



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT SEIZIÈME SESSION
GENÈVE, 26-27 MAI 2005

DÉCISIONS

PROCÈS-VERBAUX

GENÈVE
2005



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CONSEIL EXÉCUTIF
CENT SEIZIÈME SESSION
GENÈVE, 26-27 MAI 2005

DÉCISIONS

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 seizième session au Siège de l'OMS, à Genève, les 26 et 27 mai 2005.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ayant élu 10 Etats Membres habilités à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif¹ à la place de ceux dont le mandat était venu à expiration, la composition du Conseil était en conséquence la suivante :

Pays habilités à désigner un membre	Durée du mandat restant à courir²	Pays habilités à désigner un membre	Durée du mandat restant à courir²
Australie	2 ans	Lesotho	2 ans
Azerbaïdjan.....	3 ans	Libéria.....	3 ans
Bahreïn	2 ans	Luxembourg	2 ans
Bhoutan.....	3 ans	Madagascar.....	3 ans
Bolivie	2 ans	Mexique.....	3 ans
Brésil.....	2 ans	Namibie	3 ans
Canada.....	1 an	Népal.....	1 an
Equateur.....	1 an	Pakistan.....	1 an
France	1 an	Portugal.....	3 ans
Guinée-Bissau.....	1 an	République tchèque	1 an
Iraq.....	3 ans	Roumanie.....	2 ans
Islande.....	1 an	Rwanda	3 ans
Jamahiriya arabe libyenne	2 ans	Soudan	1 an
Jamaïque.....	2 ans	Thaïlande	2 ans
Japon.....	3 ans	Tonga.....	2 ans
Kenya.....	2 ans	Viet Nam	1 an

On trouvera des renseignements concernant les membres du Conseil désignés par les Etats Membres ci-dessus dans la liste des membres et autres participants.

¹ Décision WHA58(8). Les membres sortants avaient été désignés par les pays suivants : Chine, Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Koweït et Maldives.

² A la date de clôture de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Avant-propos	iii
Ordre du jour	vii
Liste des documents	ix

PARTIE I

DECISIONS

Décisions

EB116(1)	Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif	3
EB116(2)	Composition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif	3
EB116(3)	Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	3
EB116(4)	Date, lieu et durée de la cent dix-septième session du Conseil exécutif.....	4
EB116(5)	Date, lieu et durée de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé	4

PARTIE II

PROCES-VERBAUX

Liste des membres et autres participants	7
Comités et groupes de travail	25

Première séance

1.	Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour	27
2.	Election du président, des vice-présidents et du rapporteur	27
3.	Résultats de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé	28
4.	Questions techniques et sanitaires Lutte contre les maladies génétiques.....	32

Deuxième séance

	Questions techniques et sanitaires (suite)	
	Lutte contre les maladies génétiques (suite).....	39
	Commerce international et santé	42
	Nutrition et VIH/SIDA	49
	Sexospécificité, femmes et santé : prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l'OMS	53

Troisième séance

1.	Questions administratives et financières Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources	59
	Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays	65
2.	Questions techniques et sanitaires (suite) Commerce international et santé (suite).....	69

Quatrième séance

1.	Questions administratives et financières (suite) Comités du Conseil exécutif : composition.....	74
	Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé	75
2.	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.....	76
3.	Questions soumises pour information Mise en oeuvre de la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale en cas de présence naturelle, de dissémination accidentelle ou d'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé.....	77
	Commission de l'OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique : rapport de situation.....	79
	Comités d'experts et groupes d'étude	80
4.	Clôture de la session.....	80

ORDRE DU JOUR¹

Numéro du point

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Election du président, des vice-présidents et du rapporteur
3. Résultats de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
4. Questions techniques et sanitaires
 - 4.1 Lutte contre les maladies génétiques
 - 4.2 Commerce international et santé
 - 4.3 Nutrition et VIH/SIDA
 - 4.4 Sexospécificité, femmes et santé : prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l'OMS
5. Questions administratives et financières
 - 5.1 Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
 - 5.2 Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays
 - 5.3 Comités du Conseil exécutif : composition
 - 5.4 Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé
6. Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
7. Questions soumises pour information
 - 7.1 Mise en oeuvre de la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale en cas de présence naturelle, de dissémination accidentelle ou d'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé
 - 7.2 Commission de l'OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique : rapport de situation
 - 7.3 Comités d'experts et groupes d'étude
8. Clôture de la session

¹ Adopté par le Conseil exécutif à sa première séance.

LISTE DES DOCUMENTS

EB116/1 Rev.1	Ordre du jour ¹
EB116/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB116/2	Résultats de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé
EB116/3	Lutte contre les maladies génétiques
EB116/4	Commerce international et santé
EB116/5	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources
EB116/6	Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays
EB116/7 et Add.1	Comités du Conseil exécutif : composition
EB116/8	Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé
EB116/9	Mise en oeuvre de la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale en cas de présence naturelle, de dissémination accidentelle ou d'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé
EB116/10	Commission de l'OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique : rapport de situation
EB116/11	Comités d'experts et groupes d'étude
EB116/12	Nutrition et VIH/SIDA
EB116/13	Sexospécificité, femmes et santé : prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l'OMS
EB116/14	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources – Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration à la cent seizième session du Conseil exécutif

Document d'information

EB116/INF.DOC./1	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
------------------	--

¹ Voir p. vii.

PARTIE I
DECISIONS

DECISIONS

EB116(1) Composition du Comité permanent des Organisations non gouvernementales du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a nommé le Dr A. B. Insanov (Azerbaïdjan) et le Dr H. N. Acharya (Népal) membres, pour la durée de leur mandat au Conseil exécutif, de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales, en plus du Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), du Dr A. B. Osman (Soudan) et de Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam) qui font déjà partie de ce Comité. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.

(Quatrième séance, 27 mai 2005)

EB116(2) Composition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a nommé membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le Dr Jigmi Singay (Bhoutan), le Dr A. M. Ali Mohammed (Iraq), M. J. Junor (Jamaïque), le Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), le Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) et le Dr V. Tangi (Tonga) pour une période de deux ans ou jusqu'à l'expiration de leur mandat au Conseil, si celle-ci intervient plus tôt; M. I. Shugart (Canada) pour une période d'un an, en plus de Mme J. Halton (Australie), du Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), du Professeur D. Houssin (France), du Dr M. Phooko (Lesotho) et du Professeur Suchai Charoenratanakul (Thaïlande) qui font déjà partie de ce Comité; M. M. N. Khan (Pakistan), Président du Conseil, membre de droit, et le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), Vice-Président du Conseil, membre de droit. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.

(Quatrième séance, 27 mai 2005)

EB116(3) Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, M. M. N. Khan (Pakistan), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr H. N. Acharya (Népal), le Dr K. Shangula (Namibie) et Mme J. Halton (Australie) pour représenter le Conseil à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), et le Rapporteur, M. M. Bailón (Mexique), pourraient être invités à représenter le Conseil.

(Quatrième séance, 27 mai 2005)

EB116(4) Date, lieu et durée de la cent dix-septième session du Conseil exécutif

Le Conseil exécutif a décidé que sa cent dix-septième session s'ouvrirait le lundi 23 janvier 2006 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 28 janvier 2006.

(Quatrième séance, 27 mai 2005)

EB116(5) Date, lieu et durée de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Le Conseil exécutif a décidé que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 22 mai 2006 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 27 mai 2006.

(Quatrième séance, 27 mai 2005)

PARTIE II

PROCES-VERBAUX

LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS

MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS

PAKISTAN

Mr M. N. KHAN, Federal Minister for Health, Islamabad (**Président**)

Suppléants

Ms T. JANJUA, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva

Dr A. AHMED, Deputy Director-General, Ministry of Health, Islamabad

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

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

AUSTRALIE

Ms J. HALTON, Secretary, Department of Health and Ageing, Canberra (**Vice-Président**)

Suppléants

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

Ms L. PODESTA, Assistant Secretary, Biosecurity and Disease Control Branch, Department of Health and Ageing, Canberra

Ms C. PATTERSON, Minister Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva

Mr B. ECKHARDT, Director, International Policy and Communications Section, Department of Health and Ageing, Canberra

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

Conseillers

Ms A. GORELY, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

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

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

AZERBAIDJAN

Dr A. B. INSANOV, Minister of Health, Baku

Suppléants

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr A. UMYNASHKIN, Head, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr E. MAMMADOV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BAHREIN

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

BHOUTAN

Dr Jigmi SINGAY, Minister of Health, Thimphu

Suppléants

Dr D. WANGCHUK, Director, Department of Medical Services, Ministry of Health, Thimphu

Mr P. WANGCHUK, Deputy Secretary, Policy and Planning Division, Ministry of Health,
Thimphu

Conseiller

Mr C. TENZIN, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOLIVIE

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

BRESIL

Dr J. GOMES TEMPORÃO, Director-General, National Cancer Institute of Brazil, Rio de Janeiro
(suppléant du Dr P. M. Buss)

Suppléant

Mr A. C. DO NASCIMENTO PEDRO, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Conseillers

Mr S. ALCÁZAR, Counsellor, Head, Department of International Affairs, Ministry of Health,
Brasília

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

Mr D. LINS MENUCCI, Technical Expert, National Agency of Health Surveillance, Ministry
of Health, Brasília

CANADA

Ms C. GILDERS, Director-General, International Affairs Directorate, Health Canada, Ottawa
(suppléant de M. I. Shugart)

Suppléants

M. G. WIERINGA, Senior Program Officer, United Nations and Commonwealth Program,
Canadian International Development Agency, Ottawa

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

Mr D. MACPHEE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

EQUATEUR

Dr. F. HUERTA MONTALVO, Secretario Ejecutivo, Convenio « Andrés Bello »

Suppléants

Sr. H. ESCUDERO MARTÍNEZ, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

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

FRANCE

Professeur D. HOUSSIN, Directeur général de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

Suppléants

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

Dr J.-B. BRUNET, Direction générale de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

Mme F. AUER, Conseiller, Mission permanente, Genève

Mme I. VIREM, Direction générale de la Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris

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

M. J.-F. CONNAN, Mission permanente, Genève

Conseillers

Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

M. J.-F. TROGRIC

GUINEE-BISSAU

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

IRAQ

Dr A. M. ALI MOHAMMED, Minister of Health, Baghdad

Suppléants

Mr B. AL-SHABIB, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr N. S. ABID, General Director, Ministry of Health, Baghdad

Miss M. A. YASS, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr A. R. KHRNOB, Ministry of Health, Baghdad

Mr A. H. SALMAN, Ministry of Health, Baghdad

ISLANDE

Mr D. Á. GUNNARSSON, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Security, Reykjavik

Suppléants

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

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

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

Mrs A. KNÚTSDÓTTIR, Attaché, Permanent Mission, Geneva

JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE

Dr S. AWENAT, General People's Committee of Health, Tripoli (**suppléant du Dr F. Al-Keeb**)

Suppléants

Mr A. BENOMRAN, Minister Plenipotentiary, Permanent Mission, Geneva

Dr M. NUAJE, Head of Health, Canton of Caltuna Batnan

JAMAIQUE

Dr B. WINT, Chief Medical Officer, Ministry of Health, Kingston (**suppléant de M. J. Junor**)

Suppléant

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

JAPON

Dr H. SHINOZAKI, President, National Institute of Public Health, Tokyo

Suppléants

Dr Y. IWASAKI, Director, International Cooperation Office, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr H. INOUE, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr Y. EGAMI, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Dr Y. NISHIJIMA, Section Chief, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Ms T. TSUJISAKA, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

KENYA

Dr J. NYIKAL, Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

Suppléants

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

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

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

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

Dr N. LETSIE, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Mrs K. MAFIKE, Ministry of Health and Social Welfare, Maseru

Miss T. TSEKOA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

LIBERIA

Dr P. S. COLEMAN, Minister of Health and Social Welfare, Monrovia

LUXEMBOURG

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

(Vice-Président)

Suppléants

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

Dr C. KAPP-JOEL, Chargé de Mission, Mission permanente, Genève

Mme D. GREGR, Chargé de Mission, Mission permanente, Genève
Mme E. FISCHER, Mission permanente, Genève
M. J. NILLIEHOOEK, Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne, Genève

MADAGASCAR

Dr P. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du Planning familial, Antananarivo (**suppléant du Dr R. R. Jean Louis**)
Suppléant
M. J. M. RASOLONJATOVO, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

