seraient marqués par un climat d'incertitude puisque les délégations ne sauraient pas quels points seraient discutés ou non. Une telle situation ne créerait pas une atmosphère propice à une bonne délibération. L'ordre du jour devrait être examiné et adopté en totalité le premier jour, de manière à ce que les délégués puissent ensuite participer pleinement aux discussions.

M. SÁNCHEZ OLIVA (Cuba)<sup>1</sup> dit que, même si certaines des propositions soumises au Conseil permettraient effectivement d'améliorer les méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé, l'expérience a montré que l'ordre du jour est capital pour la conduite des travaux. La proposition d'examiner et d'adopter l'ordre du jour en deux étapes n'est pas appropriée. Il ne serait pas acceptable d'examiner certains points de l'ordre du jour avant que celui-ci ait été adopté, en particulier dans la mesure où l'on peut s'attendre à ce que le Directeur général et les intervenants invités abordent dans leurs déclarations des questions de fond ayant une importance pour l'ordre du jour adopté.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.



Le PRESIDENT note que les membres sont d'accord sur le fait que les tables rondes ministérielles devraient être supprimées ; en revanche, les points de vue divergent concernant les autres propositions. Aussi suggère-t-il que le Conseil recommande la suppression des tables rondes et demande au Directeur général de poursuivre l'examen des autres questions.

### **Il en est ainsi convenu.**

- **Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent seizième session du Conseil exécutif** (document EB115/21)

Le Dr KEAN (Directeur du Département Gouvernance) dit que le projet d'ordre du jour provisoire figurant à l'annexe 1 du document EB115/21 a été établi avant la présente session du Conseil. Sur la base des discussions du Conseil jusqu'ici, les questions suivantes devraient être ajoutées au titre du point 18 Questions techniques et sanitaires : Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (question qui fera l'objet d'une consultation par voie électronique avant l'Assemblée de la Santé) ; La résistance aux antimicrobiens : une menace pour la sécurité mondiale ; Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe ; Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action ; et Problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool. En réponse à l'observation formulée plus tôt par le membre de la Thaïlande, il précise que la Proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang est inscrite à l'ordre du jour provisoire sous le point 26. Le point 23, Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, doit être supprimé ; il s'agit en fait d'un point qui doit être examiné par le Conseil à sa cent seizième session.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) explique qu'à la suite des discussions du Conseil sur les méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé, les premiers points de l'ordre du jour de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé seront identiques à ceux de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, à savoir :

1. Ouverture de l'Assemblée
  - 1.1 Constitution de la Commission de Vérification des Pouvoirs
  - 1.2 Election de la Commission des Désignations
  - 1.3 Rapports de la Commission des Désignations
    - Election du président
    - Election des cinq vice-présidents, des présidents des commissions principales et constitution du Bureau de l'Assemblée
  - 1.4 Adoption de l'ordre du jour et répartition des points entre les commissions principales
2. Rapports du Conseil exécutif sur ces cent quatorzième et cent quinze sessions
3. Allocution du Directeur général
4. Intervenants invités.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'étant donné que les travaux de l'OMS sur l'alcool figurent déjà sous le point 18.10 du projet d'ordre du jour provisoire, il serait peut-être préférable d'inscrire la question des problèmes de santé publique causés par l'usage nocif de l'alcool sous ce point plutôt que sous un point séparé.

Il est regrettable que le Secrétariat ait choisi de présenter pour examen un ordre du jour provisoire qui présuppose que le Conseil a accepté ses propositions concernant les changements à apporter aux méthodes de travail de l'Assemblée de la Santé, ce qui en fait n'a pas été le cas. A l'avenir, il vaudrait peut-être mieux consulter le Conseil ou attendre sa décision sur ces questions.

Répondant à Mme DENG Hongmei (suppléant du Dr Yin Li, Chine), M. AITKEN, (Directeur du Bureau du Directeur général) confirme que l'emploi du temps sera revu pour tenir compte des

modifications des premiers points de l'ordre du jour provisoire qu'il vient d'indiquer, et que l'on suivra, pour ces points, l'emploi du temps qui avait été adopté à la précédente Assemblée de la Santé.

Le PRESIDENT dit que, en l'absence d'autres commentaires, il considérera que le Conseil souhaite approuver le projet de décision contenu dans le document EB115/21, avec les amendements proposés, en tenant compte des observations du Secrétariat.

**La décision, telle qu'elle a été amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur la résolution EB112.R1 par laquelle il a été décidé que la session du Conseil faisant suite à l'Assemblée de la Santé devrait en principe être prolongée de deux jours pour permettre une répartition plus équilibrée et plus efficace des travaux de fond entre ses deux sessions annuelles. Afin de ne pas trop prolonger le séjour des membres à Genève, il propose en conséquence que la cent seizième session du Conseil se tienne sur trois jours.

**Décision :** Le Conseil exécutif a décidé que sa cent seizième session s'ouvrirait le jeudi 26 mai 2005 au Siège de l'OMS, à Genève, et prendrait fin au plus tard le samedi 28 mai 2005.<sup>2</sup>

**Relations avec les organisations non gouvernementales :** Point 7.4 de l'ordre du jour

- **Rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales** (document EB115/22)

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité permanent des Organisations non gouvernementales, rend compte des résultats de l'examen par le Comité des demandes d'admission à des relations officielles avec l'OMS et de la situation des organisations non gouvernementales déjà en relations officielles avec l'Organisation. Le projet de résolution qu'il est recommandé au Conseil d'adopter figure dans le rapport du Comité (document EB115/22) : il propose l'admission de plusieurs organisations non gouvernementales à des relations officielles avec l'OMS et la suspension ou l'interruption de ces relations officielles avec plusieurs autres.

Après examen d'un tiers des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, le Comité a émis les recommandations contenues dans le projet de décision reproduit dans son rapport (document EB115/22). En particulier, il a noté qu'un plan de travail devait encore être arrêté avec Infact (devenu Corporate Accountability International) et a proposé de différer sa décision concernant l'établissement de relations avec cette organisation non gouvernementale jusqu'à la cent dix-septième session du Conseil en janvier 2006, à laquelle le Comité serait saisi des rapports sur l'état des relations entre l'OMS et cette organisation non gouvernementale et sur le comportement de celle-ci aux réunions intergouvernementales. Dans le cas de quatre autres organisations non gouvernementales, le Comité a recommandé, en l'absence de rapports de collaboration, que l'examen des relations avec ces organisations soit reporté à la cent dix-septième session du Conseil. Il convient de rappeler aux organisations non gouvernementales que, si elles ne soumettent pas de rapport en temps voulu, il est mis fin aux relations officielles.

Le Comité a déclaré qu'il appréciait le travail des organisations candidates à l'admission ainsi que de celles dont les activités avaient été passées en revue.

---

<sup>1</sup> Décision EB115(1).

<sup>2</sup> Décision EB115(2).

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) se déclare préoccupée par les allusions faites, au paragraphe 8 du rapport, à un comportement qualifié de déplacé des représentants de Corporate Accountability International aux sessions de l'organe intergouvernemental de négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Elle demande si l'on a reçu une plainte officielle à ce sujet et s'il existe un mécanisme pour connaître de telles plaintes, qui permettrait aux organisations non gouvernementales de défendre leur position. Elle aimerait aussi avoir des explications sur la proposition de renvoyer à la cent dix-septième session du Conseil l'examen des relations avec cette organisation. La Jamaïque a de bonnes relations de travail avec l'ex-Infact qui a aidé à faire avancer le programme de lutte antitabac.

Le Dr AHMED (Ghana) se dit préoccupé par le contenu des paragraphes 2 et 8. Au paragraphe 2 du rapport, il est dit que la Framework Convention Alliance on Tobacco Control remplit les critères d'admission à des relations officielles, après quoi il est précisé au paragraphe 8 que le Secrétariat examinera les modalités de son action future une fois la Convention-cadre de l'OMS entrée en vigueur, et qu'un plan de collaboration n'a pas été arrêté ; en conséquence, le Secrétariat souhaite renvoyer l'examen des relations à la cent dix-septième session du Conseil. L'intervenant voudrait savoir si cela concerne seulement Infact ou toutes les organisations non gouvernementales concernées.

Le Dr ACHARYA (Népal), se référant au paragraphe 3 du projet de résolution proposé, demande pourquoi il a été décidé de mettre fin aux relations avec les organisations mentionnées dans ce paragraphe.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud),<sup>1</sup> se référant elle aussi à l'allusion contenue au paragraphe 8 du rapport, dit que, dans l'expérience de l'Afrique du Sud, la participation d'Infact a été constructive et a fait progresser plutôt qu'elle n'a freiné les travaux de l'organe intergouvernemental de négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. L'intervenant appuie toutefois la décision de renvoyer l'examen des relations avec cette organisation jusqu'en 2006.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur), prenant à nouveau la parole en sa qualité de Président du Comité permanent, dit que le projet de résolution et le projet de décision proposés se fondent sur les rapports reçus. L'examen de la situation d'Infact a été reporté d'un an, car les activités de cette organisation ont décliné avec la ratification de la Convention-cadre de l'OMS ; si aucun plan de collaboration n'est arrêté, les relations avec cette organisation ne pourront être maintenues. Répondant à la question du membre du Népal, il précise que, bien que le Conseil international pour la Science ait informé le Comité des travaux de ses membres avec l'OMS, il s'est avéré que la plupart des membres en question entretenaient déjà des relations officielles avec l'OMS pour leur propre compte. Le Comité permanent a estimé que les relations que les membres restants entretenaient avec l'OMS ne justifiaient pas le maintien de relations officielles avec le Conseil international pour la Science.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution contenu dans le document EB115/22.

**La résolution est adoptée.<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

<sup>2</sup> Résolution EB115.R10.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de décision contenu dans le document EB115/22.

**La décision est adoptée.<sup>1</sup>**

- **Réexamen de deux demandes d'admission à des relations officielles avec l'OMS** (document EB115/34)

Le PRESIDENT informe le Conseil que le Directeur général a reçu des lettres de deux candidats à l'admission demandant que l'examen de leur candidature soit différé jusqu'à une future session du Conseil. Il n'est donc pas nécessaire d'examiner la question à la présente session.

**La séance est levée à 12 h 40.**

---

<sup>1</sup> Décision EB115(3).

## DOUZIEME SEANCE

Lundi 24 janvier 2005, 14 h 15

Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)

### 1. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)

**Aspects sanitaires des situations de crise** : Point 4.3 de l'ordre du jour (document EB115/6) (suite de la deuxième séance, section 2)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé intitulé « Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004 en Asie du sud », qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les aspects sanitaires des situations de crise ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

~~Notant~~ Regrettant les graves conséquences humaines du séisme et du tsunami du 26 décembre 2004 qui ont frappé ~~12 de nombreux~~ pays, de l'Asie du Sud-Est à l'Afrique orientale, et qui ont fait plus de ~~150 210 000~~ morts, ~~y compris de nombreux professionnels de la santé~~ des milliers d'autres personnes étant toujours portées disparues, et pas moins d'un demi-million de blessés, et laissé au moins cinq millions de personnes sans abri et/ou privées d'un approvisionnement suffisant en eau potable, de moyens d'assainissement, de nourriture ou de services de santé ;

Notant que des citoyens de plus de 30 pays ont été touchés par la catastrophe et que de nombreux professionnels de la santé figuraient parmi les morts ;

Consciente que l'essentiel des secours a d'abord été (et continuera d'être) apporté par les communautés affectées elles-mêmes, et par l'intermédiaire des autorités locales, soutenues par une intense coopération internationale, et s'attendant à ce que ces communautés continuent de se heurter à de graves difficultés compte tenu de la perte de leurs moyens de subsistance, de la charge de travail excessive des services sanitaires et sociaux et des traumatismes psychologiques tant immédiats qu'à long terme ;

Reconnaissant que les interventions destinées à faire face aux problèmes de santé publique liés aux situations de crise devraient toujours renforcer l'ingéniosité et la capacité de résistance des communautés, les capacités ~~de la société civile~~ et des autorités locales, l'état de préparation des systèmes de santé et l'aptitude des autorités nationales et de la société civile à fournir un appui rapide et coordonné pour assurer la survie des populations immédiatement affectées ;

Sensible à l'assistance généreuse fournie aux pays touchés par les gouvernements, les groupes non gouvernementaux, les particuliers et les établissements de santé publique nationaux (y compris par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas

---

<sup>1</sup> Document EB115/6.

d'épidémie), et reconnaissant les principales difficultés que doivent surmonter les autorités locales qui s'efforcent de coordonner l'aide en personnel et en biens ainsi fournie ;

Consciente des difficultés auxquelles doivent faire face les systèmes de santé locaux aux ressources insuffisantes pour localiser les personnes disparues, identifier les morts et prendre en charge les corps ;

Reconnaissant les problèmes que doivent résoudre les autorités locales débordées pour coordonner les opérations de secours, y compris le personnel et les biens généreusement mis à leur disposition du fait de la solidarité nationale et internationale ;

Notant que l'efficacité des interventions des pays affectés en cas d'événement soudain de cette ampleur indique s'ils sont préparés et prêts à agir de façon ciblée et concertée, en particulier pour sauver des vies et maintenir les survivants en vie ;

Rappelant que plus de 30 pays dans le monde traversent actuellement des crises graves, souvent depuis longtemps, que pas moins de 500 millions de personnes sont en danger, diverses menaces évitables compromettant leur survie et leur bien-être, et qu'une vingtaine d'autres pays sont très exposés au risque d'événements graves, d'origine naturelle ou humaine, ce qui porte à 2 ou 3 milliards le nombre des personnes exposées ;

Reconnaissant que les analyses des besoins sanitaires et du fonctionnement des systèmes de santé, dans le contexte des politiques nationales et des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris des objectifs énoncés dans la Déclaration du Millénaire pour le développement, sont indispensables pour le relèvement et la remise en état appropriés de services de santé personnels et de services de santé publics équitables, tâche qui nécessite une synergie claire entre préparation et interventions ;

Réaffirmant la nécessité de renforcer les capacités locales pour évaluer les risques et de se préparer à d'éventuelles catastrophes ultérieures et d'intervenir le cas échéant, y compris en dispensant une éducation continue au public, en dissipant les mythes relatifs aux conséquences sanitaires des catastrophes et en réduisant le risque que les établissements de santé essentiels soient endommagés en cas de catastrophe ;

Tenant compte des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe (Japon), 18-22 janvier 2005) ;

1. DEMANDE à la communauté internationale de continuer à soutenir fermement et durablement l'action humanitaire qui vise avant tout à sauver des vies et à maintenir les survivants en vie dans les zones affectées par le tsunami du 26 décembre 2004, et d'accorder la même attention aux besoins des populations touchées par d'autres crises humanitaires ;

2. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à apporter un soutien adéquat aux pays touchés par le tsunami pour le relèvement durable de leurs systèmes sanitaires et sociaux ;

2) à faire tout leur possible pour participer activement aux mesures collectives en vue d'établir des plans de préparation mondiaux et régionaux et de renforcer les capacités d'intervention en cas de crise sanitaire ;

3) à formuler des plans nationaux de préparation aux situations d'urgence qui tiennent dûment compte de la santé publique et du rôle du secteur de la santé dans les situations de crise, afin d'améliorer l'efficacité des interventions en cas de crise et des contributions au relèvement des systèmes de santé ;