MEXIQUE

Sr. M. BAILÓN, Director General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF
(Rapporteur)
Suppléants
Sra. D. M. VALLE, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Sra. S. HERNÁNDEZ, Directora de Asuntos Multilaterales, Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF
Sra. A. L. CALDERON, Jefe de Departamento de enlace con la OMS, Dirección General de Relaciones Internacionales, Secretaría de Salud, México, DF

NAMIBIE

Dr K. SHANGULA, Permanent Secretary, Ministry of Health and Social Services, Windhoek
(Vice-Président)

NEPAL

Dr H. N. ACHARYA, Chief, Policy Planning and International Cooperation Division, Ministry of Health, Kathmandu (**Vice-Président**)

PORTUGAL

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne
Suppléants
M. J. C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. F. GEORGE, Sous-Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne
M. J. SOUSA FIALHO, Conseiller, Mission permanente, Genève

REPUBLIQUE TCHEQUE

Professor B. FIŠER, Head, Physiology Institute of the Masaryk University, Brno
Suppléant
Mr M. BOUČEK, Deputy Permanent Representative, Geneva

ROUMANIE

Professor M. CINTEZA, Minister of Health, Bucharest

Suppléants

Mrs D. IORDACHE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mrs C. ANGHELUTĂ, Deputy Director General, Directorate for European Integration and Foreign Affairs, Ministry of Health, Bucharest

Mr F. POPOVICI, Deputy Director General, Public Health Directorate, Ministry of Health, Bucharest

RWANDA

Dr J. D. NTAWUKULIRYAYO, Ministre de la Santé publique, Kigali

Suppléants

Mme V. RUGWABIZA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

M. G. KAVARUGANDA, Deuxième Conseiller, Mission permanente, Genève

SOUDAN

Dr I. E. M. ABDULLA, Director, Department of International Cooperation, Federal Ministry of Health, Khartoum (**suppléant du Dr A. B. Osman**)

Suppléants

Dr E. A. ELSAYID, Director, Immunization Programme, Federal Ministry of Health, Khartoum

Dr S. MANDIL, Consultant, Federal Ministry of Health, Khartoum

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

THAÏLANDE

Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK, Deputy Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi (**suppléant du Professeur Suchai Charoenratanakul**)

Suppléant

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Adviser in Health Economics, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Conseillers

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

Dr SOPIDA CHAVANICHKUL, Director, International Health Group, 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 CHURNRURTAI KANCHANACHITRA, Director, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok

Dr YOT TEERAWATTANANON, Medical Officer, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Ms PORNPIT SILKAVUTE, Research Manager, Health Systems Research Institute, Bangkok

Mrs AREEKUL PUANGSUWAN, Program and International Affairs Officer, Thai Health Promotion Foundation, Bangkok

Mrs WALAIORN PATCHARANARUMOL, Pharmacist, International Health Policy Program, 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 EXECUTIF¹**AFRIQUE DU SUD**

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

ALGERIE

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

ALLEMAGNE

Mr K. METSCHER, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mr T. HOFMANN, Councillor, Ministry of Health and Social Security, Berlin

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

Mr S. PREUSS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

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

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

AUTRICHE

Mrs C. KOKKINAKIS, Deputy Permanent Representative, Geneva
Dr C. LASSMANN, Minister, Federal Ministry of Foreign Affairs, Vienna
Mrs E. STROHMAYER, Deputy Director, International Health Relations Department, Federal
Ministry of Health and Women, Vienna
Dr J.-P. KLEIN, Expert for Infectious Diseases and Immunization, Federal Ministry of Health and
Women, Vienna
Dr D. ZIMPER, International Health Relations Department, Federal Ministry of Health and Women,
Vienna

BANGLADESH

Dr T. ALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr MAHBUB-UZ-ZAMAN, Minister, Permanent Mission, Geneva
Mr N. U. AHMED, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

BELGIQUE

Mme F. GUSTIN, Représentant permanent adjoint, Genève

BELIZE

Ms A. HUNT, Chargé d'affaires, Permanent Mission, Geneva
Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva
Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

BENIN

M. Y. AMOUSSOU, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

BOSNIE-HERZEGOVINE

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Ms D. KREMENOVIĆ-KUSMUK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

BOTSWANA

Mr C. T. NTWAAGAE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Mr G. PITSO, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

CAMBODGE

M. CHHEANG VUN, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève
M. KEO PHEAK KDEY, Ministre Conseiller, Mission permanente, Genève
M. PHAN PEUV, Deuxième Secrétaire, Mission permanente, Genève

CHILI

Dr. P. GARCÍA, Ministro de Salud, Santiago de Chile

Sr. J. MARTABIT, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. J. E. EGUIGUREN, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Dr. R. TAPIA, Jefe, Oficina de Cooperación y Asuntos Internacionales, Ministerio de Salud, Santiago de Chile

Dra. X. AGUILERA, Jefa, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Santiago de Chile

Sr. B. DEL PICÓ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

Dra. P. FRENZ, Asesora, Ministerio de Salud, Santiago de Chile

CHINE

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

Ms DENG Hongmei, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms HU Meiqi, Consultant, Division of International Organizations, Department of International Cooperation, Ministry of Health, Beijing

Mr YANG Xiaokun, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

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

Mr ZHANG Ze, Attaché, Permanent Mission, Geneva

COSTA RICA

Sr. L. VARELA QUIRÓS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. A. SOLANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

DANEMARK

Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen

Ms J. MICHELSEN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms M. HESSEL, Secretary of Embassy, Permanent Mission, Geneva

Ms L. JOHANNSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

EL SALVADOR

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

ESPAGNE

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

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

Sr. O. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, Consejero Técnico, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

Sra. I. SAIZ MARTÍNEZ ACITORES, Jefe de Sección, Dirección General de Salud Pública,
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ESTONIE

Ms H. LEHT, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

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

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

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

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

Ms K. KRUGLIKOVA, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva

Mr J. SANTAMAURO, Trade Attaché, Office of the United States Trade Representative, 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

FEDERATION DE RUSSIE

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

Mr V. M. ZIMJANIN, Principal Counsellor, Department of International Organizations, Ministry of
Foreign Affairs, Moscow

Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

FINLANDE

Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr R. POMOELL, Ministerial Counsellor, Head of Medical Affairs, Ministry of Social Affairs and
Health, Helsinki

GABON

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

GHANA

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

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

GUATEMALA

Dr. L. PIRA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra
Srta. S. URRUELA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

HONGRIE

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

INDE

Mr D. SAHA, Deputy Permanent Representative, Geneva
Mr A. K. CHATTERJEE, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

IRLANDE

Mr B. PHELAN, Principal Officer, International Unit, Department of Health and Children, Dublin
Ms G. COYLE, Higher Executive Officer, International Unit, Department of Health and Children,
Dublin

ISRAEL

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

JORDANIE

Dr M. BURAYZAT, Ambassador, Permanent Representative, Geneva
Dr S. AL MAWAJDEH, Director-General, Food and Drug Corporation of Jordan
Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

KAZAKHSTAN

Mr A. AKHMETOV, Counsellor Minister, Permanent Mission, Geneva
Mr M. ZHAGIPAROV, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

LETTONIE

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

MAROC

Mme S. BOUASSA, Ministre plénipotentiaire, Mission permanente, Genève

MYANMAR

Mr NYUNT MAUNG SHEIN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs AYE AYE MU, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr KYAW THU NYEIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mrs KHIN OO HLAING, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

NOUVELLE-ZELANDE

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General of Public Health, Ministry of Health, Wellington

NORVEGE

Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

PAYS-BAS

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, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

REPUBLIQUE DE COREE

Mr AHN Hyo-hwan, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr LEE Suk-kyu, Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

Mr CHO Choong-hyun, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and Welfare, Seoul

REPUBLIQUE DOMINICAINE

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

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

Sir Liam DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London

Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London

Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Ms L. REID, Programme Officer, Department for International Development, East Kilbride

Ms S. BALDWIN, Acting Head of Specialized Agencies, Department for International Development, East Kilbride

Mr B. GREEN, Team Leader (WHO), United Nations and Commonwealth Department, Department for International Development, East Kilbride

Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

SENEGAL

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

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

SERBIE-ET-MONTENEGRO

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

SLOVAQUIE

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

SUEDE

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

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

SUISSE

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

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

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

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

M. F. DEL PONTE, Conseiller médical à l'aide humanitaire, Direction du Développement et de la Coopération, Département fédéral des Affaires étrangères, Berne

TURQUIE

Mr H. KIVANÇ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)

Sr. B. CARRERO CUBEROS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra
 Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Representante Permanente Alterna, Ginebra
 Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

ZIMBABWE

Mr R. CHIBUWE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**REPRESENTANTS DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES
 ET DES INSTITUTIONS APPARENTÉES**

Organisation des Nations Unies

Mr A. SMITH SERRANO, External Relations and Inter-Agency Affairs Officer, Office of the Director-General, Geneva
 Mr D. BERTRAND, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva
 Mr E. FONTAINE ORTIZ, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva
 Mr T. INOMATA, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva
 Mr W. MUNCH, Inspector, Joint Inspection Unit, Geneva

Programme des Nations Unies pour l'Environnement

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

Fonds des Nations Unies pour la Population

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

Programme alimentaire mondial

Ms A. WALDVOGEL, World Food Programme, Geneva Office

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, Geneva

ONUSIDA

Ms P. MANE, Director, Social Mobilization and Information Department
 Mr M. SIDIBE, Director, Country and Regional Support Department
 Mr B. PLUMLEY, Chief, Executive Office
 Mr E. MURPHY, Associate Director, Governance and United Nations Relations
 Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and Administration
 Ms J. GIRARD, Chief, Human Resources Management
 Mr J. FLEET, Senior Adviser, Social Mobilization and Information Department
 Mr J. TYSZKO, External Relations Officer, Governance and United Nations Relations
 Mr E. SAPIENZA, External Relations Officer, Governance and United Nations Relations

INSTITUTIONS SPECIALISEES**Organisation internationale du Travail**

Dr A. KHALEF, Bureau for Workers' Activities

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

Mr T. N. MASUKU, Director, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva
Mr P. PAREDES-PORTELLA, Liaison Officer, FAO Liaison Office with the United Nations in Geneva

Banque mondiale

Ms C. TULLY, Consultant

Union internationale des Télécommunications

M. M.-H. CADET, Chef des Affaires extérieures

Organisation météorologique mondiale

Mr NING Ying, Seconded Expert, World Climate Programme Department

Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle

Mr P. PETIT, Deputy Director General
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

Mme J. WATAL, Conseillère, Division de la Propriété intellectuelle
Mme XIAOPING Wu, Juriste, Division de la Propriété intellectuelle
M. M. ROBERTS, Economiste, Division de l'Agriculture et des Produits de base

REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**Commission européenne**

Dr B. MERKEL, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Dr M. RAJALA, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Dr T. PIHA, Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mrs C. THOMPSON, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mrs G. G. KJAESERUD, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels

Dr K. SALUVERE, Directorate-General for Health and Consumer Protection, Brussels
Mr K. McCARTHY, Directorate-General for Research, Brussels
Mrs A. KARAOGLOU, Directorate-General for Research, Brussels
Mr C. DUFOUR, Permanent Delegation, Geneva

Ligue des Etats arabes

Mr S. ALFARARGI, Ambassador, Permanent Observer, Geneva
Dr H. HAMOUDA, Director, Department of Health and Environment, League of Arab States Secretariat, Cairo
Dr O. EL-HAJJE, Permanent Delegation, Geneva
Mr S. AEID, Permanent Delegation, Geneva

Mr H. EL-ROUBI, League of Arab States
Secretariat, Cairo

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
Department

Union africaine

Mrs K. MASRI, 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 internationale pour la Santé de
la Mère et du Nouveau-Né**

Dr R. KULIER

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

Dr U. MERTEN
Dr R. BACCHUS

Collège international des Chirurgiens

Professor P. HAHNLOSER

**Comité interafricain sur les Pratiques
traditionnelles ayant effet sur la Santé des
Femmes et des Enfants**

Mrs B. RAS-WORK

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

Mrs I. WILSON

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

Professor C. IJSSELMUIDEN
Ms S. DE HAAN
Mr A. KENNEDY

Conseil international des Femmes

Mrs A. TAN
Mrs C. SHENK MONFRINI

Conseil international des Infirmières

Dr T. GHEBREHIWET
Ms B. WIENKAMP-WEBER

Corporate Accountability International

Ms L. WYKLE-ROSENBERG

Cystic Fibrosis Worldwide

Mrs C. NOKE
Mrs G. STEENKAMER

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

Dr E. NOEHRENBERG
Ms A.-L. BOFFI

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

Mr A. RUDKJØBING
Mrs J. MYNDIUKOVA

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

Ms M. GERBER
Ms G. GONZENBACH

Fédération internationale des Hôpitaux

Professor P.-G. SVENSSON
Miss S. ANAZONWU

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

Professor J. J. GROTE

Fédération internationale de Thalassémie

Mrs C. NOKE

Fédération mondiale de l'Hémophilie

Dr P. GIANGRANDE

Fédération mondiale du Cœur

Ms C. ADLER

Fédération mondiale pour la Santé mentale

Mrs M. LACHENAL
Dr S. FLACHE

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

Dr H. KARLE
Professor L. CHRISTENSEN

Global Forum for Health Research

Professor S. MATLIN
Dr A. GHAFAR
Ms M. A. BURKE

**Industrie mondiale de l'Automédication
responsable**

Dr D. WEBBER
Dr H. CRANZ
Ms. S. DURAND-STAMATIADIS

**Organisation internationale des Systèmes de
Surveillance des Anomalies congénitales**

Dr P. MASTROIACOVO

**Société internationale contre l'Accident
vasculaire cérébral**

Dr S. AYBEK

Vision mondiale internationale

Dr M. AMAYUN

COMITES ET GROUPE DE TRAVAIL¹

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

M. D. Á. Gunnarsson (Islande), Président du Conseil, membre de droit, Dr A. A. Yoosuf (Maldives), Vice-Président du Conseil, membre de droit, 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 D. Houssin (France), Dr M. Camara (Guinée), Dr M. Phooko (Lesotho), Dr H. N. Acharya (Népal), M. M. N. Khan (Pakistan), Professeur B. Fišer (République tchèque), Professeur Suchai Charoenratanakul (Thaïlande)

Deuxième réunion, 14 mai 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 Yin Li (Chine), Mme A. Blackwood (Etats-Unis d'Amérique, suppléant du Dr W. R. Steiger), Dr J.-B. Brunet (France, suppléant du Professeur D. Houssin), Dr M. Camara (Guinée), M. D. Á. Gunnarsson (Islande, membre de droit), Dr M. Phooko (Lesotho), Dr H. N. Acharya (Népal), Professeur B. Fišer (République tchèque), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande, suppléant du Professeur Suchai Charoenratanakul)

2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

Dr A. B. Insanov (Azerbaïdjan), Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), Dr H. N. Acharya (Népal), Dr A. B. Osman (Soudan), Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam)

¹ 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.

PROCES-VERBAUX

PREMIERE SEANCE

Jeudi 26 mai 2005, 9 h 40

**Président : M. D. Á. GUNNARSSON (Islande)
puis : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

1. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 1 de l'ordre du jour provisoire (document EB116/1)

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent seizième session du Conseil exécutif et invite les membres du Conseil à examiner l'ordre du jour provisoire.

L'ordre du jour est adopté.¹

2. ELECTION DU PRESIDENT, DES VICE-PRESIDENTS ET DU RAPPORTEUR : Point 2 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à présenter des candidatures au poste de président.

Le Dr ABDULLA (Soudan) propose la candidature de M. Khan (Pakistan), qui est appuyée par le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) et le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn).

M. M. N. KHAN est élu Président.

Le DIRECTEUR GENERAL remercie M. Gunnarsson, Président sortant, pour la façon magistrale dont il a dirigé les activités du Conseil exécutif au cours de l'année écoulée et l'engagement sans faille dont il a fait preuve pour servir les objectifs de l'Organisation dans son ensemble.

Le Directeur général remet à M. Gunnarsson un marteau de président.

M. GUNNARSSON (Islande) remercie le Conseil pour le soutien et les encouragements qu'il lui a manifestés au cours de l'année écoulée et déclare que la présidence du Conseil exécutif a été à la fois un honneur et une expérience enrichissante. Travailler avec le Directeur général et son équipe alors qu'ils relevaient le défi de faire progresser les travaux de l'Organisation a aussi été un privilège.

M. Khan prend place au fauteuil présidentiel.

¹ Voir p. vii.

Le PRESIDENT rend hommage à M. Gunnarsson pour son ardeur au travail et son dévouement au cours de l'année écoulée et remercie le Conseil de la confiance qu'il lui témoigne en l'élisant au poste de président à un moment où l'Organisation doit relever d'énormes défis au niveau mondial. Il invite les membres à présenter des candidatures aux quatre postes de vice-président.

Le Dr NYIKAL (Kenya) propose la candidature du Dr Shangula (Namibie).

Le Professeur FIŠER (République tchèque) propose la candidature du Dr Hansen-Koenig (Luxembourg).

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) propose la candidature du Dr Acharya (Népal).

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) propose la candidature de Mme Halton (Australie).

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau), Mme IORDACHE (suppléant du Professeur Cinteza, Roumanie), le Dr SHINOZAKI (Japon) et le Dr SINGAY (Bhoutan) appuient ces quatre candidatures.

Le Dr K. Shangula (Namibie), le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), le Dr H. N. Acharya (Népal) et Mme J. Halton (Australie) sont élus Vice-Présidents.

Le PRESIDENT fait observer que, en vertu de l'article 15 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, si le Président n'est pas en mesure de remplir ses fonctions entre deux sessions, l'un des Vice-Présidents les exerce à sa place, et que l'ordre dans lequel il sera fait appel aux Vice-Présidents est fixé par tirage au sort à la session où l'élection a eu lieu.

Il est décidé, par tirage au sort, que les Vice-Présidents seront appelés à exercer les fonctions présidentielles dans l'ordre suivant : le Dr Acharya (Népal), le Dr Shangula (Namibie), Mme Halton (Australie) et le Dr Hansen-Koenig (Luxembourg).

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à présenter des candidatures au poste de rapporteur.

Mme GILDERS (Canada) propose la candidature de M. Bailón (Mexique) ; le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) et le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) appuient cette candidature.

M. Bailón est élu Rapporteur.

3. RESULTATS DE LA CINQUANTE-HUITIEME ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE : Point 3 de l'ordre du jour (document EB116/2)

Le PRESIDENT rappelle aux membres que le Conseil a été représenté à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé par M. Gunnarsson (Islande), le Dr Osman (Soudan), le Dr Yin Li (Chine) et le Dr Yoosuf (Maldives). Il invite M. Gunnarsson à présenter un rapport.

M. GUNNARSSON (Islande), présentant le document EB116/2, dit que l'Assemblée de la Santé a fait preuve d'un esprit de coopération exceptionnel, ce qui s'est traduit par des résultats fructueux. Outre l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), qui représente un succès majeur, l'Assemblée de la Santé a adopté 33 autres résolutions et 11 décisions. Bien que le programme

de travail ait été chargé, la décision de renvoyer certains points devant des groupes de travail ou des consultations moins formelles a permis d'aboutir à un consensus.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) convient que les travaux de l'Assemblée de la Santé ont été extrêmement fructueux. Il souligne en particulier l'importance de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) après sept années d'efforts inlassables de nombreuses personnes. Sans vouloir rien enlever à l'importance des autres questions qui ont fait l'objet de résolutions, il dit que ce Règlement sera un outil essentiel pour réagir de manière efficace aux nouveaux dangers qui menacent la santé mondiale et qu'il permettra de réaffirmer le rôle de chef de file de l'OMS dans le domaine de la santé publique.

Le Dr NYIKAL (Kenya) attire l'attention des membres du Conseil sur la résolution concernant le financement de la santé, qui est d'une importance particulière pour la Région africaine et les pays en développement d'une manière générale. La question a été débattue lors des deux précédentes sessions du Conseil qui a recommandé un projet de résolution à l'adoption de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il se félicite de constater que le financement de la santé devient une question majeure et, comme le prévoit la résolution WHA58.33, que le Conseil engagera de nouvelles discussions sur les questions en suspens.

Les réunions auxiliaires organisées conjointement à l'Assemblée de la Santé ont été beaucoup trop nombreuses, en particulier pour les petites délégations, détournant l'attention des délégués des travaux de l'Assemblée de la Santé.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) convient que l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) représente un événement marquant pour la santé publique. Les pays en développement espèrent qu'ils pourront bénéficier du soutien de l'OMS pour renforcer leurs capacités en vue de mettre en oeuvre le Règlement dans un délai déterminé. Une autre étape importante est l'adoption de la résolution WHA58.5 visant à renforcer la préparation et l'action face à la pandémie de grippe, qui permettra aux pays touchés par la grippe aviaire de prendre les mesures nécessaires. Le Secrétariat devra jouer un rôle de premier plan et fournir un soutien technique aux Etats Membres à cet égard.

Le Dr ABDULLA (Soudan) dit que l'Assemblée de la Santé a été l'une des plus fructueuses qu'il ait connu. Il se félicite du rapport et de la résolution WHA58.28 sur la cybersanté mais estime que les pays devraient être plus étroitement associés à la préparation de telles questions.

Le Dr ACHARYA (Népal) déclare que les résolutions sur la révision du Règlement sanitaire international et sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant revêtent une importance particulière.

Mme GILDERS (Canada) observe que l'Assemblée de la Santé a examiné toute une série de questions difficiles relatives à la santé dans le monde, dont certaines pour la première fois, comme la sécurité biologique en laboratoire ou le financement des systèmes de santé. La principale priorité a été l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), mais elle se félicite aussi de l'adoption de la résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2006-2007. L'Assemblée de la Santé a démontré que de grands progrès peuvent être faits, même dans un bref délai.

Le Dr SHANGULA (Namibie) partage le sentiment général d'une Assemblée de la Santé réussie. Il souhaite cependant faire état de sa préoccupation : en effet, au cours des dernières années, l'Assemblée de la Santé a toujours ouvert ses travaux sur une note pénible liée à la proposition d'inclure à l'ordre du jour un point supplémentaire sur un sujet qui aboutit toujours au même résultat. Il s'agit là d'un rituel qui est une perte de temps et qui est préjudiciable à l'esprit de l'Assemblée de la

Santé, à laquelle participent plus de 190 délégations. Le Dr Shangula demande au Conseil exécutif ou au Directeur général de trouver un moyen pour que l'Assemblée de la Santé ne soit plus tenue de débattre de ce sujet.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg), revenant sur l'adoption des 34 résolutions importantes, dit que les Etats Membres se tournent vers le Secrétariat pour qu'il les aide à les mettre en oeuvre en fonction des priorités nationales. Elle reconnaît l'importance historique de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005). Elle a assisté à toutes les séances de négociation et sait quels efforts immenses ont été faits à la fois par les Etats Membres et par le Secrétariat pour parvenir à un consensus. Une autre résolution importante est celle qui concerne la préparation et l'action face à la pandémie de grippe. Tous les pays ont besoin de l'aide du Secrétariat pour réagir de manière appropriée et en temps voulu.

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que la richesse de l'ordre du jour de l'Assemblée de la Santé met en évidence l'importance de la santé pour la sécurité et le développement humains. Il se félicite aussi de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005). La mobilité internationale étant essentielle pour les économies de pays tels que la Jamaïque, il convient de se préparer aux menaces que représente le syndrome respiratoire aigu sévère ou la pandémie de grippe. Le Dr Wint souligne le défi que représentent les migrations des personnels de santé pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il faut que les pays en développement retiennent leur personnel de santé et protègent leurs infrastructures de soins de santé primaires ; il attend avec impatience des solutions constructives dans ce domaine. Il se félicite des progrès réalisés dans l'application de la résolution WHA56.24 sur la violence et la santé – la violence étant un problème majeur dans son pays – et de ceux faits pour promouvoir la santé et encourager des modes de vie sains.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que la mise en oeuvre des résolutions adoptées par l'Assemblée de la Santé contribuera à l'élaboration et à la réalisation des objectifs de santé. Dans des pays comme le sien, ce sont surtout les obstacles financiers et structurels et les difficultés de gestion qui empêchent la pleine mise en oeuvre des programmes nationaux de santé. L'application des résolutions concernant le projet de stratégie mondiale de vaccination, la couverture universelle des soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants et la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant contribueront à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) souligne l'importance des objectifs du Millénaire pour le développement qui resteront une préoccupation des pays en développement pendant un certain temps. De nombreux pays en développement trouvent qu'il est difficile d'atteindre les cibles, en particulier du fait du manque de ressources humaines.

M. BAILÓN (Mexique) dit que la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé fera date du fait de l'adoption de certaines résolutions majeures, telles que celles portant sur la révision du Règlement sanitaire international, le financement durable de la santé, la recherche en santé et les incapacités.