4) à veiller à ce que les femmes et les hommes aient également accès à des programmes de sensibilisation à la préparation aux situations d'urgence et à la prévention des catastrophes au moyen de systèmes d'alerte rapide sexospécifiques, donnant aux femmes aussi bien qu'aux hommes les moyens de réagir en temps voulu et de manière opportune, et à ce que tous les enfants puissent bénéficier de l'éducation et des interventions appropriées ;

4)5) à veiller à ce qu'en cas de crise toutes les populations ~~vulnérables touchées~~ aient un accès équitable aux soins de santé essentiels, en s'employant à sauver la vie des personnes en danger et à maintenir en vie celles qui ont survécu et en se préoccupant particulièrement des besoins spécifiques des femmes et des enfants, des personnes âgées et des personnes souffrant de traumatismes physiques et psychologiques aigus, de maladies transmissibles, de maladies chroniques ou de handicaps ;

5) ~~à augmenter en priorité leurs contributions au financement existant afin d'aider l'OMS à soutenir les interventions sanitaires en cas de crise pour permettre une action immédiate et d'envergure ;~~

6) à encourager, dans le projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007, l'examen des activités de l'OMS en rapport avec les crises et les catastrophes, afin de permettre des interventions immédiates (en temps voulu), adaptées, suffisantes et durables, et à envisager d'augmenter les contributions afin de garantir le financement adéquat des actions et des interventions importantes de l'OMS avant, pendant et après les crises ;

6)7) à protéger le personnel national et international mobilisé pour améliorer la santé des communautés affectées par les crises et à s'assurer que ce personnel bénéficie ~~des moyens de protection physique, de l'orientation professionnelle et du soutien émotionnel et logistique~~ nécessaires pour ~~pouvoir~~ entreprendre d'urgence toute action humanitaire requise et soulager les souffrances (dans toute la mesure possible) lorsque des vies sont menacées, soulager les souffrances et sauver autant de vies que possible ;

3. PRIE le Directeur général :

1) ~~de renforcer d'intensifier~~ l'appui de l'OMS aux Etats Membres touchés par le tsunami du 26 décembre 2004 qui ~~la mise en place de~~ s'efforcent d'améliorer les systèmes de surveillance de la maladie, ~~l'évaluation et~~ et l'accès à de l'eau propre, à des moyens d'assainissement et à des soins de santé de bonne qualité, (notamment en matière de santé mentale), ~~en consolidant la gestion de chaînes d'approvisionnement de matériel médical et en fournissant des conseils techniques nécessaires à tous les acteurs de l'action humanitaire, aux professionnels de la santé et au public sur d'importantes questions de santé publique, (y compris sur la prise en charge des corps, et la prévention des maladies transmissibles) et en assurant la communication rapide et correcte de l'information de façon à réduire les informations erronées ;~~

2) ~~de coordonner l'action déployée par les donateurs pour aider les gouvernements touchés par ledit tsunami à assurer une planification et une mise en œuvre efficaces pour d'encourager la coopération relative aux activités sur le terrain entre l'OMS et les autres organisations internationales, avec l'appui des organismes donateurs, de façon à aider les gouvernements des pays touchés par le tsunami à coordonner les mesures prises pour relever les défis pour la santé publique (sous l'égide du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU), et à planifier et assurer un relèvement rapide et durable des systèmes et des services de santé, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès de cette coopération ;~~

3) ~~d'aider à concevoir les systèmes de protection sociale et programmes de soutien visant les personnes réduites à l'impuissance par les effets dudit tsunami sur leur dont la vie et leurs les~~ moyens de subsistance ont été affectés par le tsunami, ainsi que les services nécessaires de prise en charge de leurs traumatismes psychologiques physiques et mentaux ;

4) d'adapter et de revoir de manière approfondie (le cas échéant) l'action de l'OMS dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours – et de lui d'assurer les ressources nécessaires à son efficacité – ainsi

que les autres domaines associés aux interventions de l'ensemble de l'Organisation en cas de crise ;

5) de renforcer la capacité de l'OMS à fournir un appui dans le cadre des mécanismes de coordination du système des Nations Unies et d'autres institutions (en particulier le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) pour élaborer, tester et appliquer des plans de préparation aux situations d'urgence liés à la santé, répondre aux besoins sanitaires critiques des personnes dans des situations de crise, et planifier et mettre en oeuvre un relèvement durable après une crise ;

6) d'établir des voies hiérarchiques claires à l'OMS pour faciliter des interventions rapides et efficaces aux premiers stades d'une situation d'urgence et de communiquer clairement ces dispositions aux Etats Membres ;

~~6)7)~~ de mobiliser les ~~vastes~~ compétences sanitaires de l'OMS, d'accroître son aptitude à trouver les compétences extérieures, d'assurer la mise à jour de ces connaissances et de ce savoir-faire, et de faire en sorte que ces compétences soient disponibles, afin d'assurer un appui technique rapide et approprié aux programmes sanitaires tant internationaux que nationaux de préparation aux catastrophes, d'intervention, d'atténuation des effets et de réduction des risques ;

8) de favoriser la poursuite active de la coopération de l'OMS avec les stratégies internationales de prévention des catastrophes, en veillant ainsi à ce que l'accent soit suffisamment mis sur les préoccupations liées à la santé dans la mise en oeuvre des résultats de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe (Japon) 18-22 janvier 2005) ;

~~7)9)~~ de veiller à ce que l'OMS aide tous les ~~organismes~~ groupes pertinents concernés ~~qui se à se préparent~~ aux catastrophes et aux crises, ~~qui à intervenir~~ et qui à se rétablissent après des catastrophes ou des crises ~~en évaluant de façon opportune et fiable les souffrances et les dangers pour la survie, tels qu'ils ressortent (sur la base des données de morbidité et de mortalité) ;~~ en coordonnant les interventions sanitaires en fonction de ces évaluations ; en repérant les problèmes déterminants qui menacent ~~pour~~ les issues sanitaires et en intervenant pour les résoudre ; et en mettant en place des capacités locales et nationales, y compris le transfert de compétences, de données d'expérience et de technologie entre Etats Membres compte dûment tenu des liens entre les secours et la reconstruction ;

~~8)10)~~ de ~~continuer à~~ renforcer les services de logistique existants dans le cadre du mandat de l'OMS en coordination étroite avec les autres organisations humanitaires afin que les Etats Membres puissent disposer de la capacité opérationnelle nécessaire pour recevoir une assistance rapide et en temps voulu lorsqu'ils se trouvent confrontés à des crises de santé publique.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) dit que, d'après l'expérience de son pays, l'un des problèmes les plus préoccupants après une catastrophe étant la propagation de rumeurs susceptibles de provoquer l'affolement parmi la population et d'avoir des conséquences socio-économiques encore plus désastreuses, il faudrait donner aux médias des informations exactes. Il propose donc que l'on insère, au paragraphe 3, un nouvel alinéa 1) bis qui se lirait comme suit : « de communiquer activement et en temps opportun, des informations exactes aux médias internationaux et locaux pour mettre fin aux rumeurs et prévenir ainsi les mouvements de panique, les conflits et les autres conséquences sociales et économiques ».

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) approuve le projet de résolution dans ses grandes lignes, mais rappelle que le membre désigné par le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a proposé la suppression, au paragraphe 3.3), des termes se trouvant entre « concevoir les » et « services nécessaires de prise en charge », et que le membre de la France appuie



cette proposition. La formulation actuelle paraît trop vague et, selon lui, l'élaboration de programmes destinés à aider les personnes dont les moyens de subsistance ont été affectés ne relève pas de la compétence de l'OMS.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) estime qu'il faut définir plus précisément les aspects sanitaires des situations de crise. Par exemple, d'après le paragraphe 1 du rapport, la prévalence croissante des infections à VIH peut déclencher une crise ; l'épidémie de VIH/SIDA est une crise mondiale dont les répercussions dans les domaines médical et social sont aussi graves que celles de toute autre crise ou catastrophe. Si une crise d'un autre type venait s'ajouter à une épidémie de VIH/SIDA, cela aggraverait non seulement la situation en ce qui concerne l'infection à VIH, mais aussi la situation épidémiologique de la tuberculose. A l'avenir, il faudrait donner davantage d'informations sur l'épidémiologie des affections liées aux crises et aux catastrophes.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) pense qu'il convient d'améliorer quelque peu le texte du projet de résolution, auquel il est favorable. La signification du membre de phrase « systèmes d'alerte rapide sexospécifiques » (paragraphe 2.4) n'est pas claire car, selon lui, toutes les personnes vulnérables devraient être alertées en cas de catastrophe et préparées à y faire face. Il propose d'insérer les mots « y compris les personnes déplacées » après les mots « les populations touchées » au paragraphe 2.5).

M. YAMAGUCHI (Japon),<sup>1</sup> dit que la référence à la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes au dernier alinéa du préambule et au paragraphe 3.8) devrait être formulée comme suit : « Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes (Kobe, Hyogo, Japon, 18-22 janvier 2005) ». Afin de souligner l'importance du rôle joué par les gouvernements des pays touchés, il propose d'ajouter le membre de phrase « car de telles mesures relèvent en premier lieu de ces gouvernements » après les termes « affaires humanitaires de l'ONU » au paragraphe 3.2).

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par l'Islande, appuie cette proposition.

Le Dr NABARRO (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) dit que dans le paragraphe 2.4), le terme « sexospécifique » a été proposé afin de préciser que les systèmes d'alerte rapide mentionnés devraient être adaptés aux besoins de tous les groupes, notamment celui des femmes accompagnées d'enfants.

S'agissant des observations du membre désigné par la France à propos du paragraphe 3.3), il rappelle que ces dernières années, à de multiples reprises lors de catastrophes, l'OMS a été priée de contribuer à l'élaboration de programmes humanitaires concernant non seulement les services de santé, mais également l'accès à l'eau, l'assainissement, l'alimentation, le logement et la sécurité, domaines qui peuvent avoir un impact direct sur la santé. La formulation du paragraphe vise à traduire le concept général de santé publique en tenant compte de la notion de soins de santé primaires créée par l'OMS, et il se demande s'il serait judicieux de supprimer la référence à l'aide que l'OMS devrait apporter à l'élaboration de programmes humanitaires, compte tenu du fait que certains organismes tels que le HCR sollicitent ce type de soutien.

Il convient que le texte fournit peu d'informations sur l'épidémiologie des affections liées aux crises et aux catastrophes ; les observations du membre désigné par la Fédération de Russie seront prises en considération.

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) fait le point sur les amendements proposés. Le membre du Japon, appuyé par le membre désigné par l'Islande, a proposé d'ajouter le mot « Hyogo » après « Kobe » dans le dernier alinéa du préambule et dans le paragraphe 3.8). Compte tenu des observations formulées par le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, il serait peut-être judicieux de supprimer l'expression « sexospécifique » au paragraphe 2.4). Ce dernier a également suggéré d'insérer l'expression « y compris les personnes déplacées » après « toutes les populations touchées » au paragraphe 2.5). Le membre désigné par la Thaïlande a proposé d'ajouter au paragraphe 3 un alinéa 1) bis ainsi libellé : « de communiquer activement et en temps opportun des informations exactes aux médias internationaux et locaux pour mettre fin aux rumeurs et prévenir ainsi les mouvements de panique, les conflits et les autres conséquences sociales et économiques ». Au paragraphe 3.3), il serait peut-être préférable d'insérer l'expression « les aspects sanitaires des » après « concevoir », et de conserver en l'état le reste du paragraphe.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) est favorable à l'amendement du paragraphe 3.3) proposé par M. Aitken.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant :** Point 4.4 de l'ordre du jour (document EB115/7) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution relatif à la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant tel qu'amendé par un groupe de rédaction, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant ;<sup>2</sup>  
RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant l'adoption par l'Assemblée de la Santé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (résolution WHA34.22), ainsi que les résolutions WHA39.28, WHA41.11, WHA46.7, WHA47.5, WHA49.15 et, en particulier, la résolution WHA54.2 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, les modes d'alimentation appropriés et les questions connexes ;

Constatant qu'à la réunion conjointe d'experts FAO/OMS sur *Enterobacter sakazakii* et les autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons, tenu en 2004, il a été conclu que la contamination intrinsèque des préparations en poudre pour nourrissons par *E. sakazakii* et *Salmonella* avait provoqué des épisodes infectieux et morbides chez les nourrissons, y compris des maladies graves susceptibles d'entraîner des conséquences sérieuses sur le développement et des décès, en particulier en cas de naissance avant terme, d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'immunodéficience ;<sup>3</sup>

Notant que ces épisodes sévères sont particulièrement graves chez les nourrissons nés avant terme, d'un faible poids à la naissance et immunodéprimés, et sont donc préoccupants pour tous les Etats Membres ;

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R11.

<sup>2</sup> Document EB115/7.

<sup>3</sup> FAO/WHO Expert Meeting on *E. sakazakii* and other Microorganisms in Powdered Infant Formula: Meeting Report. Microbiological Risk Assessment Series N° 6, 2004, p. 37.

Gardant à l'esprit le fait que la Commission du Codex Alimentarius révisé actuellement ses recommandations en matière d'hygiène pour la fabrication des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ;

Préoccupée par le fait que des allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé sont utilisées à mauvais escient pour promouvoir la vente de substituts du lait maternel au lieu de l'allaitement maternel ;

Reconnaissant que la Commission du Codex Alimentarius joue un rôle déterminant en fournissant des lignes directrices aux Etats Membres concernant la réglementation judicieuse des aliments, y compris les aliments pour les nourrissons et les jeunes enfants ;

Consciente qu'en plusieurs occasions l'Assemblée de la Santé a appelé la Commission à prendre pleinement en considération, dans le cadre de son mandat opérationnel, les mesures fondées sur des données factuelles qu'elle pourrait prendre pour améliorer les normes sanitaires applicables aux aliments, conformément aux buts et aux objectifs des stratégies pertinentes de santé publique, et en particulier la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (résolution WHA55.25) et la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (résolution WHA57.17) ;

Reconnaissant que ces mesures exigent une bonne compréhension des rôles respectifs de l'Assemblée de la Santé et de la Commission du Codex Alimentarius, ainsi que de la réglementation des denrées alimentaires dans le contexte plus général des politiques de santé publique ;

Tenant compte de la résolution WHA56.23 sur l'évaluation conjointe FAO/OMS des travaux de la Commission du Codex Alimentarius, dans laquelle l'Assemblée de la Santé approuvait la participation directe accrue de l'OMS aux travaux de la Commission et priait le Directeur général de renforcer le rôle de l'OMS dans la conduite d'autres activités pertinentes dans les domaines de la salubrité des aliments et de la nutrition pour compléter les travaux de la Commission, en accordant une attention particulière aux tâches qui sont assignées à l'OMS dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

- 1) à continuer à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, en tant que recommandation mondiale de santé publique, compte tenu des conclusions de la consultation d'experts de l'OMS sur la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive,<sup>1</sup> et à prévoir la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, par l'application intégrale de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui encourage l'élaboration d'une politique nationale complète comprenant, le cas échéant, un cadre juridique visant à promouvoir le congé maternité et des mesures d'appui propres à favoriser l'allaitement exclusif pendant six mois, un plan d'action détaillé pour la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de la politique, et l'allocation de ressources adéquates pour ce processus ;
- 2) à veiller à ce que les allégations concernant la valeur nutritionnelle et les bienfaits pour la santé ne soient pas autorisées sur les aliments pour les nourrissons et les jeunes enfants sauf si les normes du Codex Alimentarius ou la législation nationale en disposent autrement ;
- 3) à s'assurer que, lorsque les nourrissons ne sont pas nourris au sein, les cliniciens, et autres soignants, ainsi que les agents de santé communautaire, les familles, les parents et les autres personnes ayant la garde d'enfants, et en particulier de nourrissons à haut risque, reçoivent en temps voulu des informations