Le Dr TANGI (Tonga) convient que l'Assemblée de la Santé a été une réussite. Il réitère une observation qu'il a formulée au cours de l'Assemblée de la Santé concernant le budget programme 2006-2007 : peu d'organisations, de ministères ou de pays ont bénéficié d'une augmentation de leur budget d'une aussi grande ampleur que celle, de 17 %, accordée par l'Assemblée de la Santé. Le Secrétariat a dû être soulagé de l'adoption aussi rapide du budget. Lors de leurs prochaines sessions, les organes directeurs devront se pencher de très près sur les résultats et l'utilisation de cette augmentation massive du financement.

Le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn) dit que l'adoption de la résolution sur la révision du Règlement sanitaire international est une grande réussite. Deux résolutions, celle sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool et celle sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, revêtent une importance particulière pour son pays. Les résolutions et décisions adoptées par l'Assemblée de la Santé se traduiront par des améliorations de la santé dans le monde.

Le Dr AWENAT (Jamahiriya arabe libyenne) dit que l'Assemblée de la Santé a été fructueuse et que toutes les résolutions et décisions adoptées correspondent bien aux énormes défis auxquels la santé publique internationale se trouve confrontée.

Le Dr COLEMAN (Libéria) fait observer que de nombreuses résolutions ont été adoptées par l'Assemblée de la Santé mais que leur mise en oeuvre au niveau des pays est souvent retardée. Il en appelle au Directeur général pour en accélérer le processus. Il rend hommage à l'OMS pour sa présence lors des conflits et des crises qui ont secoué le monde. Dans son pays, l'OMS a été présente tout au long de la récente période de conflit, apportant son aide à la population et coordonnant de nombreuses activités, y compris le travail des organisations non gouvernementales. Elle a montré qu'elle pouvait intervenir rapidement lors de crise, comme celle qui a suivi le tsunami en Asie du Sud en décembre 2004, au Darfour au Soudan et lors de la flambée épidémique de fièvre hémorragique de Marburg en Angola ; il y a quelques années, l'OMS a été critiquée pour être la dernière à arriver sur le terrain, mais, depuis, elle est l'une des premières. Le Dr Coleman souligne l'importance de la question soulevée par le membre désigné par la Jamaïque concernant les migrations des personnels de santé des pays en développement, phénomène qui continue de faire peser une grave menace sur les systèmes de santé de ces pays. Il invite instamment le Directeur général et le Conseil exécutif à prendre des mesures pour inverser cette tendance.

M. GUNNARSSON (Islande) se dit préoccupé par le fait que les résolutions que le Conseil exécutif avait auparavant adoptées à l'issue de longues discussions ont été modifiées de façon substantielle par l'Assemblée de la Santé, parfois par des Etats Membres représentés au Conseil qui avaient accepté le libellé initial à peine quelques mois plus tôt. Le Secrétariat et le Conseil devront envisager des moyens pour éviter qu'une telle situation se reproduise.

Mme HALTON (Australie) dit qu'il a longuement été question du succès de l'Assemblée de la Santé. Les sujets auxquels Mme Halton s'intéresse particulièrement ont été traités de manière satisfaisante et le nombre non négligeable de résolutions adoptées témoigne de la bonne volonté et des efforts méritoires de chacun. Elle partage l'inquiétude des petites délégations concernant la difficulté d'être présentes aux nombreuses réunions.

Le travail accompli par le Secrétariat sur les questions budgétaires n'a pas été sans effet puisqu'il a conduit à ce que soit adoptée une augmentation substantielle du budget. Il incombe à l'OMS de poursuivre cet excellent travail et elle se réjouit de collaborer avec le Secrétariat dans ce contexte. Elle fait également sienne l'opinion du membre désigné par l'Islande concernant la nécessité de veiller à donner suite aux décisions prises par le Conseil.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) se félicite de l'adoption par l'Assemblée de la Santé de la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses, qui fournit d'excellentes orientations pour faire face à ce qui représente aujourd'hui un véritable défi pour la santé publique.

Le Dr QI Qingdong (Chine)¹ convient que la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, avec son thème bien défini et son calendrier fourni, a obtenu des résultats appréciables. L'adoption du Règlement sanitaire international (2005) marque un tournant. En outre, les diverses réunions et séances d'information techniques ont été riches d'enseignements qui faciliteront la compréhension des nouveaux travaux. Les 34 résolutions adoptées ont porté sur un vaste éventail de sujets, mais elles ont souvent été élaborées au dernier moment. Le Secrétariat devra s'efforcer de déterminer les résolutions pour lesquelles des consultations sont nécessaires de façon à ce que des arrangements appropriés puissent être trouvés afin d'éviter que les délégations ne subissent des pressions lors des étapes ultérieures de l'Assemblée de la Santé. Par ailleurs, les résolutions sont beaucoup trop longues, lourdes et difficiles à comprendre ; elles devraient être compréhensibles et concises, et mises en oeuvre conformément à l'esprit qui les inspire.

Le Dr Qi Qingdong partage entièrement l'avis du membre désigné par la Namibie selon lequel les prochaines Assemblées de la Santé devront se consacrer aux problèmes de santé techniques, plutôt que de débattre, année après année, de questions politiques qu'elles ne peuvent résoudre.

Le PRESIDENT, résumant le débat, convient qu'il ne faut pas perdre de temps sur des questions qui ne relèvent pas de la compétence de l'Assemblée de la Santé. En outre, il ne faut pas modifier ultérieurement les décisions prises par le Conseil, mais en assurer la mise en oeuvre. Pour ce qui est de l'augmentation du budget, on doit particulièrement veiller à éviter tout gaspillage de ressources. Pour conclure, tout le monde insiste sur l'importance de la mise en oeuvre.

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'il y a deux facettes à la mise en oeuvre des résolutions : la responsabilité que les Etats Membres s'imposent, et les mesures que les Etats Membres attendent du Directeur général et du Secrétariat. Le premier aspect est souvent oublié, mais il s'agit en fait souvent du plus important.

Le PRESIDENT souligne le travail d'équipe entre les Etats Membres et le Secrétariat. Il rappelle qu'il est temps d'agir en conscience et de ne pas se laisser aller à des actions contraires à la morale sous prétexte qu'elles sont politiquement correctes.

Le Conseil prend note du rapport.

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

Lutte contre les maladies génétiques : Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB116/3)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) souligne les avantages potentiels que présentent la connaissance et la prise en charge des maladies génétiques et des malformations congénitales pour la santé publique, plusieurs problèmes restant toutefois à résoudre. Premièrement, les soins de santé primaires universels demeurent encore hors de portée pour beaucoup, notamment parmi les populations les plus pauvres des pays en développement ; l'expression « pays en développement » englobe tout un éventail de pays se trouvant à des stades de développement différents : certains ont un bon accès aux soins de santé primaires, d'autres pas. Deuxièmement, il faut trouver des mécanismes d'enseignement, d'information et de financement pour garantir un accès équitable aux services de génétique. Troisièmement, il se demande dans quelle mesure l'OMS est à même de faciliter ces accès : aborder la question de façon théorique est une chose, mais prendre des mesures précises pour

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

concrétiser les avantages potentiels en est une autre. Enfin, la gestion des conséquences éthiques des technologies et processus engagés dans la lutte contre les maladies génétiques n'est pas à négliger.

Le Professeur FIŠER (République tchèque), rappelant que la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé avait insisté pour que soient fournies des informations complètes, surtout aux mères, suggère au Secrétariat de rédiger un rapport comparant les différentes modalités de lutte contre les maladies génétiques et évaluant leur résultat sur l'incidence de ces maladies et sur la qualité de vie des enfants qui en sont atteints. Il est impératif que ce rapport soit rédigé dans les plus brefs délais.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) se félicite des mesures de lutte prises par l'OMS contre les maladies génétiques et des progrès enregistrés par la recherche, qui ont grandement contribué à la prévention, au diagnostic et au traitement de ces maladies. Il reconnaît aussi l'importance de la confidentialité et des questions éthiques en rapport avec les informations génétiques. Le Japon encourage l'application de la recherche génomique, de la protéomique et de la nanotechnologie à la pratique clinique, et se propose de fournir une coopération technique en faveur d'un réseau de recherche international.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) indique que le problème de la lutte contre les maladies génétiques n'a pas été abordé comme il aurait dû l'être dans les pays en développement et à faible revenu faute d'une infrastructure et de ressources humaines suffisantes. Au Viet Nam, le traitement des maladies génétiques n'est possible que dans les grandes villes. Ces dernières années, des milliers d'enfants ayant un bec de lièvre ou une fente palatine ont pu être traités grâce au soutien de nombreux partenaires, mais la demande reste énorme. Des centres pilotes de conseil en génétique destinés aux hémophiles ont été créés et les résultats sont encourageants.

Les Etats Membres devraient élaborer une stratégie globale de lutte contre les maladies génétiques englobant tous les aspects de prévention et de traitement, de formation, de recherche, ainsi que les questions éthiques, juridiques et sociales, une démarche qui viendrait s'intégrer dans la stratégie de santé nationale. Il devrait être possible de fournir des services de génétique à tous les niveaux des soins de santé. Pour que le public comprenne mieux la génétique et y soit plus sensible, les pays en développement devraient mettre sur leurs sites Web consacrés à la santé une rubrique Questions et réponses sur la génétique. Le Viet Nam est également favorable à l'intensification de la collaboration internationale et se dit prêt à travailler avec l'OMS et d'autres partenaires pour lutter contre les maladies génétiques.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) suggère d'intituler le rapport « Lutte contre les maladies génétiques et les malformations congénitales » ou, compte tenu de l'accent mis sur les maladies génétiques, de ne pas mentionner les malformations congénitales dans la dernière phrase du paragraphe 2. Il propose aussi de conclure le paragraphe 8 en indiquant que les programmes de dépistage sont indispensables. L'OMS devrait adopter une position claire concernant les aspects scientifiques et éthiques de la recherche génétique et accorder une grande attention à la contamination chimique et radioactive de l'environnement et à ses liens avec les maladies génétiques et les malformations congénitales.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) fait observer que, même si les maladies génétiques sont rares dans son pays, les hémoglobinopathies génétiques, notamment la drépanocytose, posent un problème de santé publique dans certaines régions. Ces pathologies classées comme maladies orphelines ne figurent pas parmi les priorités sanitaires nationales et ne bénéficient d'aucunes ressources particulières. Il est donc bon que la question ait été inscrite à l'ordre du jour, ce qui permet de prendre conscience de l'importance que revêtent la mise en oeuvre des politiques et stratégies visant à réduire le risque des maladies génétiques et l'intégration, au niveau des soins de santé primaires, d'interventions comme la sensibilisation du public aux problèmes génétiques et la

formation pour améliorer le dépistage des risques génétiques dans la communauté. A cette fin, il est important d'insister sur le recours à des technologies simples et d'un coût abordable pour faciliter leur intégration dans les services de soins de santé primaires et utiliser au mieux les ressources existantes. Les maladies génétiques ont des répercussions sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans la mesure où elles sont une cause majeure de décès chez les femmes enceintes. Par ailleurs, la question des problèmes éthiques liés à la lutte contre les maladies génétiques est très pertinente ; la dimension éthique est l'une des raisons pour lesquelles le sujet ne retient guère l'attention à Madagascar.

Le Professeur CINTEZA (Roumanie) dit que la lutte contre les maladies génétiques devrait s'inscrire dans une stratégie plus vaste de lutte contre les maladies non transmissibles, qui prévoit des mesures de sensibilisation et de formation complémentaires pour les communautés et les professionnels de la santé. Il importe également de mettre en place des programmes de formation et d'investir dans les technologies pour que des tests diagnostiques génétiques soient disponibles à l'échelon des soins de santé primaires. Ces initiatives devraient être en rapport avec la charge de morbidité de chaque pays concernant plus particulièrement les maladies génétiques et tenir compte des connaissances dont disposent les autres pays. La Roumanie espère tirer des enseignements de l'expérience internationale.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) souligne qu'il est important de lutter contre la drépanocytose qui tue de nombreux nourrissons au Brésil. Des mesures s'imposent d'urgence et la Communauté des pays lusophones a déjà pris une décision politique en ce sens qui s'est matérialisée par la Déclaration de São Tomé en juillet 2004. Un appui de l'OMS dans ce domaine serait très apprécié.

Les problèmes sensibles que soulèvent les maladies génétiques ont été soigneusement évoqués dans le rapport, mais le membre de phrase « par le conseil génétique prénuptial et par l'encouragement à la procréation aux âges les plus favorables pour les femmes » figurant au paragraphe 9 semble en contradiction non seulement avec le paragraphe suivant qui indique que le conseil génétique doit être « attentif au contexte culturel, religieux et éthique des individus ou des couples », mais également avec plusieurs résolutions de l'Organisation des Nations Unies et de l'OMS. La notion de « procréation aux âges les plus favorables pour les femmes » soulève un problème délicat puisque de nombreux facteurs interviennent, outre les facteurs purement biologiques, et il aurait été préférable de ne pas y faire référence.