---

<sup>1</sup> Telles qu'elles ont été énoncées dans les conclusions et recommandations de la consultation d'experts (Genève, 28-30 mars 2001) qui a procédé à un examen systématique de la durée optimale de l'alimentation au sein exclusive (voir le document A54/INF.DOC./4).

et une formation concernant la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons afin de ramener à un minimum les risques pour la santé et sont informés, le cas échéant par une mise en garde explicite sur l'emballage, que les préparations en poudre pour nourrissons peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées de manière appropriée ;

4) à veiller à ce que le soutien financier apporté aux professionnels de la santé du nourrisson et du jeune enfant ne donne pas lieu à des conflits d'intérêts ;

5) à veiller à ce que les travaux de recherche sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur lesquels se basent les politiques suivies en la matière fassent toujours l'objet d'un examen indépendant afin que ces politiques ne subissent pas l'influence abusive d'intérêts commerciaux ;

6) à travailler en étroite collaboration avec les entités concernées, notamment les fabricants, pour continuer à réduire la concentration et la prévalence des agents pathogènes, dont *Eterobacter sakazakii*, dans les préparations en poudre pour nourrissons ;

7) à continuer à veiller à ce que les fabricants respectent les normes et réglementations alimentaires nationales ou celles du Codex Alimentarius ;

8) à assurer la cohérence des politiques au niveau national en favorisant la collaboration entre les autorités sanitaires, les organismes de réglementation des denrées alimentaires et les organismes chargés de fixer les normes alimentaires ;

9) à participer activement aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius ;

10) à veiller à ce que tous les organismes nationaux appelés à définir des positions nationales sur des questions de santé publique destinées à être utilisées dans toutes les instances internationales compétentes, y compris la Commission du Codex Alimentarius, reflètent une compréhension commune et cohérente des politiques de santé adoptées par l'Assemblée de la Santé et s'attachent à les promouvoir ;

2. PRIE la Commission du Codex Alimentarius :

1) de continuer à tenir dûment compte, lors de l'élaboration de normes, de lignes directrices et de recommandations, des résolutions de l'Assemblée de la Santé pertinentes dans le cadre de son mandat opérationnel ;

2) d'élaborer des normes, des lignes directrices et des recommandations concernant les aliments pour nourrissons et jeunes enfants formulées de façon à garantir la mise au point de produits sans danger, correctement étiquetés et répondant aux besoins nutritionnels connus de ceux auxquels ils sont destinés, tenant ainsi compte de la politique de l'OMS et, en particulier, de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;

3) de mener à bien d'urgence les travaux en cours visant à réduire le risque de contamination microbiologique des préparations en poudre pour nourrissons et d'établir des critères ou des normes microbiologiques appropriés relatifs à *E. sakazakii* et aux autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons ; et d'apporter des conseils sur la manipulation sans danger et d'envisager s'il y a lieu d'apposer des mises en garde sur les emballages ;

3. PRIE le Directeur général :

1) en collaboration avec la FAO, d'élaborer des lignes directrices destinées aux cliniciens et autres soignants ainsi qu'aux agents communautaires, aux familles, aux parents et aux autres personnes ayant la garde d'enfants concernant la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations pour nourrissons afin de ramener au minimum les risques pour la santé et de répondre aux besoins particuliers des Etats Membres en mettant en place des mesures efficaces pour

réduire les risques dans les situations où le nourrisson ne peut être ou n'est pas nourri par le lait maternel ;

2) d'encourager et de promouvoir les travaux de recherche faisant l'objet d'un examen indépendant, notamment en recueillant des éléments dans différentes parties du monde, afin de mieux connaître l'écologie, la taxonomie, la virulence et autres caractéristiques de *E. sakazakii*, conformément aux recommandations de la réunion d'experts FAO/OMS [voir la note de bas de page N° 2] sur *E. sakazakii*, et d'étudier les moyens de réduire la teneur en micro-organismes des préparations en poudre une fois reconstituées ;

3) de fournir des informations afin de promouvoir et de faciliter la contribution de la Commission du Codex Alimentarius, dans le cadre de son mandat opérationnel, à la pleine mise en oeuvre des politiques internationales de santé publique ;

4) de faire régulièrement rapport à l'Assemblée de la Santé sur les progrès de l'examen des questions renvoyées à la Commission du Codex Alimentarius.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) fait observer que les termes « [voir la note de bas de page N° 2] » devraient être supprimés du paragraphe 3.2) qui ne contient aucun appel de note.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) félicite le groupe de rédaction d'avoir élaboré un texte qui semble convenir à tous. Il prend note avec satisfaction du paragraphe 1.6) qui rend les choses plus claires et qui définit l'approche à adopter pour l'avenir. Il convient que l'OMS ne devrait pas donner une définition trop restrictive de son domaine de compétence étant donné que la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et qu'elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne et des pays candidats (Bulgarie, Croatie, Roumanie et Turquie), appuie le projet de résolution amendé et indique que les pays au nom desquels elle s'exprime souhaitent figurer parmi les auteurs.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) relève une contradiction entre deux dispositions : le paragraphe 1.3), qui prévoit que, le cas échéant, l'emballage devrait comporter une mise en garde indiquant que les préparations en poudre pour nourrissons peuvent contenir des micro-organismes pathogènes, et le paragraphe 2.3), aux termes duquel la Commission du Codex Alimentarius est priée d'envisager s'il y a lieu d'apposer des mises en garde sur les emballages. Il reconnaît l'existence d'un risque de contamination des préparations en poudre pour nourrissons par *Enterobacter sakazakii*, et convient qu'il faudrait entreprendre d'autres travaux de recherche pour mieux connaître l'écologie, la taxonomie, la virulence et autres caractéristiques de *E. sakazakii*. La Commission du Codex Alimentarius devrait élaborer des lignes directrices pour le contrôle de la qualité des préparations pour nourrissons ; ce serait le moyen le plus efficace de réduire les risques de contamination des produits alimentaires. En revanche, il n'est pas judicieux d'apposer une mise en garde explicite sur les emballages car cela pourrait susciter des inquiétudes injustifiées parmi les cliniciens et autres soignants et avoir des répercussions négatives sur la santé de l'enfant pendant sa première année, en particulier si ces préparations sont remplacées par d'autres aliments moins adaptés tels que le lait de vache. Même si tous les Etats Membres reconnaissent l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, et s'ils en ont approuvé le principe dans le cadre d'une stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, cette option n'est pas toujours possible et, dans ce cas, on a recours à la supplémentation alimentaire. Il faudrait accorder une attention particulière à l'étiquetage des produits alimentaires pour nourrissons, et il faudrait que

les informations relatives à la valeur nutritionnelle de ces produits et à leurs bienfaits pour la santé soient corroborées par des données scientifiques rigoureuses.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit qu'il partage certaines préoccupations exprimées par l'orateur précédent, mais qu'il préfère la formulation actuelle.

Le Dr ACHARYA (Népal) propose de supprimer l'expression « le cas échéant » dans le paragraphe 1.3).

Le Dr TANGI (Tonga) souligne que la nutrition du nourrisson et du jeune enfant est une question qui préoccupe les Tonga. Il approuve lui aussi le projet de résolution en l'état et souhaite figurer parmi les auteurs.

Le Dr AHMED (Ghana) appuie lui aussi le projet de résolution en l'état.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) prie instamment les membres de ne pas relancer le débat sur ce texte, qui est un bon compromis.

Le PRESIDENT, conscient des divergences de vues, invite instamment les participants à accepter le texte en l'état dans un souci de consensus.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit qu'il n'a aucune objection de principe à formuler à propos de ce texte, mais rappelle qu'il contient des contradictions.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du groupe de rédaction, remercie les participants d'avoir travaillé dans un esprit de compromis. Les observations des membres désignés par le Népal et la Fédération de Russie illustrent bien les éléments clés du débat et les différentes positions. Le paragraphe 1.3) se rapporte à la composante santé publique. L'expression « le cas échéant » représente un compromis pour laisser chaque pays libre de choisir les mesures à prendre en ce qui concerne les mises en garde sur les emballages. Toutefois, il est clair que dans chaque pays, il incombe aux responsables de la santé publique d'informer les citoyens des problèmes liés à l'utilisation de ces produits. L'hypothèse évoquée par le membre désigné par la Fédération de Russie, selon laquelle les gens pourraient cesser d'utiliser ces produits et les remplacer par des aliments moins adaptés, a été examinée par le groupe.

S'agissant du paragraphe 2.3), le groupe espère que les travaux dont la Commission du Codex Alimentarius est chargée cadreront avec son mandat.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) remercie le Président du groupe de rédaction pour les explications qu'elle a données, et dit qu'il souhaite se rallier au consensus.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R12.

**Systemes de sécurité sociale :** Point 4.5 de l'ordre du jour (document EB115/8) (suite de la cinquième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution amendé relatif au financement durable de la santé, à la couverture universelle et aux systèmes de sécurité sociale, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur les systèmes de sécurité sociale ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Notant que les systèmes de financement de la santé de nombreux pays demandent encore à être développés pour garantir l'accès aux services nécessaires tout en assurant une protection contre le risque financier ;

Admettant que, quelle que soit la source de financement du système de santé retenue, le prépaiement, la mise en commun des ressources et la répartition des risques sont des principes fondamentaux dans la protection contre le risque financier ;

Considérant que le choix d'un système de financement de la santé doit être effectué dans le cadre particulier de chaque pays ;

Reconnaissant qu'un certain nombre d'Etats Membres sont engagés dans des réformes du financement de la santé reposant parfois sur des approches mixtes public-privé, et notamment sur l'introduction de systèmes de sécurité sociale, dont certaines supposent l'introduction de la couverture maladie universelle ; [Etats-Unis d'Amérique]

Notant que certains pays ont récemment bénéficié d'importants apports de fonds extérieurs en faveur de la santé ;

Reconnaissant l'importance du rôle des organes législatifs et exécutifs de l'Etat de tutelle des pouvoirs publics [Fédération de Russie] dans la réforme des systèmes de financement de la santé en vue de parvenir à la couverture universelle ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient instituent ou développent [Etats-Unis d'Amérique] le recours au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins de santé le secteur de la santé [Etats-Unis d'Amérique] en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoin de soins ;

1) bis à veiller à une répartition adéquate et équitable d'infrastructures de soins et de ressources humaines pour la santé de qualité, de sorte que les assurés bénéficient de services de santé équitables et de qualité conformément aux prestations prévues ; [Thaïlande]

2) à faire en sorte que les fonds extérieurs destinés à des programmes de santé ou activités spécifiques soient gérés et organisés de façon à contribuer à la mise en place de mécanismes et d'institutions [Etats-Unis d'Amérique] de financement durables pour le système de santé dans son ensemble ;

2) bis à mettre en place des mécanismes viables et durables, y compris en organisant des conférences internationales à intervalles réguliers, afin de faciliter l'échange continu de données d'expérience et d'enseignements sur les systèmes de sécurité sociale ; [Thaïlande]

<sup>1</sup> Document EB115/8.

- 3) à prévoir la transition vers la couverture universelle de tous les citoyens pour contribuer à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé et à améliorer la qualité de ceux-ci [Fédération de Russie], à lutter contre la pauvreté, à atteindre les objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, [Etats-Unis d'Amérique] et à instaurer la santé pour tous ;
  - 4) à reconnaître que lors de la transition vers la couverture universelle, chaque option devra être mise en place compte tenu du contexte macroéconomique, socioculturel et politique particulier de chaque pays ;
  - 5) à tirer parti, le cas échéant, des possibilités de collaboration qui existent entre les dispensateurs publics et privés et les organisations de financement de la santé, sous la tutelle générale et ferme des pouvoirs publics ;
  - 6) à mettre en commun leurs expériences ~~de la réforme des différentes méthodes de~~ [Etats-Unis d'Amérique] financement de la santé, y compris la mise en place de systèmes de sécurité sociale, et de systèmes privés, publics et mixtes, [Etats-Unis d'Amérique] notamment en ce qui concerne les mécanismes institutionnels établis pour s'acquitter des principales fonctions du système de financement de la santé ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de fournir, à la demande des Etats Membres, un soutien technique au renforcement des capacités et des compétences pour la mise en place de systèmes de financement de la santé, en particulier de systèmes de prépaiement, sécurité sociale comprise, en vue de parvenir à l'objectif de la couverture universelle, et de prendre en compte les besoins particuliers des petits pays insulaires et autres pays peu peuplés [Maldives] ; et de collaborer avec les Etats Membres à l'institution d'un dialogue social concernant les options en matière de financement de la santé ;
  - 2) de fournir aux Etats Membres, en coordination avec la Banque mondiale [République tchèque] et d'autres partenaires compétents [Etats-Unis d'Amérique], des informations techniques concernant l'impact potentiel des apports de fonds extérieurs en faveur de la santé sur la stabilité macroéconomique ;
  - 3) d'apporter un soutien technique pour aider à recenser les données et les méthodologies permettant de mieux mesurer et analyser les avantages et le coût des différentes ~~de constituer une base de connaissances qui permette de repérer les meilleures~~ [Etats-Unis d'Amérique] pratiques en matière de financement de la santé, qu'elles portent sur la perception des recettes, la mise en commun des ressources, ou la prestation ou l'achat de services, en tenant compte des différences économiques et socioculturelles ;
  - 4) de fournir un soutien technique aux Etats Membres, en tant que de besoin, afin [Etats-Unis d'Amérique] de mettre au point des méthodes et des outils permettant d'évaluer l'impact sur les services de santé des changements apportés aux systèmes de financement de la santé à mesure qu'ils progressent vers la couverture universelle.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) signale que l'amendement proposé par le membre de la Thaïlande a été inséré par erreur comme paragraphe 1.2) bis, alors qu'il devait devenir le paragraphe 2.2) bis.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique), relevant que ce paragraphe mentionne des « conférences internationales à intervalles réguliers », demande quelles pourraient être les incidences financières de ces conférences.



Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) propose d'insérer les termes « si possible » pour indiquer que l'Organisation mettra en oeuvre la recommandation contenue dans le projet de résolution en fonction des ressources disponibles, comme à l'accoutumée.