Le Dr INSANOV (Azerbaïdjan), se félicitant du rapport, observe que la recherche en génomique montre que de plus en plus de facteurs génétiques sont des déterminants de la santé et que les technologies génétiques sont de plus en plus utilisées pour traiter non seulement des maladies génétiques et des malformations congénitales, mais aussi des maladies transmissibles et non transmissibles. Le rapport souligne l'importance des facteurs génétiques pour la santé publique et précise que les futurs progrès technologiques dans ce domaine poseront de sérieux problèmes éthiques et sociaux. Ces aspects devraient être examinés au niveau mondial et il appartient à l'OMS de jouer à cet égard un rôle de chef de file. Mais il faut surtout parvenir à appliquer les technologies génétiques à la pratique clinique et le Secrétariat devra continuer à prêter son concours aux Etats Membres pour qu'ils créent des services de médecine génétique et qu'ils sensibilisent les médecins et les communautés. Le Dr Insanov suggère que le Conseil adopte une résolution sur la lutte contre les maladies génétiques.

Le Dr ACHARYA (Népal) fait ressortir le contraste qui existe entre la génomique, qui est un domaine relativement nouveau notamment pour les pays en développement, et le problème des malformations congénitales et des maladies génétiques qui ne date pas d'hier et qui a longtemps été considéré – et l'est encore parfois – comme une malédiction. L'acquisition de connaissances

scientifiques permettant de mettre au point des mesures de prévention et de traitement des maladies génétiques est assez récente. Dans les pays en développement, le taux de prévalence encore élevé des maladies transmissibles fait que le problème des maladies génétiques n'est pas considéré comme prioritaire. Dans certains pays en développement, comme le Népal, des communautés perpétuent la tradition des mariages consanguins et il est donc très important de mieux faire connaître les facteurs étiologiques des maladies génétiques. Les mesures de sensibilisation du public aux problèmes génétiques, de conseil génétique prénuptial et d'encouragement à la procréation aux âges les plus favorables pour la femme pourraient se révéler efficaces, même dans les pays en développement, dans le cadre de services de soins de santé primaires. L'OMS devrait prendre l'initiative de formuler une stratégie de promotion des services de génétique, en mettant particulièrement l'accent sur les pays en développement.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit que les maladies génétiques et les malformations congénitales sont des problèmes de santé majeurs qui ont des répercussions socio-économiques dans tous les pays. Les pays en développement souffrent d'un manque d'information et de moyens diagnostiques ; les efforts consentis par l'OMS pour définir des orientations stratégiques dans le domaine des maladies génétiques et pour offrir des services de génétique à tous les niveaux du système de santé, notamment des soins de santé primaires, sont les bienvenus. L'OMS devrait continuer à prêter un appui technique pour l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes nationaux.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) se félicite de l'accent mis sur la charge que représentent les maladies génétiques pour les pays pauvres, sur la question du conseil génétique et sur la lutte contre les maladies rares. La France a récemment créé une agence nationale de biomédecine chargée d'examiner toutes les questions médicales, sociales, juridiques et éthiques que soulève notamment le diagnostic génétique. Vu l'évolution rapide de domaines tels que le clonage ou encore les technologies émergentes comme la protéomique, il est impératif d'examiner ouvertement les questions sociales de cette importance pour que les citoyens soient pleinement informés. Il est par ailleurs indispensable d'offrir un conseil génétique de qualité pour que les futures mères, en particulier, soient correctement informées. C'est pour cette raison qu'en France les conseillers en génétique relèvent d'un organisme de réglementation gouvernemental.

Le rapport aurait peut-être dû prêter une plus grande attention à la coopération internationale en matière d'éthique et de génétique. La France s'intéresse particulièrement aux travaux du comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe ; l'OMS aurait tout intérêt à travailler en étroite collaboration avec cet organe. Le tout récent protocole additionnel de la Convention relative aux droits de l'homme et à la biomédecine¹ servira de modèle bien au-delà des frontières de l'Europe. La France a suivi avec intérêt les travaux de l'Organisation des Nations Unies et de l'UNESCO, notamment la Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme de 1997 et la Déclaration internationale sur les données génétiques humaines de 2003. Le Comité consultatif national d'éthique s'est récemment déclaré préoccupé par l'éventuelle mise en circulation de tests de dépistage de maladies génétiques que quiconque pourra acheter et utiliser sans bénéficier de conseils génétiques.

Le libre accès aux bases de données sur le génome et les séquences génomiques est une nouveauté très prometteuse. L'OMS devrait continuer à soutenir les Etats Membres pour qu'ils réagissent judicieusement aux nouvelles avancées et qu'ils communiquent leurs expériences pour accélérer les progrès dans ce domaine d'importance.

¹ Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, Oviedo (Espagne), 4 avril 1997.

Le Dr ABDULLA (Soudan) fait observer que la lutte contre les maladies génétiques revêt une importance particulière pour les pays en développement où la prévalence de ces maladies héréditaires est en progression, tandis que l'ampleur du problème est incontestablement sous-estimée en raison de la faiblesse des systèmes de surveillance. L'OMS devrait poursuivre ses efforts pour renforcer les systèmes de surveillance des maladies génétiques et encourager les décideurs nationaux à placer la question au centre de leurs préoccupations. Elle devrait aussi préconiser l'utilisation de mesures de lutte contre les maladies génétiques peu coûteuses par l'intégration des stratégies de lutte contre ces maladies dans le système de soins de santé primaires, par l'encouragement des meilleures pratiques et par l'échange des données d'expérience entre pays.

De nombreuses interventions de lutte contre les maladies génétiques sont coûteuses, ce qui empêche des pays en développement d'y avoir accès. L'OMS devrait mener des recherches sur des traitements abordables et performants et encourager les pays détenteurs de technologies à les mettre à la disposition des pays en développement. Le Dr Abdulla constate avec satisfaction que le Secrétariat n'est pas entré en matière sur l'utilisation de la génétique dans le domaine de la procréation, sujet particulièrement sensible d'un point de vue culturel et religieux.

Pour le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), les applications bénéfiques de la génomique sont encore en pleine évolution, mais on s'attend à ce que, à l'avenir, cette discipline apporte une contribution importante à la santé publique. Au cours des 20 dernières années, le Portugal a mis en oeuvre un programme de lutte contre les hémoglobinopathies, conçu avec les conseils de l'OMS, et enregistré d'importants progrès dans la recherche. Actuellement, sa priorité est de mieux intégrer ces mesures de lutte dans les centres de santé. Il faut à cette fin que décideurs politiques et responsables de la santé reconnaissent qu'il faut que le travail se poursuive dans le domaine de la génétique médicale afin d'améliorer sensiblement la santé dans son ensemble. Les objectifs stratégiques identifiés sont notamment les suivants : améliorer la qualité des services de génétique, créer les conditions voulues pour la certification de laboratoires génétiques, en particulier ceux qui orientent leurs efforts sur le diagnostic prénatal, et établir des protocoles pour des traitements éprouvés et d'un bon rapport coût/efficacité.

Le Professeur Pereira Miguel est favorable à l'approche proposée par l'OMS pour lutter contre les maladies génétiques, qui prévoit que les soins de santé primaires constituent la base même de toutes les interventions de santé dans le domaine génétique et que l'on mette l'accent sur des programmes faisant appel à des technologies simples et d'un coût abordable, pouvant atteindre une fraction importante de la population. Il est essentiel de faire en sorte que les professionnels de santé prennent conscience du problème que posent les maladies génétiques et qu'ils soient formés dans ce domaine, d'intensifier la recherche génétique et de mettre en place des structures réglementaires capables de protéger la vie privée et la confidentialité. La disponibilité de médicaments à des prix abordables est tout aussi importante. Tous les pays devraient intégrer des conseils génétiques de base à caractère pédagogique, librement consentis et non obligatoires dans leurs soins de santé primaires.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) souscrit à l'avis exprimé par les orateurs précédents sur la nécessité de veiller à ne pas creuser le fossé entre pays pauvres et pays riches. A cet égard, l'approche adoptée par le Secrétariat est très utile, notamment lorsqu'elle prône l'intégration des services de génétique – y compris la sensibilisation, la prévention et le conseil – dans les soins de santé primaires. Il est par ailleurs extrêmement important de lier prévention et traitement pour se limiter au dépistage de maladies génétiques qu'on peut traiter. Les orientations de l'OMS reposant sur des bases factuelles permettront de souligner la nécessité de développer la formation et la recherche en la matière en privilégiant les questions éthiques.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) estime que l'OMS devrait examiner la question de la prévention primaire et secondaire des maladies génétiques, désormais possible grâce aux avancées médicales. La thalassémie est l'affection génétique la plus courante en Thaïlande, mais, malgré d'importantes recherches, aucune intervention efficace n'a encore été mise en place. On peut

également déplorer la sensibilisation insuffisante du public aux maladies génétiques et le manque de formation appropriée des professionnels de la santé sous prétexte que les services de génétique coûteux et complexes ne représentent pas une priorité pour les pays en développement. Le conseil prénuptial est un moyen efficace d'entrer en contact pour faire de la prévention primaire pour les maladies génétiques courantes. Le Gouvernement thaïlandais a mis au point un programme de conseil global sur le VIH/SIDA et les maladies génétiques, et il encourage l'analyse de l'arbre génétique pour prévoir et empêcher certaines maladies génétiques.

Vu les graves problèmes éthiques que soulèvent le diagnostic et le traitement des maladies génétiques, il demande à l'OMS de poursuivre l'analyse des aspects sociaux, éthiques et juridiques de la question et de fournir des lignes directrices aux Etats Membres.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) approuve les observations formulées par le membre désigné par la Bolivie et souligne la faiblesse des systèmes de santé des pays en développement et les ressources et capacités limitées dont ils disposent. Est-il possible que les technologies nécessaires soient si faciles à obtenir que les pays puissent se permettre de fournir ces services de génétique à l'échelon des soins de santé primaires ? Leur rapport coût/efficacité et leur impact sur les principales causes de mortalité ont-ils été étudiés ? Les services d'information et de conseil en génétique disposent-ils d'un soutien suffisant ? En d'autres termes, la fourniture de services de génétique est-elle à la fois réaliste et durable ?

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) considère que, dans le titre du document, le terme « lutte » est trop fort, car il pourrait susciter des attentes qui pourraient être déçues. Le rapport indique clairement que la distinction entre médecine et santé publique est toujours plus floue et que la formation des médecins et des agents de santé publique doit être réexaminée. Il faut aussi éviter un élargissement du fossé entre les services disponibles dans les pays riches – qui disposent de ressources pour mener des recherches en génétique et les appliquer – et dans les pays pauvres – réduits en grande partie à un rôle de spectateurs ; à cet égard, l'OMS pourrait jouer un rôle utile de coordination. La question de la génétique et du commerce est liée à celle du commerce international et de la santé, également soumise au Conseil, et il faudra réfléchir au rôle des pays et de l'OMS en la matière.

Mme GILDERS (Canada) pense que, même s'il est important pour l'OMS d'examiner ce que la génétique peut apporter pour améliorer la santé mondiale, elle doit soigneusement peser ses aspects éthiques, juridiques et sociaux. Mme Gilders partage l'avis du membre désigné par le Brésil concernant la « procréation aux âges les plus favorables pour les femmes », s'inquiétant à la fois des répercussions négatives que pourrait avoir l'incitation à procréer à un certain âge – en particulier en l'absence des systèmes de soutien social et financier nécessaires – et de la remise en cause de la liberté de procréation qu'une telle action pourrait impliquer. Elle partage également les préoccupations du membre désigné par l'Equateur concernant l'emploi du terme « lutte » dans le contexte des maladies génétiques.

Il convient d'adopter une approche globale des maladies génétiques pour atteindre les objectifs de santé publique, en tenant dûment compte des règles bioéthiques et des droits de l'homme ; les travaux de l'UNESCO seront très utiles à cet égard. Mme Gilders approuve en particulier le rôle que doit jouer l'OMS pour que les bénéfices de la génomique soient largement partagés. Mais son action devra être aussi précise que possible et s'inscrire dans le cadre des nombreuses priorités de l'Organisation.