Le PRESIDENT considère que ces amendements sont acceptables.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Sécurité transfusionnelle : proposition d'instituer une journée mondiale du don de sang :**  
Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB115/9) (suite de la cinquième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution sur la sécurité transfusionnelle, tel qu'amendé à la cinquième séance, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la sécurité transfusionnelle<sup>2</sup> et la déclaration de consensus du Forum de l'OMS sur les politiques appropriées pour la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang,<sup>3</sup> [Etats-Unis d'Amérique]

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA28.72 qui demandait instamment que soient mis en place des services nationaux de transfusion sanguine fondés sur le don de sang volontaire et non rémunéré ;

Ayant examiné le rapport sur la sécurité transfusionnelle ;

Alarmée par le manque chronique de sang et de produits sanguins sécurisés, particulièrement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ;

Considérant que, pour prévenir la transmission du VIH et d'autres agents pathogènes à transmission sanguine lors d'une transfusion de sang ou de produits sanguins [Etats-Unis d'Amérique] contaminés, il faut collecter du sang uniquement auprès de donateurs chez lesquels le risque d'être porteurs de ces agents infectieux est le plus faible ;

Reconnaissant que le don de sang volontaire et non rémunéré est la pierre angulaire d'un approvisionnement suffisant en sang non contaminé au niveau national qui réponde aux besoins transfusionnels de tous les patients ;

Prenant note des réactions positives à la Journée mondiale du don de sang organisée le 14 juin 2004 en vue de promouvoir les dons de sang volontaires et non rémunérés ;

1. SOUSCRIT à l'idée d'instituer une journée mondiale du don de sang qui sera célébrée chaque année le 14 juin ;

2. RECOMMANDE que cette journée du don de sang fasse partie intégrante du programme national de recrutement de donateurs de sang ; [Gambie]

~~3.2.~~ INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à encourager la célébration annuelle de la Journée mondiale du don de sang et à aider à l'organiser ;

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R13.

<sup>2</sup> Document EB115/9.

<sup>3</sup> 9 novembre 2004, Genève.

- 2) à créer ou renforcer des systèmes pour recruter des donneurs de sang volontaires et non rémunérés et les fidéliser, et à appliquer à leur sélection des critères stricts ;
- 3) à adopter une législation, là où elle est nécessaire n'existe pas, [Etats-Unis d'Amérique] afin d'éliminer les dons de sang rémunérés ainsi que les dons de sang familiaux ou de compensation sauf dans des circonstances limitées de nécessité médicale et, dans ces cas, à demander le consentement éclairé du receveur de la transfusion ; [Etats-Unis d'Amérique]
- 4) à fournir un financement suffisant pour des services de don de sang de grande qualité et pour le développement de ces services de façon à répondre aux besoins des patients ; [Thaïlande]
- 5)4) à promouvoir la collaboration plurisectorielle entre ministères, services de transfusion sanguine, organismes professionnels, organisations non gouvernementales, entités de la société civile et médias pour promouvoir le don de sang volontaire et non rémunéré ;
- 6) à veiller à une bonne utilisation de la transfusion sanguine en pratique clinique de manière à en éviter l'usage excessif qui peut entraîner un manque de sang et donc favoriser le recours aux dons de sang rémunérés ; [Chine]
- 7) à aider à mettre pleinement en oeuvre des programmes du sang bien organisés, coordonnés au niveau national, durables et dotés de systèmes de réglementation appropriés, en particulier par les moyens suivants : [Etats-Unis d'Amérique]
- a) l'engagement des pouvoirs publics et leur appui à un programme national du sang doté de systèmes de contrôle de qualité, au moyen d'un cadre juridique, d'une politique et d'un plan nationaux pour la sécurité transfusionnelle et de ressources suffisantes ;
  - b) l'organisation, la gestion et l'infrastructure nécessaires pour permettre un service durable de transfusion sanguine ;
  - c) l'accès équitable au sang et aux produits sanguins ;
  - d) des donneurs de sang volontaires non rémunérés provenant de groupes de population à faible risque ;
  - e) l'analyse et le traitement appropriés de tous les dons de sang et de produits sanguins ;
  - f) l'usage clinique approprié du sang et des produits sanguins ; [Etats-Unis d'Amérique]
- 8) à mettre en place un processus de qualité pour l'élaboration des politiques et la prise des décisions concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang sur la base de considérations éthiques, de la transparence, de l'évaluation des besoins nationaux, des faits scientifiques et d'une analyse risques-avantages ; [Etats-Unis d'Amérique]
- 9) à mettre en commun l'information aux plans national et international pour faire ressortir le fondement scientifique, économique et social des décisions de politique nationale concernant la sécurité transfusionnelle et la disponibilité en sang ; [Etats-Unis d'Amérique]
- 10) à renforcer les partenariats à tous les niveaux pour mettre en oeuvre les mesures recommandées ici ; [Etats-Unis d'Amérique]
- 4.3. DEMANDE aux organisations internationales et aux organismes qui s'occupent de la sécurité transfusionnelle dans le monde de collaborer à la promotion et à l'organisation de la Journée mondiale du don de sang ;
- 5.4. INVITE les organismes donateurs à financer des initiatives visant à promouvoir le don de sang volontaire et non rémunéré ;
- 6.5. PRIE le Directeur général ;

- 1) de collaborer avec d'autres organisations du système des Nations Unies, des organismes multilatéraux et bilatéraux ainsi que des organisations non gouvernementales afin de promouvoir la Journée mondiale du don de sang ;
- 2) de collaborer avec les organisations concernées pour aider les Etats Membres à renforcer leur capacité de dépistage des principales maladies infectieuses dans tous les dons de sang afin de garantir la sécurité de tout le sang collecté et transfusé. [Thaïlande]

Le Dr SAM (Gambie) relève que de nombreuses délégations n'approuvent pas la modification du paragraphe 2.3) proposée par le membre désigné par les Etats-Unis aux termes de laquelle les Etats Membres sont invités à adopter une législation là où elle « est nécessaire » afin d'éliminer les dons de sang rémunérés « sauf dans des circonstances limitées de nécessité médicale ». Il est difficile d'imaginer une quelconque situation, même dans des circonstances de nécessité médicale, où il faudrait recourir aux dons de sang rémunérés, pratique qu'il faudrait s'employer activement à décourager.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique) dit que tous les pays ont pour but d'éliminer les dons de sang rémunérés et de promouvoir les dons volontaires et gratuits. Toutefois, la législation des Etats-Unis tolère les dons de sang rémunérés, et il ne peut pas approuver un texte qui impliquerait que l'on modifie la législation.

Après des consultations informelles, le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite adopter le projet de résolution tel qu'il a été amendé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Paludisme :** Point 4.11 de l'ordre du jour (document EB115/10) (suite de la septième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution sur le paludisme tel qu'amendé à la septième séance, qui se lit comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;<sup>2</sup>

Notant que peu de pays d'endémie palustre ont des chances d'atteindre les cibles fixées dans la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique (25 avril 2000), à savoir qu'en 2005 au moins 60 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient d'interventions préventives et curatives adaptées et d'un coût abordable, mais que les efforts visant à étendre les interventions de lutte antipaludique dans les pays africains s'amplifient rapidement ;

RECOMMANDE à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur le paludisme ;

Préoccupée par le fait que le paludisme continue de causer chaque année plus d'un million de décès évitables, en particulier en Afrique chez les enfants en bas âge et d'autres groupes vulnérables et que la maladie menace toujours la vie de millions de

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R15.

<sup>2</sup> Document EB115/10.

personnes dans les Amériques, en Asie [Etats-Unis d'Amérique et Thaïlande] et dans le Pacifique [Australie] ;

Rappelant que l'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la période 2001-2010 Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique<sup>1</sup> et que la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies figure au nombre des objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris de ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

Rappelant en outre la résolution 59/256 de l'Assemblée générale des Nations Unies intitulée « 2001-2010 : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique » ;

Consciente qu'il faut diminuer la charge mondiale du paludisme pour réduire de deux tiers la mortalité de l'enfant d'ici 2015 et pour contribuer à atteindre les autres objectifs de développement convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, visant l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de l'extrême pauvreté ;

Reconnaissant que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme a engagé 31 % de ses subventions, soit US \$921 millions en deux ans, en faveur de projets de lutte contre le paludisme dans 80 pays ; [Etats-Unis d'Amérique]

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à instaurer des politiques et des plans opérationnels nationaux pour faire en sorte que, d'ici 2010, au moins 80 % des personnes à risque ou atteintes de paludisme bénéficient des principales interventions préventives et curatives conformément aux recommandations techniques de l'OMS afin de réduire la charge du paludisme d'au moins 50 % d'ici 2010 et de 75 % d'ici 2015 ;

2) à évaluer et satisfaire les besoins en ressources humaines intégrées [Thaïlande] à tous les niveaux du système de santé afin d'atteindre les cibles de la Déclaration d'Abuja sur le projet Faire reculer le paludisme en Afrique et les objectifs de développement convenus sur le plan international de la Déclaration du Millénaire, et à prendre les mesures nécessaires pour recruter, former et fidéliser le personnel de santé ;

3) à accroître le soutien financier et l'aide au développement en faveur des activités de lutte antipaludique afin d'atteindre les cibles et objectifs précités ;

4) à augmenter dans les pays d'endémie palustre l'allocation de ressources intérieures à la lutte antipaludique et à créer les conditions favorables pour travailler avec le secteur privé afin de favoriser l'accès à des services de lutte antipaludique de bonne qualité ;

5) à poursuivre le renforcement rapide de la prévention en appliquant des méthodes expéditives, dont la distribution gratuite ou en grande partie subventionnée de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables, pour qu'au moins 60 % des femmes enceintes reçoivent un traitement préventif intermittent et qu'au moins 60 % des personnes à risque utilisent des moustiquaires imprégnées d'insecticide, selon la méthode de lutte antivectorielle choisie, ~~en appliquant des méthodes expéditives, dont la distribution gratuite ou en grande partie subventionnée de matériels et de médicaments aux groupes vulnérables ;~~ [Etats-Unis d'Amérique et Thaïlande]

5bis) à favoriser la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, lorsque cette intervention est indiquée dans les conditions locales ; [Etats-Unis d'Amérique]

<sup>1</sup> Résolution 55/284.

5ter) à mettre sur pied ou renforcer la coopération entre les pays pour lutter contre la propagation du paludisme à travers leurs frontières communes ; [Fédération de Russie et Thaïlande]

5quater) à encourager la collaboration entre les programmes nationaux et autres services, y compris ceux du secteur privé et des universités ; [Gabon]

6) à favoriser un plus grand accès au traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, y compris l'engagement de nouveaux fonds, des mécanismes novateurs pour le financement et l'achat au niveau national de ce type de traitement et l'augmentation de la production d'artémisinine pour répondre aux besoins croissants ;

7) à soutenir, y compris par l'intermédiaire de partenariats mondiaux existants, le développement de nouveaux médicaments visant à prévenir et à traiter le paludisme, en particulier chez l'enfant et la femme enceinte, de tests diagnostiques sensibles et spécifiques, d'un ou de vaccin(s) efficace(s) et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'en augmenter l'efficacité et de retarder l'apparition de résistances ;

8) à soutenir l'action coordonnée visant à améliorer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation afin de mieux repérer et notifier les changements dans la couverture des interventions recommandées pour « Faire reculer le paludisme » et les réductions de la charge du paludisme qui en résultent ;

2. PRIE le Directeur général :

1) de renforcer et d'élargir l'action menée par le Secrétariat pour améliorer les capacités nationales existantes et de coopérer avec les Etats Membres, en collaboration avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, afin d'utiliser pleinement et de manière efficace les ressources financières supplémentaires pour atteindre les cibles et objectifs internationaux, y compris les objectifs de développement liés au paludisme convenus sur le plan international et énoncés dans la Déclaration du Millénaire ;

2) de collaborer avec les pays impaludés et les partenaires du projet Faire reculer le paludisme afin que les pays reçoivent tout l'appui dont ils ont besoin pour le suivi et l'évaluation nécessaires, y compris le développement et la mise en oeuvre de systèmes de pharmacovigilance appropriés ;

3) de collaborer avec les partenaires du projet Faire reculer le paludisme, l'industrie et les organismes de développement afin que des moustiquaires imprégnées d'insecticide et des antipaludiques efficaces, notamment ceux qui sont nécessaires pour les traitements par associations médicamenteuses, soient disponibles en quantités suffisantes, par exemple en étudiant la possibilité que l'OMS procède à des achats en gros au nom des Etats Membres, [Soudan] compte tenu de la nécessité de disposer de systèmes strictement réglementés de distribution d'antipaludiques [Thaïlande] ;

3bis) de fournir des conseils fondés sur des données factuelles aux Etats Membres sur l'usage approprié de la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, compte tenu des expériences faites récemment dans le monde entier ; [Etats-Unis d'Amérique]

4) de renforcer la collaboration avec les partenaires du secteur industriel et les milieux universitaires pour la mise au point de produits de lutte antipaludique abordables et de grande qualité, notamment des tests diagnostiques rapides, sensibles, spécifiques et faciles à utiliser, d'un vaccin antipaludique efficace, d'antipaludiques novateurs, efficaces et sûrs, et de nouveaux insecticides et modes d'application afin d'en augmenter l'efficacité et retarder l'apparition de résistances-;

5) de fournir un appui à la collaboration antipaludique entre les pays, en particulier en cas de risque de propagation à travers leurs frontières communes ; [Fédération de Russie et Thaïlande]

6) de promouvoir davantage la coopération et le partenariat entre les pays à l'appui des programmes de lutte antipaludique, afin de garantir une utilisation efficiente et efficace des fonds disponibles pour combattre la maladie. [Soudan]

Prenant la parole au nom des pays d'Afrique de l'Ouest, le Dr SAM (Gambie) exprime sa gratitude pour les contributions qui ont permis de renforcer le projet de résolution. Le paludisme est un problème dans le monde entier, mais en Afrique de l'Ouest, c'est la première cause de morbidité et de mortalité. En 2003, l'Organisation ouest-africaine de la Santé a adopté une déclaration visant à accélérer les efforts destinés à atteindre les cibles d'Abuja. Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest participent à l'initiative Santé pour la paix en vue de mettre en oeuvre des stratégies transfrontières de lutte antipaludique, que coordonne la Gambie.

M. SHUGART (Canada), afin d'encourager la collaboration avec les partenaires pour le développement de manière générale, propose d'ajouter le membre de phrase « et à encourager et faciliter l'élaboration de nouveaux instruments pour augmenter l'efficacité de la lutte antipaludique, notamment en soutenant le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales » à la fin du paragraphe 1.3) et l'expression « et économiquement efficaces » après « expéditives » au paragraphe 1.5).

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

## **2. QUESTIONS ADMINISTRATIVES : Point 7 de l'ordre du jour (suite)**

**Rapports des comités des fondations :** Point 7.5 de l'ordre du jour (document EB115/RESTR.DOC./1)

### **Prix de la Fondation Léon Bernard**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Léon Bernard, a attribué le Prix de la Fondation Léon Bernard pour 2005 au Professeur T. Sharmanov (Kazakhstan) pour les services éminents qu'il a rendus dans le domaine de la médecine sociale. Le lauréat recevra une médaille de bronze et une somme de CHF 2500.<sup>2</sup>

### **Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha pour 2005 au Dr Kamel Shadpour (République islamique d'Iran) pour sa remarquable contribution aux objectifs des soins de santé primaires dans la zone géographique où le Dr Shousha a oeuvré au service de l'Organisation mondiale de la Santé. Le lauréat recevra l'équivalent de CHF 2500 en dollars des Etats-Unis.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R14.

<sup>2</sup> Décision EB115(4).

<sup>3</sup> Décision EB115(5).

**Bourse de la Fondation Jacques Parisot**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Jacques Parisot, a attribué la bourse de la Fondation Jacques Parisot pour 2005 au Dr Alok Kumar (Barbade). Le lauréat recevra une médaille et la somme de US \$5000 afin de réaliser son projet de recherche dans un délai de 12 mois.<sup>1</sup>

**Bourse de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille**

Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille, a approuvé la révision de l'article 4 des Statuts de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille.

**Prix Sasakawa pour la Santé**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2005 au Centre de Formation et d'Etudes en Ecologie et Santé pour Paysans (Mexique). Le lauréat recevra US \$40 000 pour ses travaux remarquables en matière de développement sanitaire.<sup>2</sup>

**Bourse Francesco Pocchiari**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Bourse Francesco Pocchiari, a attribué la Bourse Francesco Pocchiari pour 2005 au Dr Gönül Dinç (Turquie). La lauréate recevra US \$10 000 afin de lui permettre d'exécuter les travaux de recherche proposés.<sup>3</sup>

**Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, a attribué le Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé pour 2005 à S. M. la Reine Rania Al-Abdullah (Jordanie). La lauréate recevra US \$40 000 pour sa remarquable contribution au développement sanitaire.<sup>4</sup>

**Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé**

Le Conseil exécutif prend note de l'approbation par le Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé des principes directeurs définissant les critères d'examen des candidatures, le formulaire de candidature et le certificat décerné avec le Prix.

---

<sup>1</sup> Décision EB115(6).

<sup>2</sup> Décision EB115(7).

<sup>3</sup> Décision EB115(8).

<sup>4</sup> Décision EB115(9).

**Rapport du Corps commun d'inspection et questions connexes : Point 7.6 de l'ordre du jour**

- **Précédents rapports du CCI : mise en oeuvre des recommandations** (document EB115/23)

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, indique que le Comité a examiné la question de la mise en oeuvre des recommandations contenues dans deux rapports précédents du Corps commun d'inspection (CCI) intéressant l'OMS intitulés Gestion de l'information dans les organisations du système des Nations Unies : les systèmes d'information de gestion et Evaluation de la réaction du système des Nations Unies au Timor-Leste : coordination et efficacité. Ses conclusions figurent au paragraphe 80 de son rapport (document EB115/45).

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) estime que ces rapports, en particulier celui sur les technologies de l'information, sont d'actualité dans la mesure où de nombreuses organisations internationales, y compris l'OMS, s'emploient à mettre en place un système mondial de gestion de l'information. Toutefois, en dépit des recommandations du CCI, les Etats Membres ne sont pas suffisamment informés de ces efforts. C'est pourquoi il faudrait soumettre officiellement à l'Assemblée de la Santé des rapports annuels sur les principaux projets en matière de technologies de l'information, en mettant particulièrement l'accent sur certaines questions comme les dépenses de fonctionnement, le nombre de consultants et les délais de mise en oeuvre.

Dans le cadre du plan de réforme du CCI au sein du système des Nations Unies, le CCI s'efforce d'établir un système visant à suivre l'évolution de la mise en oeuvre de ses recommandations. Il serait intéressant de connaître l'opinion des inspecteurs eux-mêmes sur la mise en oeuvre des recommandations par l'OMS.

M. OUEDRAOGO (Corps commun d'inspection) rappelle que l'examen des moyens de mettre en oeuvre la résolution sur la réforme du CCI adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en décembre 2004 est inscrit à l'ordre du jour de l'actuelle session d'hiver du CCI. L'un des aspects mis en avant dans la résolution est que le CCI devrait suivre de près la mise en oeuvre des recommandations acceptées par les responsables des agences spécialisées ou leurs organes directeurs. Ces recommandations seront abordées dans les rapports annuels envoyés aux Etats Membres.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) déclare que des efforts seront faits pour fournir au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et au Conseil un rapport de situation annuel sur l'exécution du budget programme. Par ailleurs, des discussions sont actuellement en cours sur la meilleure façon d'engager le dialogue avec le Comité sur les aspects des technologies de l'information et de la gestion des connaissances ; ce dialogue sera utile et le Secrétariat rendra compte au Conseil de son évolution.

**Le Conseil prend note du rapport.**

- **Rapports récents du CCI** (document EB115/24)
- **Suivi des délibérations du Conseil exécutif sur le multilinguisme** (document EB115/3)

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en sa capacité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, signale que le Comité a examiné ces deux sous-points conjointement, et que ses conclusions sont présentées dans son rapport (document EB115/45) aux paragraphes 81 à 84. Le Comité a appelé l'attention sur la nécessité de poursuivre et d'élargir les consultations afin d'améliorer encore la situation actuelle concernant l'utilisation équitable des langues officielles et le contrôle de la qualité des traductions, à tous les niveaux de l'Organisation. Il a



été noté qu'un comité chargé de toutes les questions liées au multilinguisme est en voie de création et qu'un plan d'action précisant notamment les incidences sur les coûts sera soumis au Conseil.

Le Dr KARAM (coordonnateur spécial, Multilinguisme) dit que, depuis la dernière session du Conseil, des progrès ont été faits dans la présentation et le contenu du site Web de l'OMS.

Mme WOOD (coordonnatrice par intérim, équipe Web de l'OMS) présente le site Web, qui est réaménagé depuis peu dans les six langues officielles de l'OMS et comporte environ 500 pages inédites dans chaque langue. Cette étape marque le début des travaux sur le multilinguisme aux fins de l'information du public ; à terme, l'Organisation pourra aisément publier dans les six langues ses informations techniques et autres. La mise en place de ce nouveau cadre devrait permettre d'augmenter sensiblement le volume des informations dans chaque langue.

L'anglais n'est plus le canal principal de publication sur le site Web : les documents sont traités comme des documents finals quelle que soit leur langue de rédaction. Des modifications ont été apportées à la présentation et plus encore à l'organisation sous-tendant les informations. Une fonction de recherche adaptée aux besoins de l'utilisateur a été ajoutée pour faciliter les recherches dans chacune des six langues et, lors de la consultation d'un document, il est possible de passer facilement d'une version linguistique à l'autre sans revenir à la page de départ pour reprendre la recherche.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) prend note des progrès réalisés pour encourager le multilinguisme mais observe qu'il reste des choses à faire. De nombreux documents, tel le *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*, ne sont toujours pas traduits dans toutes les langues.

Les répercussions financières constituent l'un des principaux obstacles au multilinguisme. L'UIT a récemment mis en oeuvre une résolution visant à financer toutes les langues sur une base équitable. L'OMS devrait prendre cet aspect en considération lors de l'élaboration d'un futur plan d'action. L'intervenant conseille cependant de faire preuve de circonspection lors de l'établissement de priorités concernant les traductions malgré les recommandations du CCI.

Le Dr QI Qingdong (suppléant du Dr Yin Li, Chine) apprécie lui aussi les progrès accomplis s'agissant d'améliorer le site Web. La promotion du multilinguisme s'inscrit dans la durée, et la Chine se félicite des mesures proposées à court et à moyen terme. Il faut espérer que l'utilisation des langues sera régulièrement évaluée à tous les niveaux.

M. RECINOS TREJO (El Salvador),<sup>1</sup> s'exprimant au nom des pays des Amériques, une région multilingue, dit que les pays ont noté les progrès réalisés en matière de multilinguisme à l'OMS, notamment les améliorations apportées au site Web et la mise en place de services d'interprétation simultanée lors de réunions autres que celles des organes directeurs. Il convient de poursuivre les efforts engagés afin de proposer des services d'interprétation pour toutes les réunions officielles en dépit des répercussions financières évoquées dans le rapport, et d'examiner la question de l'augmentation des coûts dans le contexte du projet de budget programme et du plan d'action. Une interprétation simultanée devrait également être assurée si besoin est lors des réunions des groupes régionaux, y compris celles tenues pendant les sessions du Conseil, à la demande du groupe concerné.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France) note que, malgré les améliorations apportées au site Web, il reste beaucoup à faire. Par exemple, pour la présente session du Conseil, les documents en français n'étaient pas tous disponibles sur le site et certains ont dû être envoyés en version papier, ce qui représente un gaspillage de papier et une perte d'argent et de temps. Il est donc nécessaire de déterminer quels documents doivent être traduits en priorité et, dans certains cas,

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

d'améliorer la qualité des traductions. Il faudrait établir un plan d'action avec des objectifs quantifiables qui pourrait être examiné régulièrement pour garantir que la situation s'améliore véritablement.

**Le Conseil prend note des rapports récents du CCI et du rapport sur le multilinguisme.**

**3. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES : Point 4 de l'ordre du jour (suite)**

**Pandémie de grippe : préparation et action :** Point 4.17 de l'ordre du jour (documents EB115/44 et EB115/44 Corr.1) (suite de la onzième séance, section 1)

Le PRESIDENT invite le Conseil à reprendre l'examen du projet de résolution présenté à la séance précédente. La question en suspens concerne l'introduction d'un nouveau paragraphe 1.10), proposé par le membre désigné par la Thaïlande.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) suggère, après avoir consulté le membre désigné par les Etats-Unis d'Amérique, que le nouveau paragraphe 1.10) soit libellé comme suit : « à prendre toutes les mesures nécessaires lors d'une pandémie mondiale pour assurer en temps voulu un approvisionnement suffisant en vaccins et en antiviraux, en utilisant pleinement la flexibilité prévue dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce ; ».

M. HOHMAN (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) apprécie la coopération qui s'est établie pour rechercher un accord sur la formulation de ce paragraphe et appuie les deux autres propositions du membre de la Thaïlande. Il pourrait être utile d'inclure les titres des résolutions de l'Assemblée de la Santé auxquelles il est fait allusion dans le texte. En ce qui concerne l'amendement au paragraphe 2.3) proposé, l'intervenant, après consultation avec le Secrétariat, souhaiterait que le texte demeure en l'état, si le membre désigné par la Roumanie ne s'y oppose pas.

Le PRESIDENT déclare qu'en l'absence de toute objection il considère que le Conseil souhaite adopter la résolution ainsi amendée.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**4. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 9 de l'ordre du jour**

**Rapports des organes consultatifs :** Point 9.1 de l'ordre du jour

- **Rapport sur la quarante-deuxième session du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS)** (document EB115/26)

Le Professeur FATHALLA (Président du CCRS), présentant le rapport, salue la décision de rétablir la pratique qui consiste à inscrire le rapport du CCRS à l'ordre du jour du Conseil et attire l'attention sur certaines de ses activités. Dans le cadre de son rôle d'information pour ce qui est des derniers progrès scientifiques en matière de santé publique, en particulier dans les pays en développement, le CCRS a continué de s'intéresser à la génomique et à la santé dans le monde. Il est

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R16.

particulièrement préoccupé de ce que les populations des pays en développement risquent de ne pas bénéficier des avancées dans ce nouveau domaine scientifique en rapide évolution et qu'il se dessine une « fracture génomique ». C'est pourquoi il propose que l'OMS envisage de créer un comité d'experts pour suivre l'évolution dans ce domaine. Dans le cadre du rôle qui lui incombe de promouvoir les priorités mondiales de la recherche en santé, le CCRS a revu le rapport de l'OMS sur les connaissances pour une meilleure santé,<sup>1</sup> présenté à l'occasion du Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004), rapport dans lequel l'accent est mis sur l'importance de traduire les connaissances scientifiques en mesures concrètes pour la santé des personnes, sur la nécessité d'investir davantage dans une approche novatrice de la recherche sur les systèmes de santé, qui est fondamentale pour les pays disposant de ressources limitées, et sur la nécessité d'une gestion efficace des systèmes nationaux de recherche en santé afin d'en retirer un maximum de bénéfices. Dans le cadre de son rôle d'orientation concernant les activités de recherche de l'OMS et leurs grandes tendances, le CCRS se félicite que l'Organisation insiste sur la nécessité que les décideurs et les gestionnaires nationaux soutiennent ces activités et qu'ils aient accès aux données de recherche et les utilisent. Pour l'établissement de ses lignes directrices, le CCRS souhaite s'appuyer non plus sur des opinions d'experts mais sur des données solides, objectives et soigneusement analysées. L'année prochaine, le rapport du CCRS devrait être davantage un rapport de fond. Etant parvenu au terme de son mandat en tant que Président du Comité, l'intervenant est heureux que son successeur soit le Dr Whitworth d'Australie, première femme à présider le CCRS.

Le PRESIDENT remercie le Professeur Fathalla pour sa précieuse contribution au CCRS et se réjouit à la perspective de travailler avec le nouveau Président.

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) apprécie que le CCRS s'efforce d'améliorer les activités de recherche en santé, en formulant des avis et en s'engageant pour cette cause, mais se dit préoccupé de la façon dont est perçue la connaissance scientifique. Dans le monde scientifique, les données et donc le savoir proviennent de l'expérience ; malheureusement, la tendance actuelle est de se polariser sur les données factuelles et de négliger l'expérience, alors qu'elle mérite la même considération. La création à l'OMS d'un nouveau Département Gestion et partage du savoir arrive au bon moment et constitue une mesure clairvoyante ; elle devrait garantir une meilleure utilisation, par l'Organisation et les Etats Membres, des connaissances issues de la recherche. Il pourrait être utile de repenser le concept et le travail du CCRS afin de s'assurer qu'ils demeurent adaptés à l'évolution des besoins.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) apporte son soutien à l'analyse des systèmes de recherche en santé et au projet pilote mené au Siège, initiative qui devrait permettre une meilleure utilisation des dernières connaissances scientifiques. Il appuie également la proposition visant à élaborer régulièrement des plans pour les activités de recherche de l'OMS ainsi que la création d'une nouvelle base de données intégrée, en collaboration avec des organes nationaux et internationaux. Il est important que ce réseau de données factuelles sur les questions sanitaires repose sur les technologies Internet afin de garantir que les données scientifiques les plus récentes soient prises en compte lors de l'élaboration des politiques de santé.

### **Le Conseil prend note du rapport.**

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé : renforcement des systèmes de santé*. Genève, 2004 (sommaire seulement).

- **Comités d'experts et groupes d'étude** (documents EB115/27 et EB115/27 Add.1)

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) appelle l'attention sur la nécessité de faire en sorte que la communication entre les organes d'experts et les autres partenaires du secteur de la santé soit efficace et opportune, et que les questions retenues pour être examinées par les comités d'experts soient parfaitement adaptées à l'évolution rapide de l'environnement sanitaire.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit que, malgré certains problèmes de traitement, tous les efforts nécessaires seront faits pour que les délais soient mieux respectés lors de la publication des rapports.

Le PRESIDENT déclare que, en l'absence d'autres observations, il considère que le Conseil remercie les experts ayant participé aux réunions, demande au Secrétariat de donner suite à leurs recommandations, si nécessaire, lors de la mise en oeuvre des programmes et prend note du rapport figurant dans le document EB115/27 Add.1.

**Il en est ainsi convenu.**

**Poliomyélite : Point 9.2 de l'ordre du jour (document EB115/28)**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) se félicite des progrès réalisés en ce qui concerne les activités d'éradication de la poliomyélite, en particulier dans les zones d'endémie. Néanmoins, la résurgence inattendue de la maladie l'an passé, sous la forme de cas importés et d'une reprise de la transmission, démontre que l'OMS doit jouer un rôle accru en matière de direction, de communication et de conseil, et obtenir les fonds nécessaires à la poursuite des activités.

M. HOHMAN (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) dit que l'éradication de la poliomyélite est l'une des grandes priorités de l'OMS. Il réitère l'engagement ferme de son pays de répondre aux besoins en ressources que nécessite toujours ce programme et demande instamment aux autres acteurs, notamment le G8, l'OCDE et les pays de l'Organisation de la Conférence islamique, d'accroître leur participation financière.

Le Dr AHMED (Ghana) souligne le fait qu'il faut renforcer la surveillance de la poliomyélite, particulièrement en Afrique, et améliorer l'éducation sanitaire, aussi bien des travailleurs de la santé que des agents communautaires, des carences dans ces deux domaines ayant contribué à la résurgence de la maladie.