M. BAILÓN (Mexique) appuie la distinction, au paragraphe 2 du rapport, entre maladies génétiques et malformations congénitales, et souscrit à la proposition du membre désigné par l'Iraq tendant à ajouter « malformations congénitales » dans le titre pour accorder une place plus importante à cet aspect de la question et, par conséquent, à des mesures de prévention économiques, comme

l'utilisation de suppléments d'acide folique pour les femmes en âge de procréer dans le but de réduire l'incidence des malformations congénitales.

Le Dr ABDUL WAHAB (Bahreïn) indique que le problème des maladies génétiques fait peser une lourde responsabilité sur l'OMS compte tenu notamment du manque d'information et d'expérience diagnostiques adéquates. De plus, les solutions envisagées sont généralement hors de portée pour les pays en développement où ces maladies sont les plus courantes. Au Bahreïn, par exemple, thalassémie et autres hémoglobinopathies ont une incidence élevée qui est essentiellement due aux mariages consanguins ; le pays met actuellement en oeuvre une stratégie visant à sensibiliser le public au problème par le biais d'actions éducatives et d'information, et par l'introduction de tests prénuptiaux obligatoires. Le Dr Abdul Wahab prie instamment l'OMS de faire en sorte que la question reçoive l'attention voulue en lui accordant rapidement un degré élevé de priorité, en allouant les fonds nécessaires et en mettant en place une stratégie mondiale tenant compte des différentes sensibilités religieuses, culturelles et sociales. La somme énorme des connaissances en génomique disponible dans les pays développés devrait profiter à l'humanité entière, améliorer la santé et favoriser la stabilité. Utiliser abusivement ces connaissances à des fins commerciales ou immorales irait à l'encontre de convictions religieuses et sociales et aurait des conséquences désastreuses.

Selon le Dr WINT (Jamaïque), la tentative d'intégrer un sujet si hautement scientifique et spécialisé dans la sphère de la santé publique est un pari difficile pour les petits pays, comme la Jamaïque où 10 % des nouveau-nés sont porteurs du gène de la drépanocytose, responsable d'une forte morbidité et d'une mortalité prématurées. Les efforts consentis par la Jamaïque dans ce domaine se sont pour l'instant limités aux centres de recherche universitaires et une approche-type durable de soins de santé primaires présenterait dès lors un grand intérêt. Il serait très opportun d'établir une base solide pour appliquer la technologie génétique à un éventail plus large de problèmes de santé publique – comme indiqué dans le rapport –, compte tenu des avancées mondiales en génomique et des espoirs et aspirations des patients. En Jamaïque, la création de groupes de soutien mis en place pour les personnes atteintes de maladies génétiques ou par les patients eux-mêmes s'est avérée précieuse et efficace à la fois en termes de sensibilisation et d'assistance mutuelle.

M. GUNNARSSON (Islande) rappelle que la connaissance des maladies génétiques, et notamment des techniques de diagnostic, a fait un énorme bond en avant au cours des deux dernières décennies. La prévalence de ces maladies soulève des problèmes complexes du point de vue éthique, juridique, social et des droits de l'homme, qui n'ont pas encore été résolus. En Islande, par exemple, le grand débat soulevé il y a une dizaine d'années par la création d'une société de recherche en génétique est toujours d'actualité. Le plus grand défi est de fournir des services de soins de santé spécialisés au plus grand nombre tout en protégeant la confidentialité et la liberté de choix de chacun, et en minimisant les malentendus et la stigmatisation qui entourent souvent ces maladies. Le principal objectif de la lutte contre les maladies génétiques est d'offrir le plus d'options possibles aux personnes à risque plutôt que de réduire l'incidence de ces maladies. L'OMS a un rôle important à jouer pour élargir l'approche de santé publique aux maladies génétiques. Dans cette perspective, M. Gunnarsson convient avec le membre désigné par la France que la Convention relative aux droits de l'homme et à la biomédecine du Conseil de l'Europe pourrait être une référence précieuse.

La séance est levée à 12 h 40.

DEUXIEME SEANCE

Jeudi 26 mai 2005, 14 h 5

Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)

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

Lutte contre les maladies génétiques : Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB116/3) (suite)

Le Dr NYIKAL (Kenya) indique que le sujet est important pour le Kenya, où le manque de moyens diagnostiques et de dépistage limite la portée des conseils qu'il est possible de donner aux patients et à leur famille ainsi qu'à la population en général. C'est le cas même pour des maladies telles que la drépanocytose, dont le dépistage, le diagnostic et la prise en charge sont abordables. L'application de protocoles, de lignes directrices et de systèmes d'orientation appropriés permettrait de prendre en charge des troubles génétiques dans le cadre des soins de santé primaires. En s'intéressant à cette question, l'OMS incitera les pays à faire de même et à allouer davantage de ressources à la lutte contre les maladies génétiques. Il faut s'atteler à cette tâche le plus tôt possible, avant que l'écart entre pays développés et pays en développement ne se creuse encore avec la mise au point de méthodes de diagnostic et de dépistage de plus en plus sophistiquées. L'OMS devrait adopter une stratégie couvrant l'élaboration de protocoles et de lignes directrices pour le dépistage et le diagnostic, qui mette l'accent sur les troubles génétiques dont le traitement est simple et peu coûteux, sur la promotion de la formation des agents de santé au dépistage, au diagnostic, aux soins et au conseil, sur l'information et l'éducation de la population, et sur la création de centres d'orientation et de diagnostic au sein des systèmes de soins de santé primaires.

M. POMOELL (Finlande)¹ constate avec surprise que les maladies rares ne sont mentionnées qu'une fois dans le rapport, alors que jusqu'à 80 % des quelque 6000 maladies rares recensées dans le monde sont, à des degrés divers, de nature génétique et à l'origine de 10 à 15 % des décès dans certaines régions.

Mme NOKE (Cystic Fibrosis Worldwide), s'exprimant à l'invitation du PRÉSIDENT, signale que l'organisation à but non lucratif qu'elle représente résulte de la fusion, en 2003, de deux associations et compte plus de 56 pays membres et membres associés. Avant cette fusion, un manuel sur la création de services de prise en charge de la mucoviscidose dans les pays en développement et des lignes directrices pour le diagnostic et la prise en charge de cette maladie avaient été mis au point en collaboration avec l'OMS. A partir de ces documents de travail, Cystic Fibrosis Worldwide a élaboré un programme visant à soutenir les associations de patients, à former le personnel médical au traitement et au diagnostic de la maladie et à donner accès aux médicaments et aux centres de soins spécialisés nécessaires, ainsi qu'aux organismes internationaux qui luttent contre la mucoviscidose. L'organisation collabore avec des partenaires en Géorgie et en Inde en vue d'accroître les compétences des associations locales de lutte contre la mucoviscidose dans les domaines de la gestion, des finances et de la sensibilisation, d'établir des contacts avec les réseaux d'organisations non

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

gouvernementales qui s'occupent des maladies chroniques héréditaires et de multiplier les liens entre ces organisations non gouvernementales locales et les secteurs public et privé. L'évaluation des projets débouchera sur un manuel de renforcement des capacités de prise en charge des maladies chroniques héréditaires dans les pays défavorisés, qui pourrait être diffusé par l'OMS. L'évaluation de la prise en charge de la mucoviscidose aidera à mettre au point un modèle de renforcement des capacités permettant à d'autres organisations non gouvernementales de mettre en oeuvre des programmes similaires.

Faute d'un traitement et de soins appropriés, l'espérance de vie médiane estimée des enfants atteints de mucoviscidose est bien moindre dans les pays en développement que dans les pays développés. La prise en charge complète des maladies chroniques est un fardeau pour les familles, les systèmes de soins, les pouvoirs publics et les communautés et elle grève aussi les ressources internationales. L'évaluation de programmes ayant fait leurs preuves dans les pays en développement aiderait les organisations locales, les fondations bien implantées et les organismes mondiaux à cibler les maladies chroniques et à prêter plus efficacement assistance aux malades. La poursuite du partenariat avec l'OMS et d'autres organisations non gouvernementales internationales garantirait que les progrès enregistrés débouchent sur des orientations utiles pour concevoir des programmes permettant d'accroître à la fois la qualité et l'espérance de vie des patients du monde entier.

Le Dr MASTROIACOVO (Organisation internationale des Systèmes de Surveillance des Anomalies congénitales), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que l'organisation qu'il représente, qui compte plus d'une quarantaine de programmes de surveillance des anomalies congénitales, a pour ambition de prévenir les anomalies congénitales et de promouvoir des soins de qualité optimale pour les enfants touchés et leur famille, par la surveillance et la recherche. Depuis 1978, elle a organisé des réunions scientifiques et publié deux éditions du World Atlas of Birth Defects ; elle coordonne en outre la base de données internationale sur les anomalies craniofaciales, qui renferme plus de 50 registres.

La prévention des anomalies congénitales dans le monde et les soins dispensés aux personnes touchées progressent par étapes. La plupart des anomalies congénitales étant des malformations structurelles avec une prévalence d'un nouveau-né sur 33, et comme elles représentent un lourd fardeau en termes de coût et de mortalité infantile, il faut, dans un premier temps, se consacrer à deux tâches prioritaires : d'abord, mettre au point des moyens efficaces de surveillance des malformations congénitales et favoriser la prévention primaire, laquelle requiert, d'une part, des interventions de santé publique intégrées, telles que l'enrichissement en acide folique, la sensibilisation aux dangers du tabagisme pendant la grossesse, la vaccination antirubéoleuse des femmes enceintes et la prise de médicaments en toute sécurité pendant la grossesse et, d'autre part, des interventions auprès des familles, comme le conseil en matière de contraception, les services de santé de la mère et de l'enfant et les services de génétique clinique. Les données scientifiques ont confirmé que favoriser l'enrichissement des denrées de base en acide folique était l'intervention la moins coûteuse, la plus simple, la plus efficace et la plus bénéfique. L'Organisation internationale des Systèmes de Surveillance des Anomalies congénitales est prête à collaborer avec des particuliers et des organisations dans le monde entier pour promouvoir la prévention primaire et la surveillance efficace des anomalies congénitales.

Le Dr GIANGRANDE (Fédération mondiale de l'Hémophilie), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, indique que la Fédération estime à environ 400 000 le nombre d'hémophiles dans le monde (l'incidence de l'hémophilie étant d'un cas pour 5000 naissances de garçons), dont seuls 25 % environ bénéficient d'un traitement adéquat. Avec un traitement approprié, les hémophiles peuvent mener une vie normale, mais sans traitement, la plupart des enfants atteints d'une forme sévère de la maladie meurent avant d'avoir atteint l'âge adulte. L'absence de traitement engendre d'énormes souffrances, de nombreuses complications et une perte du revenu, car, sans traitement, les hémophiles ne sont pas en mesure de travailler.

Depuis plus de 40 ans, la Fédération s'emploie à améliorer les soins dispensés aux hémophiles dans le monde et son expérience a montré que des progrès durables ne sont possibles que lorsque ces soins font partie intégrante du système national de santé et que tous les intéressés collaborent. La Fédération a créé dans les pays en développement un modèle de soins durables aux personnes atteintes de troubles de la coagulation qui a donné de très bons résultats ; en partenariat avec l'OMS, elle a lancé en 2003, dans une trentaine de pays, une alliance mondiale pour progresser dans la prise en charge de l'hémophilie, qui consiste en une grande initiative décennale de développement des soins de santé. La Fédération a favorisé la création d'un groupe de soutien local à cette alliance, composé de patients et de personnes appartenant au milieu médical, qui a pris contact avec le ministère de la santé pour le convaincre de créer un programme de soins aux hémophiles dans le cadre du système national de santé. La Fédération a fourni des données attestant les avantages économiques d'un tel programme national. L'amélioration des soins passe d'abord par le diagnostic, qui est un élément essentiel de l'initiative. En collaboration avec l'OMS, la Fédération a effectué une évaluation externe de la qualité afin de contrôler et d'améliorer le diagnostic en laboratoire dans 65 centres de traitement de l'hémophilie dans le monde. L'éducation et la formation des soignants et des patients sont également des aspects fondamentaux du programme. Depuis 2003, des projets ont vu le jour dans neuf pays.

La collaboration avec l'OMS a eu une très grande influence sur les systèmes de santé publique, qui a profité aux hémophiles et à leur famille et qui a permis d'améliorer l'infrastructure sanitaire en général. Le Dr Giangrande appelle l'OMS à étendre ses activités dans le domaine de la génétique et des maladies génétiques en adaptant le modèle de la Fédération pour l'appliquer à des pathologies autres que l'hémophilie.

Mme NOKE (Fédération internationale de Thalassémie), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, fait observer que la Fédération a commencé à rassembler des informations épidémiologiques sur la thalassémie, à créer des associations nationales de thalassémie dans de nombreux pays membres, à intensifier la prévention et à assurer une meilleure prise en charge clinique de la maladie. Dans de nombreux pays, à cause de l'absence de stratégies de prévention efficaces, il naît encore des enfants atteints de thalassémie, de sorte que la demande de sang sécurisé, de traitements par chélation du fer et de thérapeutiques pour soigner d'autres complications augmente constamment. Cette situation grève des ressources nationales déjà faibles, notamment dans les pays en développement, avec pour conséquences des soins médicaux de qualité médiocre, un faible taux de survie et une mauvaise qualité de vie.

La Fédération est déjà intervenue dans plus de 60 pays et a créé ou renforcé des partenariats avec le milieu médical, les services de santé nationaux et les associations nationales de thalassémie. Elle a appuyé des travaux de recherche dans les domaines liés à la lutte contre la maladie, rassemblé des données épidémiologiques et mis sur pied des programmes efficaces de formation. Afin de sensibiliser la population, les patients, le personnel médical et les services de santé nationaux au problème de la thalassémie, elle a publié, traduit et distribué gratuitement du matériel pédagogique et d'autres publications sur la prévention et la prise en charge de cette maladie. Elle a contribué à créer et à promouvoir des associations nationales de thalassémie dans 52 pays. En finançant des travaux de recherche, elle a contribué à améliorer les protocoles thérapeutiques et la lutte contre la thalassémie. Elle a également favorisé l'application de programmes de prévention efficaces dans 60 pays. Vu que sans l'aide et l'appui de l'OMS aucune de ces activités et de ces réalisations n'aurait été possible, Mme Noke demande à l'Organisation de poursuivre sa collaboration.

Chaque année, des centaines de milliers d'enfants sont atteints de thalassémie à la naissance, des milliers décèdent parce que le traitement est inefficace ou inexistant et des milliers d'autres ont une qualité de vie médiocre faute d'un traitement optimal. Il faut absolument rassembler des données épidémiologiques plus exactes que celles dont on dispose actuellement. L'expérience montre que les techniques de prévention et de prise en charge clinique employées avec succès pour la thalassémie sont d'excellents modèles pour d'autres maladies génétiques. La thalassémie mérite une plus grande attention.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, estime que les maladies génétiques et les malformations congénitales sont extrêmement préoccupantes ; pour les pays à ressources limitées, c'est une charge supplémentaire qui pèse lourdement sur le système de santé. Certaines maladies génétiques parmi les plus courantes pourraient être correctement prises en charge moyennant des ressources non négligeables dont, malheureusement, de nombreux pays en développement ne disposent pas. Certes, la recherche dans le domaine de la génomique suscite un grand enthousiasme, mais il faudra attendre longtemps avant qu'elle ne porte pleinement ses fruits ; cependant, le génie génétique représente la voie de l'avenir. Le Président demande au Secrétariat d'examiner les aspects moraux, éthiques, médicaux, juridiques, sociaux, culturels et religieux de la lutte contre les maladies génétiques. Dans le domaine des maladies génétiques humaines, les stratégies nationales et mondiales de prévention, de lutte et de recherche sont essentielles.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) prend note des observations formulées par les membres du Conseil. Le rapport reflète à la fois l'importance pour la santé des applications potentielles des découvertes de la recherche en génomique et la complexité des questions éthiques, juridiques, sociales et économiques qui s'y rapportent. Le Secrétariat adopte une approche intégrée qui vise en premier lieu à mieux connaître la prévalence des maladies génétiques et leurs conséquences sur la vie des malades, sur leur famille, sur les communautés et sur les pays, et il s'attache à promouvoir l'information et l'éducation afin d'apporter des conseils sur les maladies génétiques dans le cadre des soins de santé primaires. On sait bien qu'il peut être difficile d'entreprendre ces activités dans les pays qui ont peu de ressources. Le dépistage précoce peut compléter cette approche dans la mesure où il présente des avantages incontestables pour les malades et leur famille ; il ne doit cependant être pratiqué qu'à leur demande. L'OMS concentre aussi ses efforts sur l'accès au traitement, là où il est disponible et reconnu comme efficace et souhaitable, et sur l'aide aux malades et à leur famille. Dans tous les cas, toute action doit être strictement respectueuse des valeurs et des cadres juridiques des pays et ne doit être menée qu'après une analyse attentive des systèmes de santé pour éviter d'utiliser les ressources de façon inappropriée ou au détriment d'autres priorités de la politique sanitaire.

La participation de l'OMS au Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe et les fonctions de secrétariat que l'Organisation exerce pour le Sommet mondial des comités nationaux de bioéthique sont des exemples de participation de l'OMS aux travaux internationaux.

Le Conseil prend note du rapport.

Commerce international et santé : Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB116/4)

Le PRESIDENT note que ce point a été laissé en suspens lors de la cent quinzième session du Conseil.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) accueille le rapport avec satisfaction et indique que, bien que la Thaïlande soit un pays essentiellement agricole, sa part dans le commerce international et les services a considérablement augmenté ces dix dernières années alors que les revenus tirés de l'agriculture ont baissé. Grâce au commerce international, créateur de richesses, la Thaïlande pourra rattraper ses arriérés de contributions au budget ordinaire. Pendant la même période, la part du budget national consacrée à la santé est passée de 5 % à 10 %. Le Dr Supachai Kunaratanapruk loue les activités de l'OMS décrites au paragraphe 10 du rapport et se félicite de la création, en février 2004, de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, en application de la résolution WHA56.27.

En dépit d'une étroite collaboration au niveau mondial entre l'OMS et ses partenaires du secteur commercial, il faut renforcer, au niveau des pays, le dialogue avec les ministères, notamment ceux de la santé, du commerce et des affaires étrangères. Il convient également de renforcer les capacités

d'analyse afin de fonder les politiques sur des données solides et de profiter ainsi de tous les avantages de la libéralisation des échanges en évitant autant que possible ses inconvénients.

Le Dr Supachai Kunaratanapruk souhaite proposer un projet de résolution sur ce sujet et demande que le point de l'ordre du jour reste ouvert le temps de préparer le texte.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), notant la complexité des questions liées au commerce international et à la santé, remarque que les décisions des différentes organisations internationales sont parfois contradictoires, en tout cas celles de l'OMC et de l'OMS : alors que l'OMC oeuvre en faveur de l'amélioration des échanges commerciaux, souvent sans tenir compte de leurs conséquences sur la santé, l'OMS tente de protéger le monde de ces conséquences. Le rapport met l'accent sur des questions liées aux grandes orientations dans les deux domaines et il est vrai que le titre même du rapport, « Commerce international et santé », pose problème, car les deux éléments ne peuvent pas être mis sur le même plan. Le rapport évoque le renforcement des capacités, toutefois celui-ci ne sera manifestement possible que dans les pays où le secteur de la santé peut engager un dialogue avec les dirigeants de l'économie mondiale pour les convaincre que la santé est essentielle à la prospérité économique et au développement. Cette question est liée à celle des droits de propriété intellectuelle et de l'innovation ; il faut concilier le droit d'innover avec la nécessité de mettre la technologie et les produits sanitaires nécessaires pour améliorer la santé à la portée des pays qui ont peu de possibilités de dialoguer.

Il y a encore des risques, mais il y a aussi des raisons d'espérer. Les ateliers, les réunions et autres initiatives qui ont été proposés aideront ceux qui en ont le plus besoin même si, sans une coordination entre les pays, la coopération entre organisations sera infructueuse. Les Etats Membres doivent donc assumer cette responsabilité.

Le Dr Antezana Aranibar remercie l'OMS de sa coopération avec les pays de la Communauté andine et du MERCOSUR en ce qui concerne les antirétroviraux.

Le Dr SHANGULA (Namibie) remarque que la question du commerce international et de la santé a été débattue plusieurs fois par l'Assemblée de la Santé, mais que, depuis l'épidémie de VIH/SIDA et l'avènement des antirétroviraux, elle est d'une actualité brûlante. Ces produits salvateurs étant hélas soumis aux mêmes règles que d'autres marchandises, il est heureux que l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) prévoit des flexibilités. Cependant, les pays en développement s'inquiètent de l'incapacité de l'OMC à trouver une solution définitive pour que les pays qui fabriquent peu ou qui ne fabriquent pas de médicaments puissent s'en procurer à un prix abordable. Il appelle à une collaboration plus étroite entre les ministères du commerce et de la santé et entre l'OMS et l'OMC. Les médicaments ne devraient pas être soumis aux règles applicables aux autres marchandises.

Mme GILDERS (Canada) félicite l'OMS du travail utile qu'elle accomplit en cherchant à mieux faire connaître et comprendre les liens complexes qui unissent le commerce international et la santé. Les ministres de la santé doivent pouvoir fournir aux ministres du commerce et des finances des données probantes sur les conséquences que peuvent avoir le commerce et les négociations commerciales sur la santé. L'OMS doit donc poursuivre ses activités afin que les considérations de politique sanitaire soient mieux prises en compte dans les négociations commerciales internationales. Le Canada se portera coauteur du projet de résolution proposé par le membre désigné par la Thaïlande.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite du débat ouvert sur cette question qui intéresse d'autant plus le Viet Nam qu'il est en train de négocier son accession à l'OMC. Malgré la collaboration interministérielle et la coopération technique dont le Viet Nam a bénéficié ces dernières années, il a rarement été question de traiter des sujets relatifs à la santé et au commerce ou de les aborder du point de vue de la santé publique. Pour que les ministères intéressés se concertent davantage sur les questions relatives au commerce et à la santé, appréhendent mieux les accords de

l'OMC et mettent en place des mécanismes pour en suivre et en surveiller les conséquences dans le domaine de la santé, il faudra privilégier la formation et le renforcement des capacités.

Le Ministère vietnamien de la Santé et l'OMS ont conçu un projet pour rendre les responsables mieux à même de mesurer les conséquences des accords commerciaux multilatéraux sur la santé publique. Ce projet devrait permettre de résoudre les questions de politique commerciale et sanitaire du pays pendant les négociations engagées en vue de son accession à l'OMC et d'obtenir des données sur certains points tels que l'Accord général sur le commerce des services, l'accès aux médicaments et l'Accord sur les ADPIC, la sécurité sanitaire des produits alimentaires et l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires. Mme Le Thi Thu Ha appuiera le projet de résolution que présentera le membre désigné par la Thaïlande.

Le Professeur CINTEZA (Roumanie) signale que la Roumanie connaît actuellement de graves problèmes sanitaires et de sécurité engendrés par la circulation des personnes, des médicaments et des denrées alimentaires. Pour que les aliments ne soient pas nocifs pour la santé, ils doivent être correctement stockés et conservés, et il faut donc être absolument sûr de l'innocuité des additifs et des conservateurs. Compte tenu de l'essor du commerce régional et international des denrées alimentaires, une surveillance attentive des additifs et des conservateurs s'impose. La Roumanie, qui a aussi des difficultés à garantir la santé et la sécurité au niveau national, accueille donc le rapport très favorablement.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) rappelle que les négociations commerciales dans le cadre de l'OMC suscitent souvent beaucoup de controverses. Ainsi, des objections ont été soulevées lors du débat concernant les conséquences de l'Accord général sur le commerce des services sur les objectifs visés en matière de politique sanitaire et sociale, au motif que cet Accord compromettrait le droit des Etats Membres à appliquer leurs politiques sociales. La lenteur de la mise en oeuvre de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique montre clairement toute la difficulté de telles négociations.

Le rapport prône, à juste titre, une plus grande interaction entre les décideurs et les praticiens des secteurs du commerce et de la santé pour rendre les politiques nationales et internationales plus cohérentes. De larges consultations doivent permettre d'informer davantage les ministères de la santé sur les questions liées au commerce afin qu'ils comprennent la nature des liens entre la mise en oeuvre des politiques sanitaires nationales et le respect des accords commerciaux internationaux. Cela sera extrêmement difficile à réaliser pour les pays les moins avancés qui, parce que leurs institutions manquent de compétences spécialisées, doivent s'en remettre à la coopération internationale ou à des services de conseil externes coûteux. Il peut être souhaitable de renforcer les capacités en créant, au sein des ministères de la santé, des unités spécialisées chargées des négociations commerciales internationales, mais, dans de nombreux pays en développement, même le ministère du commerce ne dispose pas de tels services. Les différents secteurs concernés ayant souvent une position commune sur les questions liées au commerce, il conviendrait donc peut-être de créer des compétences institutionnelles intersectorielles, mais axées sur le commerce et la santé.