Le Dr CAMARA (Guinée) dit que, malgré l'importance des mesures prises pour éradiquer la poliomyélite, l'arrêt de la vaccination dans certains pays au cours des deux dernières années a entraîné l'exportation du virus dans d'autres pays, compromettant ainsi les efforts considérables mis en oeuvre. Il demande aux donateurs ayant déjà fourni des ressources de continuer à offrir leur soutien, l'objectif de l'éradication étant presque atteint.

Le Dr ABDULLA (Soudan) dit que le Soudan est au nombre des pays que la résurgence de la poliomyélite en Afrique préoccupe tout particulièrement, la maladie y étant réapparue récemment, trois ans après son éradication. Il est donc essentiel de continuer à combattre la maladie par des campagnes de vaccination régulières. Dans la mesure où cela nécessite d'importantes ressources financières, les pays devraient augmenter leur financement de sorte que les infrastructures appropriées puissent être mises en place.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) estime que, pour réaliser l'objectif de l'éradication mondiale, il faut renforcer les partenariats et fournir les ressources financières nécessaires. L'une des mesures prioritaires pour éradiquer la maladie consiste à appliquer une stratégie de vaccination pendant la période de postcertification ; à cet égard, les experts russes préconisent l'utilisation d'un vaccin inactif puis d'un vaccin vivant oral. L'inclusion de vaccins inactivés dans les schémas thérapeutiques nationaux permettrait de supprimer le risque de poliomyélite postvaccinale, ce qui est particulièrement important pendant la période de postcertification. L'intervenant sollicite l'avis du Secrétariat sur cette question.

M. RAMOTSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho) déclare que les ministres de la santé des pays africains se sont engagés à renforcer des programmes de surveillance et de vaccination afin d'atteindre les cibles fixées pour 2005 en matière d'éradication de la poliomyélite. Il apprécie le soutien apporté par les partenaires mondiaux de l'Afrique à cette cause, à laquelle le prochain sommet de l'Union africaine à Abuja donnera un nouvel élan, les chefs d'Etat et de gouvernement ayant réitéré leur engagement politique en faveur de l'éradication de la maladie.

M. HÖRNDLER (Rotary International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de l'attachement du Conseil à la réalisation de l'objectif d'un monde sans poliomyélite. Rotary International est tout dévoué à cette cause : son réseau mondial de bénévoles communautaires a à coeur de lever tous les obstacles sur la voie du succès. D'ici la certification mondiale, la contribution de l'organisation qu'il représente aura dépassé US \$600 millions et plus de 2 milliards d'enfants dans 122 pays auront été vaccinés par des bénévoles. La campagne d'éradication de la poliomyélite, initiative sanitaire d'une ampleur sans précédent, est près de toucher au but, et il espère sincèrement que 2005, année du centenaire du mouvement rotarien, sera également celle de l'éradication de la maladie.

Le Dr HEYMANN (représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) rappelle que la poliomyélite sévit toujours dans un certain nombre de pays. Les stratégies d'éradication sont efficaces, mais il convient d'intensifier la surveillance et de renforcer les campagnes de vaccination. La seule stratégie susceptible de se dégager au cours de l'année prochaine est l'utilisation d'un vaccin antipoliomyélitique monovalent associé au vaccin oral trivalent. Les partenaires des campagnes de vaccination ont récemment rencontré les ministres de la santé des pays africains dans lesquels la maladie est endémique et où la transmission a repris. Ces pays ont réaffirmé leur engagement d'intensifier la surveillance et d'améliorer la qualité de leurs campagnes de vaccination afin que chaque enfant bénéficie d'un vaccin antipoliomyélitique oral trivalent. Une réunion similaire est prévue dans un avenir proche pour les pays asiatiques dans lesquels la maladie est endémique. D'un point de vue biologique, il est possible d'enrayer la transmission de la poliomyélite pendant l'année 2005.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**5. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 8 de l'ordre du jour**

**Ressources humaines : Point 8.1 de l'ordre du jour**

- **Rapport annuel** (documents EB115/25, EB115/25 Corr.1 et EB115/25 Add.1)

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, signale que les conclusions du Comité figurent au paragraphe 77 de son rapport (document EB115/45). Le Comité s'est félicité de la nouvelle approche adoptée et tout particulièrement des efforts de sensibilisation aux possibilités de carrière dans tout un éventail

d'organismes, encore que ces efforts n'aient pas encore donné de résultats dans tous les domaines. Il a pris note des efforts déployés pour renforcer encore la motivation des membres du personnel dans le domaine de la gestion et du développement de l'encadrement ainsi que de la décision d'appliquer l'approche des opérations spéciales pour le personnel de l'OMS dans les lieux d'affectation sans famille.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) salue les efforts du Secrétariat. Il n'est pas aisé de recruter du personnel compétent et, ce qui importe tout autant, d'assurer une représentation géographique équitable. Il est également essentiel d'offrir une formation au personnel en place, compte tenu en particulier de la surcharge de travail que devront assumer les responsables des programmes, du fait de l'introduction de la décentralisation et de la gestion fondée sur les résultats.

L'OMS est-elle préparée à relever ce nouveau défi, à savoir le départ à la retraite imminent de nombreux membres du personnel ? La structure du personnel indique un certain déséquilibre : il y a par exemple un grand nombre de postes aux niveaux P4 et P5, alors qu'on en compte relativement peu au niveau P3 en comparaison avec les autres institutions des Nations Unies. Dans la mesure où le personnel part à la retraite, l'OMS pourrait peut-être recruter davantage aux niveaux P2 et P3, car c'est cette catégorie de personnel qui, dans d'autres organisations, assure une grande partie des travaux de routine. Les fonds ainsi économisés pourraient être consacrés à l'achat de vaccins ou d'antirétroviraux.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) indique que l'OMS s'est engagée à renforcer la part des ressources humaines dans le cadre gestionnaire fondé sur les résultats et à faire en sorte que les responsables deviennent plus efficaces et que l'on recrute du personnel possédant les compétences requises. Il s'agit d'améliorer l'efficacité des systèmes de planification et de donner plus de responsabilités aux dirigeants, d'introduire la rotation du personnel et de prévoir des réformes sur la durée des contrats. Il est très important de doter l'Organisation en personnel de la façon la plus appropriée qui soit.

#### **Le Conseil prend note du rapport.**

- **Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale** (document EB115/33)

Le Dr YOOSUF (Maldives), prenant la parole en tant que Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, indique que les conclusions du Comité figurent au paragraphe 78 de son rapport (document EB115/45). Le Comité a pris note des principaux points évoqués dans le rapport de la Commission de la Fonction publique internationale et le Secrétariat a confirmé que les crédits du budget ordinaire et les sources de fonds extrabudgétaires permettront de faire face aux incidences financières.

#### **Le Conseil prend note du rapport.**

- **Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel** (documents EB115/38, EB115/38 Corr.1, EB115/38 Corr.2 et EB115/38 Add.1)

Le PRÉSIDENT invite le Conseil à confirmer les amendements au Règlement du Personnel qui lui ont été soumis par le Directeur général conformément à l'article 12.2 du Statut du Personnel. Le Conseil est invité à examiner les deux projets de résolutions contenus dans le document EB115/38. Le chiffre indiqué à la dernière ligne du paragraphe 2 de la résolution N° 2 devrait être « US \$137 453 ». Le Conseil est aussi invité à examiner un troisième projet de résolution contenu dans le document EB115/38 Add.1.

Le Dr YOOSUF (Maldives), s'exprimant en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, indique que les conclusions du Comité figurent au paragraphe 79 de son rapport (document EB115/45). Le Comité a recommandé que le Conseil exécutif adopte les trois projets de résolutions.

Mme BLACKWOOD (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) demande confirmation du fait que le Secrétariat informera le Conseil en temps voulu de toute proposition d'amendement au Règlement du Personnel.

M. KOCHETKOV (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) demande des chiffres précis concernant les incidences financières des amendements.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit que les incidences financières éventuelles des amendements ne seront pas importantes et que les ressources actuellement disponibles permettront d'y faire face. Des contraintes supplémentaires d'importance mineure seront imposées au Secrétariat. L'intervenant n'est pas en mesure d'être plus précis pour le moment. Il est répondu par l'affirmative à la question posée par le membre des Etats-Unis d'Amérique.

### **Les trois résolutions sont adoptées.<sup>1</sup>**

**Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS :** Point 8.2 de l'ordre du jour (document EB115/INF.DOC./1)

Le Dr AL-SHORBAJ (représentant des Associations du Personnel de l'OMS) dit que certaines questions portées à l'attention du Conseil l'année précédente nécessitent d'être à nouveau évoquées. S'agissant de la question des traitements et des pensions, il convient de réduire au minimum les conséquences pour le personnel de la dévaluation des monnaies ou de la hausse du coût de la vie. La baisse brutale du dollar des Etats-Unis a eu des répercussions négatives sur le pouvoir d'achat et les droits à pension. Les fonctionnaires de la catégorie des services généraux sont prisonniers de l'actuel barème à sept classes. Un comité conjoint chargé de la gestion du personnel devrait être constitué pour examiner ces questions.

Tout en accueillant favorablement le processus de décentralisation, les membres du personnel reconnaissent son impact potentiel et proposent que soient utilisées autant que possible la rotation volontaire et les fluctuations naturelles des effectifs. Les Associations du Personnel désirent être pleinement informées de ce processus et de ses conséquences pour le personnel.

Les Associations du Personnel souhaitent rendre hommage à ceux qui ont donné leur vie pour promouvoir la santé publique, en particulier, tout récemment, Lisa Véron. Elles ont noté les mesures prises dernièrement pour renforcer la sécurité du personnel sur le terrain. Toutefois, il reste beaucoup à faire et l'OMS devrait montrer la voie dans ce domaine. Des efforts particuliers sont nécessaires pour mettre en place des mécanismes afin de garantir au personnel le niveau de santé et de sécurité le plus élevé dans tous les lieux d'affectation. Les déplacements officiels sont une autre source de préoccupation : les vols de longue durée effectués dans des espaces exigus peuvent causer des thromboses veineuses profondes.

Un grand nombre de contrats octroyés à du personnel employé pour une longue durée au titre de contrats à court terme ayant été convertis en contrats à durée déterminée, il est important d'évoquer la question de la prévention. Le système selon lequel le personnel au bénéfice de contrats à court terme successifs doit quitter l'Organisation pendant un an minimum après quatre ans de service, s'il n'est pas changé, entraînera une fuite de cerveaux importante à laquelle l'OMS devra faire face. La solution pourrait être d'accroître le nombre de postes.

---

<sup>1</sup> Résolutions EB115.R17, EB115.R18 et EB115.R19.

Les Associations du Personnel saluent les initiatives prises pour améliorer les pratiques de gestion et former des dirigeants au sein de l'Organisation. Il faudrait que les responsables utilisent les contrats de façon appropriée et planifient à l'avance leurs besoins en personnel. Dans ce contexte, l'intervenant approuve les discussions tenues lors du récent Conseil mondial personnel/administration, à l'occasion duquel des représentants du personnel et de l'administration ont étudié ensemble les moyens d'améliorer la planification des ressources humaines et de contrôler le recours à des contrats temporaires. Les efforts en matière de développement du personnel devraient être étendus aux bureaux extérieurs. Le Dr Al-Shorbaj attend avec impatience qu'un groupe de travail sur la gestion du personnel soit créé afin d'engager une étude des bonnes pratiques et d'élaborer un rapport qui sera remis au Conseil pour examen en 2005.

Il reconnaît que plusieurs questions importantes préoccupant le personnel ont été abordées au cours de l'année écoulée et il se réjouit des progrès réalisés à l'échelle mondiale, par exemple en ce qui concerne la réforme des contrats. Il se félicite de l'esprit d'initiative qui a prévalu lors du récent Conseil mondial personnel/administration et attend avec intérêt la mise en oeuvre prochaine de ses résultats.

**Le Conseil prend note de la déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.**

## **6. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 9 de l'ordre du jour (reprise)**

**Rapports soumis en vertu de résolutions antérieures : Point 9.3 de l'ordre du jour (documents EB115/31 et EB115/31 Corr.1)**

### **A. Promotion de modes de vie sains**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) explique que de nombreuses activités sont actuellement mises en place en vue de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Consacrée au thème « Politique et partenariat pour l'action : s'attaquer aux déterminants de la santé », la charte de Bangkok qui y sera proposée complètera la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en encourageant des modes de vie appropriés dans le contexte d'une mondialisation croissante. La réussite nécessite un soutien important de tous les partenaires à l'intérieur et au-delà du secteur de la santé ; il demande donc au Directeur général d'assurer une représentation importante de tous les partenaires à la Conférence mondiale, ainsi qu'un processus participatif clair et transparent lors de l'élaboration de la charte.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) dit que les chartes négociées lors des conférences mondiales consacrées par le passé à la promotion de la santé ont pris la forme de recommandations informelles aux Etats Membres plutôt que de documents consensuels négociés. Elle se demande s'il en sera de même à l'issue de la Sixième Conférence mondiale.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) soutient les activités de promotion de la santé aux niveaux mondial, régional et national décrites dans le rapport. Il salue en particulier l'initiative de l'OMS visant à renforcer l'aptitude des pays à promouvoir la santé, notamment le projet de collecte de données probantes sur l'efficacité de la promotion de la santé et les efforts engagés pour développer le potentiel des instituts de recherche et des instituts universitaires et encourager les initiatives conjointes avec les centres collaborateurs de l'OMS.

La Fédération de Russie met actuellement au point un système d'évaluation pour mesurer l'efficacité des programmes de prévention par l'analyse des indicateurs démographiques et des indicateurs de la situation sanitaire, des tendances socio-économiques et des mesures préventives. Le suivi des activités de prévention concerne les domaines suivants : santé génésique, promotion de la



santé des enfants et des adolescents, promotion de la santé des personnes actives, protection de la santé des personnes âgées, promotion de modes de vie sains et réduction des effets nocifs de l'alcool, des stupéfiants et du tabac.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général), après avoir remercié la Thaïlande pour son aide et sa collaboration tout au long des préparatifs de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, dit que la Conférence ne sera un succès que si tous les partenaires concernés sont associés non seulement à la préparation, mais aussi à l'événement proprement dit. Le travail préparatoire de la Conférence sera finalisé lors d'une réunion qui se tiendra à Kobe, Hyogo (Japon), en février 2005. Certaines résolutions en cours d'examen ou déjà adoptées viendront renforcer l'impulsion donnée à la promotion des modes de vie sains, en mettant particulièrement l'accent sur la santé de l'enfant. Par ailleurs, la question du vieillissement en bonne santé, examinée par le Conseil à la présente session, s'inscrit dans le cadre de ces travaux.

## **B. Violence et santé**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) fait observer que la violence est en train de devenir une source de préoccupation importante dans les pays en développement. Il est déçu de noter que seuls 40 pays ont désigné un point focal et que seuls 4 pays ont établi un rapport national sur la violence, 13 autres travaillant actuellement à un tel rapport. Il est nécessaire de militer davantage en faveur de la prévention de la violence. Il demande donc au Directeur général de continuer à soutenir cette cause et appelle les donateurs à aider davantage l'OMS et les pays en développement dans leur travail. Par ailleurs, il demande que soit présenté un rapport sur les progrès accomplis au Conseil et à l'Assemblée de la Santé, en 2007.

Mme IORDACHE (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) relève que le *Rapport mondial sur la violence et la santé*<sup>1</sup> est la première publication à démontrer clairement les effets que les différentes formes de violence peuvent avoir sur la santé ; il a permis à bien des gens de prendre conscience de l'ampleur du problème et du rôle que peuvent jouer les responsables de la santé publique pour atténuer ces effets. Ce rapport contient en outre des avis éclairés sur cette question. Elle salue les efforts considérables engagés pour concevoir des mesures pratiques visant à mettre en oeuvre les recommandations du rapport ainsi que la collaboration active qui existe entre le Siège et le Bureau régional de l'Europe dans bon nombre d'activités. La Roumanie a désigné au sein de son Ministère de la Santé un point focal chargé de la prévention de la violence, et un débat d'orientation a été organisé à propos du rapport. Pour donner suite à ce dernier, elle a également fondé une agence nationale pour la protection de la famille, chargée d'encourager et de coordonner les activités de prévention de la violence conformément aux recommandations de l'OMS. En 2002, la Roumanie a adopté une loi sur la violence domestique, qui a abouti à la création d'organes appropriés aux niveaux local et national. Si le nombre d'activités exposées dans le document du Secrétariat est impressionnant, ce n'est que le début d'un long processus visant à s'attaquer à la violence au sein de la famille et de la communauté. Aussi la Roumanie souhaite-t-elle continuer d'être associée à ces activités dans les années à venir. Elle apprécierait que soient ménagées régulièrement des possibilités de suivre et d'examiner les progrès accomplis et suggère que ce point soit inscrit à l'ordre du jour du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé tous les deux ans.

Le Dr CAMPBELL FORRESTER (suppléant de M. Junor, Jamaïque) dit que le crime et la violence constituent un problème majeur de santé publique dans son pays et qu'ils sont à l'origine de l'augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les moins de 30 ans. Le Gouvernement jamaïcain a mis en pratique un grand nombre des recommandations de l'OMS ; la section jamaïcaine

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, 2002.

de l'Alliance pour la prévention de la violence a été créée en novembre 2004 et une journée sans violence sera célébrée en février 2005. La Jamaïque s'est engagée à lutter contre la violence et encourage les Etats Membres à désigner des points focaux pour l'établissement de leurs rapports nationaux et à continuer d'investir dans des services multisectoriels de lutte contre la violence.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) reconnaît que les auteurs du rapport ont permis de mesurer l'ampleur du problème, mais ce travail de sensibilisation ne peut être une fin en soi et il convient de formuler des recommandations supplémentaires et de les incorporer dans les politiques nationales. Cette tâche, à laquelle il sera donné la priorité dans les prochaines années, sera effectuée en coopération avec les bureaux régionaux et un certain nombre de pays ayant sollicité une assistance dans ce domaine.

### **C. Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique**

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) appuie les conclusions et les recommandations de la sixième réunion du Comité consultatif OMS de la recherche sur le virus variolique. En application des résolutions WHA52.10 et WHA55.15, la Fédération de Russie a entrepris un programme national de recherche au Centre national de recherche en virologie et en biotechnologie, afin de mettre au point de nouvelles méthodes de diagnostic, de prévention et de traitement de la variole, en tenant compte des recommandations du Secrétariat. L'intervenant demande instamment que des mesures supplémentaires soient prises pour faciliter l'échange d'informations sur les résultats de la recherche expérimentale et théorique. Il remercie tous les partenaires du Centre, et en particulier ses collègues des Etats-Unis, d'avoir participé à l'étude conjointe réalisée sous les auspices de l'OMS.

Le Dr TANGI (Tonga) demande des garanties concernant le mécanisme de contrôle destiné à préserver l'ADN du virus variolique.

M. SHUGART (Canada) note que la version intégrale du rapport n'est pas accessible à tous. Le Canada souhaiterait l'étudier plus en détail avant d'exprimer un point de vue définitif. Le but étant la destruction du virus, l'intervenant souhaite être certain que les recherches à faire se justifient vraiment pour des raisons de santé publique ; il attend donc avec intérêt que les recommandations du Comité soient examinées de façon plus approfondie.

Le PRESIDENT fait observer que les questions à l'étude demeureront sans doute à l'ordre du jour du Conseil pour de nombreuses années encore.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) déclare avoir pris note des observations formulées quant aux conséquences de ces recherches pour la biosécurité. C'est précisément pour tenir compte de ces questions que le Directeur général examine actuellement les recommandations du Comité consultatif. Bien que la portée et la nécessité des recherches ne soient pas remises en question, la sécurité biologique est un sujet d'inquiétude, spécialement dans les cas où les recommandations sont liées à des travaux qui pourraient être effectués ailleurs que dans les deux conservatoires.

### **D. Médecine traditionnelle**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande), soulignant la nécessité d'une approche équilibrée de la médecine traditionnelle, dit que, dans un premier temps, son pays s'est trop attaché à trouver des méthodes de contrôle de la qualité, à prouver l'efficacité des médicaments et à garantir leur innocuité et qu'il a négligé d'autres questions importantes comme la promotion d'une utilisation large, équitable et appropriée de ces médicaments. Un changement radical a été réalisé en 2001 lorsque pour la première fois les médicaments

traditionnels ont été pris en charge par le système national d'assurance-maladie. En 2002, le Gouvernement a créé le Département Développement de la médecine traditionnelle et de la médecine parallèle thaïes, afin d'apporter un soutien systématique à la médecine traditionnelle. Tous les acteurs concernés devraient trouver un équilibre entre les connaissances scientifiques et les connaissances pratiques s'agissant de ces médecines, qui reposent sur des connaissances fondamentales difficiles à prouver scientifiquement. Toutefois, le fait que ces connaissances ne puissent pas être prouvées ne signifie pas qu'elles ne sont pas fondées.

Le Dr LEPAKHIN (Sous-Directeur général) dit que la médecine traditionnelle gagne du terrain dans tous les pays ; c'est l'un des domaines d'activité de l'OMS qui progresse le plus rapidement et de nombreuses directives à visée pédagogique lui ont été consacrées en 2004. Il remercie les pays qui soutiennent ces activités.

#### **E. Développer le traitement et les soins dans le cadre d'une riposte globale et coordonnée au VIH/SIDA**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) dit que la Thaïlande a pris des mesures pour améliorer les soins avant même l'adoption de la résolution WHA57.14 ; malheureusement, seule la moitié des patients observe le traitement prescrit. Cette situation est due aux déficiences du système de santé et à l'insuffisance des activités de conseil et de dépistage volontaires, auxquelles vient s'ajouter la stigmatisation. Les pays qui disposent de ressources limitées devraient donc envisager avec prudence l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux, car il ne suffit pas d'assurer l'accès, à un coût abordable, à des produits de bonne qualité. Il faut donc recueillir de manière systématique, objective et transparente des informations concernant l'utilisation à grande échelle des antirétroviraux dans les pays en développement. Pour améliorer l'accès aux antirétroviraux, il convient d'agir prudemment et d'assurer la pérennité des ressources.

Le Professeur FURGAL (conseiller de M. Skotnikov, Fédération de Russie) se dit très favorable à l'approche de l'OMS qui fait partie intégrante des activités de lutte contre la pandémie. En veillant à respecter un équilibre entre les mesures de prévention et les mesures de traitement, et en mettant l'accent sur l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, on pourrait faire avancer considérablement la lutte contre le VIH/SIDA.

Il se félicite des efforts accomplis pour donner suite à la résolution WHA57.14. Pour mettre en oeuvre l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », il est indispensable de renforcer les systèmes de santé nationaux afin de pouvoir garantir l'accès au traitement. Il approuve l'initiative tendant à créer une structure consacrée au VIH/SIDA et aux systèmes de santé pour recenser et supprimer les obstacles à l'extension des soins aux personnes atteintes de l'infection à VIH. Toutefois, l'amélioration des infrastructures sanitaires doit concerner l'ensemble des domaines d'activité et des domaines techniques, depuis le dépistage du VIH jusqu'aux soins palliatifs.

Les crédits supplémentaires mis à disposition pour lutter contre la pandémie de VIH/SIDA devraient servir à renforcer la capacité technique des pays, notamment pour ce qui est de la formation professionnelle des administrateurs financiers. Les professionnels de la santé ne devraient pas être les seuls à bénéficier d'une formation ; il faudrait également penser aux travailleurs sociaux, au personnel des services de prise en charge du SIDA et aux bénévoles.

Il importe d'améliorer les systèmes de surveillance épidémiologique et en particulier de réaliser une enquête comportementale dans certains groupes de population. La collecte d'informations dans ce domaine et l'analyse des données recueillies serviront de base à la prévision et à la planification de mesures ainsi qu'à l'évaluation de leur efficacité.

Pour l'OMS, l'accès équitable aux soins pour tous les groupes de population est un principe éthique important. Il faut à la fois surveiller l'accès au traitement antirétroviral et collecter des

informations sur les traitements proposés aux groupes de population difficiles à atteindre tels que les utilisateurs de drogues intraveineuses, les professionnels du sexe et les migrants.

Il approuve l'initiative de l'OMS visant à créer un groupe d'intervention rapide face au VIH et à la tuberculose, et il se félicite de la publication de directives sur les traitements antirétroviraux destinés aux femmes vivant avec le VIH et sur la prévention de la transmission verticale du VIH. En effet, il est urgent de donner des orientations sur le traitement de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues et les toxicomanes et chez les personnes co-infectées, notamment par l'hépatite virale, et d'élaborer des méthodes destinées à améliorer l'observance des traitements antirétroviraux par les patients.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Dab, France), déplorant le peu de temps consacré par le Conseil à l'examen des derniers points de l'ordre du jour, fait observer que, si nous avons tous en tête l'objectif « 3 millions d'ici 2005 », ce qui importe avant tout, c'est de combler l'écart entre nos ambitions et nos réalisations. Son propos n'est pas de mettre en accusation qui que ce soit, mais d'appeler l'attention sur les difficultés à venir et sur la nécessité d'adopter une approche différente. Il regrette que le rapport ne comporte pas suffisamment d'éléments chiffrés pour rendre compte de la situation avec précision. La remarque du membre désigné par la Thaïlande est très intéressante si elle est lue conjointement avec le paragraphe 46 du rapport. Il importe que le Conseil soit tenu informé sans tarder des conclusions de la structure en question afin que les activités de l'Organisation puissent être adaptées en conséquence. Le rôle de coordination que joue l'OMS dans le cadre des systèmes de soins devrait lui permettre de déterminer pourquoi certains programmes fonctionnent et d'autres pas. Pourquoi attendre la fin de la période pour s'interroger sur les raisons pour lesquelles l'objectif initial n'a pas été atteint ? Il faut donc disposer d'informations plus détaillées et plus exactes.

M. RAMOTSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, se félicite de la qualité du rapport qui est particulièrement riche en information. A sa cinquante-quatrième session, le Comité régional de l'Afrique a instamment prié les Etats Membres d'élaborer et de mettre en oeuvre des plans détaillés visant à améliorer l'accès aux traitements et aux soins, à assurer l'équité et à apporter un soutien nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et comportant des cibles précises pour l'amélioration de la prévention.<sup>1</sup> Le Comité a également approuvé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Par conséquent, le Groupe africain prie le Directeur général de renforcer le rôle de l'OMS dans la direction technique et l'orientation de la riposte des systèmes de santé au VIH/SIDA dans le cadre du système des Nations Unies, de fournir une assistance technique et de donner des orientations relatives à la mise au point, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des traitements et des soins, et de mobiliser des ressources internationales accrues pour améliorer l'accès aux soins et aux traitements. Il l'exhorte en outre à demander au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme de poursuivre la collecte de fonds, d'accélérer la procédure de mise en oeuvre et l'accès aux fonds, et de recommander que des activités de recherche soient menées sans relâche pour élaborer de nouveaux médicaments et de nouveaux vaccins.

Mme THOMPSON (Commission européenne), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que la Commission approuve entièrement l'objectif de renforcer les systèmes de santé nationaux. Fin 2004, dans son document de travail intitulé : « Une approche coordonnée et intégrée de la lutte contre le VIH/SIDA dans l'Union européenne et les pays voisins », la Commission a exposé les mesures qu'elle préconise pour faire face à la réémergence de l'épidémie en Europe et décrit, dans sa communication intitulée « Elaboration d'un cadre politique européen cohérent pour les actions extérieures visant à lutter contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose », la riposte qu'elle organise à l'échelle mondiale. La Commission est déterminée à renforcer la surveillance du VIH/SIDA en Europe en collaboration avec tous ses partenaires. L'OMS et la Commission devraient accroître leur collaboration en vue de renforcer le potentiel des Etats au moyen de la formation. La Commission

---

<sup>1</sup> Résolution AFR/RC54/R5.

organise actuellement des discussions entre les Etats Membres et l'industrie pharmaceutique afin d'assurer l'accès à des traitements antirétroviraux d'un coût abordable ; elle souhaite intensifier sa collaboration avec l'OMS et l'ONUSIDA par l'échange de données d'expérience et d'informations. Les mesures décrites dans son document de travail ont été menées à bien à la fin de l'année, et les résultats feront l'objet d'une évaluation. Dans une nouvelle communication qui sera publiée dans le courant de l'année prochaine, la Commission proposera une stratégie plus ciblée de lutte contre le VIH/SIDA dans l'Union européenne et les pays voisins à plus long terme.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général), relevant le soutien dont bénéficie l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », reconnaît que l'édification de systèmes de santé est un élément essentiel d'une action énergique dans les domaines de la prévention, du traitement et des soins en matière de VIH/SIDA. L'Organisation s'intéresse aux activités verticales visant à rendre le traitement accessible et abordable, mais également aux liens horizontaux essentiels entre le financement, les compétences et la mise en oeuvre : les personnels de santé représentent un des piliers de cette structure. Il convient avec le membre désigné par la France qu'il serait utile de procéder à une bonne analyse chiffrée afin d'évaluer si certaines étapes ont été franchies, en utilisant les données de sorte à favoriser une riposte plus stratégique et plus complète. Le Directeur général présentera sous peu une analyse de ce type au Forum économique mondial de Davos. Actuellement, on cherche à placer 700 000 personnes sous traitement. Par ailleurs, des efforts sont faits pour recenser les expériences concluantes de pays qui ont résolument consacré les moyens politiques et financiers nécessaires à l'amélioration du traitement et de la prévention. Ces efforts visent aussi à mettre en évidence les obstacles rencontrés afin de trouver les moyens d'améliorer les soins, de pallier le manque de ressources et de mobiliser des forces politiques et sociales pour créer un environnement propice à une action de santé publique en faveur des personnes qui ont besoin d'antirétroviraux et de traitements prophylactiques. Il assure au membre désigné par le Lesotho que le Secrétariat coopère étroitement avec l'ONUSIDA et le Fonds mondial pour appliquer les « trois principes », et qu'il élabore actuellement un projet qui sera envoyé aux pays bénéficiaires de fonds. Il est essentiel que l'OMS s'associe à l'appel en vue d'obtenir davantage de ressources financières et humaines. La Deuxième Conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, qui aura lieu à Stockholm, les 11 et 12 juin 2005, sera l'occasion de promouvoir un ensemble de mesures concertées établissant un lien entre financement et compétences. En collaboration avec les partenaires extérieurs, le Secrétariat cherche des moyens d'encourager la recherche-développement pour mettre au point une nouvelle génération d'antirétroviraux. L'intervenant approuve l'initiative de la Commission européenne visant à instaurer un cadre politique, et se félicite que celui-ci mette l'accent sur les infrastructures nécessaires.

#### **F. Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) recommande que le Secrétariat fournisse une aide technique et financière plus conséquente afin de permettre aux pays en développement de participer aux réunions du Comité préparatoire pour l'élaboration d'une approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques ; il recommande aussi que le Directeur général présente un rapport de situation au Conseil en 2006, avant la conférence finale.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) déplore que l'on ne reconnaisse pas suffisamment la nécessité d'associer le secteur de la santé aux débats internationaux sur la sécurité chimique. On s'efforce de rechercher des moyens de récolter des fonds qui seront ensuite distribués par les bureaux régionaux pour permettre à davantage de pays en développement d'assister à la troisième session du Comité préparatoire. Cela suppose assurément que le secteur de la santé s'intéresse davantage à la sécurité chimique, car c'est une question essentielle à la protection de la santé humaine ; il est souvent impossible de permettre aux individus de recouvrer la santé lorsqu'ils ont été empoisonnés ou intoxiqués au cours d'un accident chimique. Le Secrétariat doit donc agir davantage en vue d'élaborer

des stratégies et de créer des systèmes de gestion. Elle prend acte du souhait exprimé par le Conseil de recevoir un rapport complet en 2006.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**Commission des Déterminants sociaux de la Santé :** Point 9.4 de l'ordre du jour (document EB115/35)

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) se félicitant du rôle essentiel du Directeur général, qui s'est intéressé à l'influence des déterminants sociaux de la santé, observe que la santé dépend de multiples facteurs, et non pas uniquement des systèmes de santé. Le rôle et le mandat de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé ayant été clairement définis, on peut s'attendre à ce qu'elle contribue largement à l'amélioration du bien-être. Il approuve le choix des déterminants mentionnés, mais en propose d'autres tels que la société civile, la mondialisation et le commerce international, et la liberté politique. Les études de la Commission devraient tenir compte des effets positifs de ces déterminants, comme de leurs effets négatifs.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) déclare qu'il est important de recenser et d'analyser les facteurs sociaux ayant des répercussions sur l'état de santé de la population en général, et sur les services de santé en particulier. Le plan exposé dans le rapport est vaste et complet ; il prévoit l'étude des changements fondamentaux dans la manière d'aborder la santé, et des facteurs qui déterminent celle-ci. Le moment est bien choisi pour créer une telle commission ; les réseaux de connaissances envisagés qui fonctionneront aux niveaux régional et infra-régional permettront d'aborder l'ensemble des déterminants sociaux de la santé et, sans doute, ceux mentionnés par le membre de la Thaïlande. De nombreux aspects économiques ou politiques, autres que ceux évoqués dans le rapport, doivent être pris en considération. Etant donné l'importance de l'étude sur la politique sanitaire, il faudrait informer régulièrement le Conseil de l'état d'avancement des travaux de la Commission jusqu'en 2008, date à laquelle ils doivent être achevés.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) rappelle que l'OMS a un rôle essentiel à jouer dans le renforcement de la coopération internationale en matière de santé, dans l'amélioration de la santé publique et dans la réduction des inégalités. De plus, les activités de la Commission contribueront à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent le développement durable et l'élimination de la pauvreté et de la faim, déterminants sociaux clés de la santé. Au cours des dix années à venir, la Fédération de Russie va s'employer à réduire la pauvreté, à renforcer la protection sociale, à ralentir la baisse démographique et à améliorer la santé publique. Pour que ces objectifs soient atteints, il faut que les individus aient accès à un logement de qualité et d'un coût abordable, à l'éducation et aux soins de santé ; il faut aussi que les groupes les plus vulnérables de la population bénéficient d'une aide sociale. La Fédération de Russie cherche à faire face aux problèmes médico-sociaux en s'appuyant sur les expériences nationales et internationales en matière de développement et de santé. Elle est favorable à la création de la Commission, approuve les activités qu'elle est censée mener, et est disposée à y participer.

Mme VALDEZ (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) souligne que, même s'il reste beaucoup à faire, il existe de plus en plus de données scientifiques sur les mécanismes sociaux qui influent sur la santé et les inégalités sociales. On procède actuellement à la désignation de points focaux de la Commission au sein d'autres organisations du système des Nations Unies qui prendront certainement part à ces travaux. S'agissant du plan de financement de la Commission, il serait utile d'obtenir davantage d'informations sur ce que cela implique pour l'OMS. Les compétences du Secrétariat étant déjà fortement sollicitées vu le nombre de priorités mondiales antagoniques, la Commission devrait se concentrer sur ses principales attributions, afin que les Etats Membres en

retirent des bénéfices mesurables. Elle approuve la proposition d'accorder aux pays un rôle de premier plan dans le cadre des travaux de la Commission, ajoutant que les Etats-Unis souhaiteraient y participer. Elle espère enfin que les Etats Membres auront accès au rapport d'activités que la Commission présentera à mi-parcours de son mandat au Directeur général.

Le Dr NSIAH-ASARE (suppléant du Dr Ahmed, Ghana) dit que les travaux de la Commission contribueront à trouver des solutions aux nombreux problèmes sanitaires des pays en développement, notamment en Afrique. Ces travaux confirmeront les progrès réalisés pour mettre en évidence les déterminants sociaux et environnementaux de la santé tels que la pauvreté, l'insécurité alimentaire, l'exclusion sociale et la discrimination, les mauvaises conditions de logement, les maladies infantiles et un statut socioprofessionnel inférieur. Ces connaissances doivent maintenant être traduites en mesures concrètes, au niveau mondial ou national. La délégation du Ghana appuie le plan détaillé des activités de la Commission, et encourage le Secrétariat à le perfectionner davantage.

M. RAMOTSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho), prenant la parole au nom du Groupe africain, se félicite de l'initiative du Directeur général et apprécie la détermination dont il a fait preuve pour que la composition de la Commission reflète un équilibre géographique et tienne compte d'une juste répartition hommes-femmes. En matière de déterminants sociaux de la santé, de nombreux travaux ont été réalisés, qui devront se traduire par des mesures efficaces. Il espère que ces mesures seront prises et attend avec intérêt les rapports sur les activités futures de la Commission, notamment dans le cadre du programme général de travail 2006-2015.

Mme IORDACHE (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie) loue l'initiative du Directeur général et se félicite du rapport. La Roumaine espère prendre une part active aux futures consultations et activités de la Commission, dans les domaines tant politique que technique.

Mme LACROUX (Programme des Nations Unies pour les Etablissements humains) approuve l'initiative qui vient à point nommé. Les participants au Programme trouvent particulièrement préoccupante l'évolution des agglomérations urbaines dans les pays en développement et les pays en transition, où les conditions changent rapidement en raison des injustices liées à la mondialisation. Dans ces nouvelles zones urbaines, la plupart des changements ne sont soumis à aucune règle, la pauvreté se généralise, les conditions sanitaires se dégradent, les ressources naturelles diminuent et la cohésion sociale est remise en cause. L'urbanisation galopante est une tendance générale à laquelle on n'accorde pas assez d'attention, même si, dans l'objectif du Millénaire pour le développement 7 « assurer un développement durable », la cible 11 prévoit qu'il faut améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis d'ici à 2020. En 2006-2007, la moitié de la population mondiale vivra dans des zones urbaines. Environ 1 milliard de personnes vivent déjà dans des taudis : elles n'ont accès ni à un logement adéquat, ni aux services essentiels ; selon les estimations, ce chiffre devrait passer à 2 milliards d'ici à 2030. Ce sont surtout les pays en développement qui subiront les effets de cette évolution ; les femmes, les enfants, les personnes âgées et les groupes indigènes seront les plus touchés. Le Programme qu'elle représente est disposé à prêter son concours à la nouvelle Commission et à participer aux programmes techniques de l'OMS destinés à améliorer la santé de ces populations.

M. SHUGART (Canada) approuve la proposition de créer une commission, mais pense que celle-ci ne devrait pas aborder la question des déterminants sociaux de la santé sous le seul angle des inégalités. Les déterminants de la santé concernent tout un chacun, quelles que soient les conditions dans lesquelles il vit. Les conclusions des travaux de recherche montrent que, dans chaque secteur, l'utilisation efficace des fonds publics permettrait d'allouer davantage de ressources à la santé. Pour comprendre les facteurs qui déterminent la santé, il ne suffit pas toujours de s'intéresser au domaine sanitaire.

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre de l'Islande et se référant au rapport de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS,<sup>1</sup> dit que le Président de cette Commission a estimé qu'environ US \$25 milliards par an seraient nécessaires pendant un certain temps pour sortir certains pays de la pauvreté. En matière de santé, les améliorations passent nécessairement par une réduction de la pauvreté. La nouvelle Commission doit utiliser les connaissances actuelles pour formuler des politiques publiques et élaborer des mesures nationales et mondiales en tenant compte des succès et des échecs rencontrés sur le terrain.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) souligne que la composition de la Commission a été décidée de façon à y inclure des compétences multiples et que les critères auxquels doivent répondre ses activités de recherche ont été sélectionnés dans un souci d'impartialité et de précision. Comme les membres sont des experts indépendants, ils pourront réaliser des recherches sur d'autres thèmes de leur choix. Il assure au Conseil que des rapports réguliers sur les activités de la Commission lui seront soumis, chaque rapport portant sur des déterminants de la santé spécifiques. La Commission analysera également la situation dans les pays afin de déterminer quelles politiques atteignent leurs objectifs, et de quelle façon. L'OMS fera en sorte d'intégrer les conclusions de la Commission dans l'ensemble de ses programmes techniques, et coopérera pleinement avec les Etats Membres, avec d'autres organisations du système des Nations Unies, y compris le Programme des Nations Unies pour les Etablissements humains. S'agissant des ressources, le financement de la Commission sera prévu au titre du domaine d'activité Elaboration de politiques pour la santé et le développement ; il est également intégré dans les plans de mobilisation des ressources. La Commission a pour tâche d'élaborer des mesures à partir des connaissances disponibles ; le onzième programme général de travail 2006-2015 tiendra compte de ses travaux. Il assure au membre désigné par le Canada que la Commission n'abordera pas la question des déterminants sociaux de la santé sous le seul angle des inégalités.

#### **Le Conseil prend note du rapport.**

#### **Clonage d'êtres humains à des fins de reproduction : le point sur le débat à l'Assemblée générale des Nations Unies : Point 9.5 de l'ordre du jour (document EB115/INF.DOC./2)**

Le Professeur PAKDEE POTHISIRI (suppléant de Mme Sudarat Keyuraphan, Thaïlande) fait observer que le clonage à des fins de reproduction pose des problèmes d'éthique et de droits humains. En Thaïlande, il n'existe aucune législation en la matière, mise à part une réglementation du Conseil médical qui interdit le clonage ; le droit pénal ne punit pas le clonage à des fins de reproduction. Le rapport indique que seulement 35 pays ont adopté des lois interdisant le clonage humain. Il faudrait attacher plus d'importance à cette question, adopter d'autres lois en la matière et les appliquer.

Le Dr RYAZANTSEV (suppléant de M. Skotnikov, Fédération de Russie) dit que le clonage à des fins de reproduction est mal orienté ; de plus, il est dangereux et contraire à l'éthique. Le clonage est interdit dans son pays depuis cinq ans, et la Fédération de Russie approuve entièrement l'interdiction de cette pratique. Toutefois, les progrès de la biologie moléculaire et cellulaire ont débouché sur des technologies biomédicales nouvelles et efficaces, connues sous le nom de « clonage thérapeutique », qui permettent d'envisager un traitement pour de nombreuses maladies ; les cellules souches pourraient être utilisées pour remplacer les cellules usées. Cependant, le clonage thérapeutique doit être strictement réglementé, ne doit donner lieu à aucune exploitation commerciale, et doit être mis au point par des scientifiques et des médecins du monde entier dans le cadre d'une coopération internationale fructueuse.

---

<sup>1</sup> Document A55/5.



Mme VALDEZ (suppléant du Dr Steiger, Etats-Unis d'Amérique) se félicite des efforts déployés continuellement par les Etats Membres à la Sixième Commission de l'Assemblée générale des Nations Unies en vue de s'attaquer aux incidences du clonage à des fins de reproduction. Les Etats-Unis demandent que d'autres efforts soient faits pour interdire toute forme de clonage.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>1</sup> se félicite du rapport et demande que l'on continue à s'intéresser au débat de l'Assemblée générale des Nations Unies sur ce sujet. Le Secrétariat devrait tenir les Etats Membres informés par le biais de ses organes directeurs.

### **Le Conseil prend note du rapport.**

## **7. QUESTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES (suite)**

**Cybersanté :** Point 4.13 de l'ordre du jour (document EB115/39) (suite de la dixième séance, section 2)

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements apportés au projet de résolution sur lequel les membres se sont mis d'accord lors de consultations informelles. Le deuxième alinéa du préambule est modifié comme suit : « ... sur la fourniture des soins de santé, la santé publique, la recherche et les activités liées à la santé ... ». Dans le troisième alinéa du préambule, le membre de phrase « de la part des Etats Membres de l'OMS, des partenaires et d'autres organisations internationales » est supprimé. Le cinquième alinéa du préambule est modifié comme suit : « ... servirait de base aux activités de l'Organisation en la matière ». Le septième alinéa du préambule est supprimé.

Le paragraphe 1.1) est modifié comme suit : « à envisager d'élaborer un plan stratégique à long terme pour concevoir et mettre en oeuvre des services de cybersanté, qui comprenne un cadre juridique et une infrastructure appropriés et encourage la création de partenariats publics et privés ». Le paragraphe 1.2) est modifié comme suit : « à développer des infrastructures pour appliquer à la santé les technologies de l'information et de la communication, selon qu'il conviendra, afin de promouvoir un accès équitable, abordable et universel à leurs avantages, et à continuer à collaborer avec les agences d'information et de télécommunications et d'autres partenaires pour réduire les coûts et assurer le succès de la cybersanté ». Les paragraphes 1.3), 1.6) et 1.8) sont supprimés, et un nouveau paragraphe inséré qui se lit comme suit : « à envisager de créer et mettre en oeuvre des systèmes nationaux d'information en matière de santé publique et à améliorer, au moyen de l'information, les capacités de surveillance et de riposte rapide dans les situations d'urgence causées par des maladies et des problèmes de santé publique ».

Le paragraphe 2.3) est modifié comme suit : « ... les données d'expérience et les meilleures pratiques, en particulier sur les techniques de télémédecine ». Deux nouveaux paragraphes sont insérés au paragraphe 2 : le premier se lit comme suit : « de fournir un appui aux Etats Membres pour promouvoir l'élaboration, l'application et la gestion de normes nationales en matière d'information sanitaire, et de recueillir et rassembler les informations disponibles sur les normes pour mettre en place des systèmes nationaux normalisés d'information sanitaire en vue de faciliter l'échange aisé et efficace

---

<sup>1</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

d'informations entre les Etats Membres » ; et le second est ainsi libellé : « de soutenir dans le domaine de la cybersanté des initiatives régionales et interrégionales ou des initiatives entre des groupes de pays qui utilisent un langage commun ».

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**8. CLOTURE DE LA SESSION :** Point 10 de l'ordre du jour

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare la cent quinzième session close.

**La séance est levée à 19 h 10.**

---

---

<sup>1</sup> Résolution EB115.R20.