Le Professeur Pereira Miguel soutient l'approche présentée au paragraphe 12 du rapport. Il serait bon d'assurer une coordination entre les donateurs afin d'éviter les chevauchements et d'utiliser les compétences techniques des donateurs bilatéraux et des organisations internationales de manière optimale. Il se félicite de la proposition de partenariat entre la FAO, l'OMC, la Banque mondiale, la CNUCED et l'OCDE.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) remarque que la question de la compatibilité de la santé publique et du commerce des marchandises faisant l'objet d'une réglementation internationale telles que les denrées alimentaires et les produits pharmaceutiques doit être traitée en s'appuyant sur des données. La protection des droits de propriété intellectuelle pourrait en réalité servir la santé publique, car elle encourage les chercheurs à mettre au point de nouveaux médicaments. La synergie entre l'OMS et

l'OMC doit être favorisée. Il faut continuer à soutenir les pays en développement dans les domaines dont il est question ici.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) dit qu'il est impossible, du fait de la mondialisation, de séparer les questions liées au commerce international de celles liées à la santé ; il se dit donc favorable à une approche globale et intégrée. L'action concertée est la meilleure manière de favoriser le développement, d'éliminer la pauvreté et de promouvoir la santé publique dans le monde.

Lors de négociations à l'OMPI, à l'OMC et à la CNUCED, le Gouvernement brésilien a adopté une position positive en tenant compte de la santé publique sans créer d'obstacles superflus au commerce. Le paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique a marqué une étape importante dans l'élargissement de l'accès aux médicaments contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Bien que, dans certains cas, la libéralisation des échanges risque de nuire à la santé, elle peut aussi permettre de mieux répartir les ressources et d'accroître les revenus dans les pays en développement. Il ne faut pas mettre en avant de prétendus enjeux sanitaires pour justifier de subventions, d'obstacles techniques au commerce et de mesures sanitaires arbitraires ou discriminatoires.

Le Dr Gomes Temporão demande de plus amples informations sur les analyses juridiques détaillées des accords visées au paragraphe 12 du rapport, notamment en ce qui concerne le processus de consultation, les experts qui seront invités à y participer et le calendrier qui sera suivi.

Le Brésil soutient les activités de formation et de renforcement des capacités menées au niveau des pays dans le but de faire mieux comprendre les liens entre commerce et santé et d'attirer l'attention des autorités compétentes sur ce point, car il est crucial d'évaluer les effets des accords commerciaux sur la santé afin de mener une politique cohérente aux niveaux régional et international. Les flexibilités ménagées par l'Accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha doivent être pleinement prises en compte lors des négociations commerciales régionales et bilatérales. Il ne s'agit pas de savoir ce qui du commerce ou de la santé est le plus important ; tous deux le sont et s'influencent mutuellement. C'est pourquoi il est essentiel d'adopter une approche transparente, globale et intégrée au niveau international. Le Dr Gomes Temporão appuiera donc le projet de résolution que doit présenter la Thaïlande.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) indique que le Bhoutan négocie actuellement son accession à l'OMC. Les ministères de la santé devraient participer aux négociations commerciales et fournir aux ministères des finances et du commerce des informations fondées sur des données factuelles. Malheureusement, il est rare que les pays possèdent les compétences et les capacités nécessaires. Le Dr Singay accueille donc favorablement le rapport et appuiera le projet de résolution que doit présenter la Thaïlande.

M. GUNNARSSON (Islande) estime qu'il faut renforcer l'interaction et le dialogue entre les décideurs et les praticiens des secteurs du commerce et de la santé. Dans son petit pays insulaire, l'ensemble du matériel médical et des médicaments doivent être importés, de sorte que les autorités sanitaires sont à la merci des grandes multinationales, qui fixent leurs prix sans consulter les gouvernements.

Il ne fait aucun doute que le secteur de la santé doit acquérir des compétences dans le domaine commercial, mais les ministères de la santé et l'OMS ne doivent pas empiéter sur les activités d'autres organisations telles que l'OMC. Il serait toutefois souhaitable de définir plus clairement l'expression « commerce international », et le Secrétariat devrait poursuivre ses activités dans le domaine du commerce international et de la santé.

Le Dr TANGI (Tonga) attire également l'attention des membres du Conseil sur la vulnérabilité des petits Etats insulaires dans les relations commerciales et sur la fragilité de leur position dans les négociations auprès de l'OMC et d'autres grands organismes. Ces pays, contraints d'importer de

nombreuses marchandises pour la santé et d'y consacrer une part de plus en plus grande de leur budget, subissent de nombreuses décisions relatives au commerce, sur lesquelles ils ont peu de prise.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) souscrit aux propos du membre désigné par le Portugal. Au sujet des partenariats avec d'autres organisations internationales dont il est question au paragraphe 17 du rapport, il fait observer que le Ministère de la Santé de la République tchèque a eu une expérience malheureuse avec la Banque mondiale : sans même consulter les autorités sanitaires nationales, les experts de la Banque ont présenté au Ministère des Finances plusieurs propositions visant à réformer le système de soins, qui supposaient une baisse des coûts, mais aussi une réduction de la couverture. Le Professeur Fišer appelle l'OMS à promouvoir beaucoup plus énergiquement la santé et les questions sanitaires dans le cadre de ses partenariats avec d'autres organisations internationales.

Le Professeur HOUSSIN (France) salue l'appui technique que l'OMS apporte aux pays qui adaptent leur législation nationale en vue d'exploiter les flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC. La France est intéressée par le travail d'analyse que mène le Secrétariat pour évaluer l'incidence de la mise en oeuvre de cet Accord sur l'accès aux médicaments, notamment en Inde depuis le 1^{er} janvier 2005, car elle est soucieuse que les flexibilités prévues dans les accords de Doha puissent être mises en oeuvre pour répondre aux besoins de santé publique, notamment pour la prise en charge du VIH/SIDA.

Le Dr NYIKAL (Kenya) souligne que l'OMS doit contribuer à renforcer les liens entre les ministères de la santé et du commerce et à mettre l'accent sur les questions sanitaires dont il faut tenir compte dans les négociations commerciales, auxquelles bien souvent les ministres de la santé ne participent que lorsque se pose une question d'ordre sanitaire, comme cela s'est récemment produit lors des négociations visant à harmoniser les tarifs douaniers des pays d'Afrique de l'Est. Le projet de résolution proposé pourrait exprimer l'idée que l'OMS doit appuyer le renforcement de la coopération interministérielle sur les questions commerciales.

Le Dr WINT (Jamaïque) soutient les activités de l'OMS dans le domaine du commerce international et de la santé et précise qu'il ne s'agit pas de choisir entre commerce et santé, mais plutôt de veiller à ce que le commerce ait des retombées positives sur la santé. Il appuiera le projet de résolution proposé, mais souhaite qu'il mette davantage l'accent sur la collaboration entre les secteurs sanitaire et agricole dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et sur les conséquences du commerce des produits de l'agriculture pour la santé publique. Concernant les données factuelles, il remarque que les ministres du commerce envisagent généralement les conséquences financières à court terme alors que les responsables de la santé doivent, pour leur part, considérer les répercussions du commerce sur la santé à long terme, qui parfois l'emportent sur les avantages à court terme.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) estime que le rapport aurait dû traiter plus ouvertement les questions sensibles touchant à la santé et au commerce – par exemple les taxes sur les médicaments. Il appuie le projet de résolution proposé par le membre désigné par la Thaïlande.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)¹ convient de l'importance de la question du commerce international et de la santé, mais critique le rapport qui, selon lui, est superficiel et dépourvu d'analyse critique. Il s'inquiète des conseils que le Secrétariat donne aux Etats Membres concernant les conséquences éventuelles des réglementations commerciales sur la santé publique et des informations fournies sur les meilleures pratiques de négociation commerciale. Ce n'est pas là le meilleur usage

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

qu'on puisse faire des ressources de l'OMS ; en effet, il doute de la solidité des compétences que l'OMS peut mettre au service des Etats Membres dans ce domaine. Le Secrétariat s'est en outre souvent montré partial à l'encontre du secteur privé ou sur des sujets tels que le libre échange et les droits de propriété intellectuelle. Concernant le projet de résolution proposé, M. Hohman est satisfait des consultations préalables et fera quelques suggestions au membre désigné par la Thaïlande.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande)¹ demande des précisions quant à la nature des relations entre l'OMS et la Banque mondiale, l'OMPI, l'OMC ou d'autres organisations internationales, et pense qu'il serait utile que le Secrétariat collabore avec ces organisations pour les aider à définir plus clairement les buts qu'elles souhaitent atteindre en matière de santé publique et à mettre au point des indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés grâce à leur action sur la voie des objectifs mondiaux de santé publique. L'OMS pourrait alors faire participer régulièrement ces organisations à des débats de haut niveau sur leur contribution à la santé dans le monde. Il demande s'il existe un programme de travail commun avec des institutions qui, telle la Banque mondiale, jouent un rôle important en santé publique, programme qui fixe des objectifs collectifs ou qui se recoupent pour que les efforts consentis au plan international dans le domaine de la santé aient un effet maximum. Il suggère également d'examiner la notion de biens de santé publique mondiaux au sens large, qui appelle une approche coopérative plutôt que concurrentielle des principales questions sanitaires et commerciales, comme cela a été le cas lors de la riposte à la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère.

Le Dr QI Qingdong (Chine)¹ fait observer que de nombreux pays en développement rencontrent encore des problèmes techniques dans l'application des flexibilités prévues par les accords commerciaux internationaux pour protéger la santé publique. Il remercie l'OMS de fournir un appui technique aux Etats Membres sur la question complexe du commerce et de la santé, notamment en familiarisant les professionnels de la santé des pays en développement avec les règles de l'OMC. La Chine est particulièrement inquiète de constater que les règles commerciales relatives aux brevets et aux droits de propriété intellectuelle augmentent le coût du transfert de technologie pour la mise au point de nouveaux médicaments, qui ainsi deviennent inabordables pour les pays en développement. La Chine accueille favorablement le projet de résolution proposé par la Thaïlande et souhaite s'en porter coauteur.

M. PHELAN (Irlande)¹ remarque que le bref rapport ne semble vouloir donner qu'une vue d'ensemble des principaux problèmes dans ce domaine complexe. A la lumière des débats de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ce rapport aurait dû mettre davantage l'accent sur l'émigration des professionnels de la santé, notamment dans le contexte de la libéralisation du commerce des services et du droit des professionnels à s'installer à l'étranger. Pour protéger les consommateurs et pour des raisons de santé publique, la plupart des pays ont réglementé l'exercice des professions médicales, mais de plus en plus de pressions s'exercent, à l'occasion des négociations internationales, pour assouplir les restrictions imposées dans ce domaine. La question de l'octroi automatique aux professionnels de la santé du droit d'exercer à l'étranger mérite un examen attentif. L'OMS pourrait envisager de favoriser un consensus international sur les enjeux sanitaires à cet égard, notamment la protection des services de santé des pays en développement, dans la mesure où les pays développés pourraient tenter d'assouplir les conditions d'exercice des professionnels de la santé étrangers afin de résoudre leurs propres problèmes de ressources humaines. En outre, le rapport n'examine ni les questions de santé publique et de sécurité des patients liées à la cybersanté et à la télémédecine ni les questions de responsabilité et d'assurance relatives au commerce des services de santé.

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

Mme KJAESERUD (Commission européenne) précise que la Commission considère le commerce international comme un rouage nécessaire pour garantir l'accès aux soins de santé et améliorer la santé publique. Mme Kjaeserud accueille donc favorablement l'initiative de l'OMS visant à examiner plus largement la question de la santé et du commerce et se réjouit à la perspective de poursuivre la collaboration dans ce domaine.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, félicite l'OMS d'être parvenue à réunir les partenaires commerciaux et d'avoir obtenu ainsi un assouplissement des règles commerciales touchant à la santé. Il cite l'adoption de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qu'il considère comme une démarche positive face aux graves inquiétudes exprimées par les pays en développement. De même, l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Règlement sanitaire international (2005) augure bien des futures négociations sur des questions telles que l'émigration des personnels de santé et les envois de fonds par les émigrés à leur famille. Le Président se félicite donc que l'OMS se préoccupe des conséquences sanitaires éventuelles des quatre principaux accords commerciaux multilatéraux de l'OMC, et encourage l'Organisation à poursuivre ses efforts de sensibilisation et à étudier les possibilités de former le personnel de santé afin qu'il comprenne mieux les répercussions de ces accords.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) convient que, dans ses activités avec l'OMC, l'OMS doit continuer à mettre l'accent sur les aspects de la santé publique qui touchent au commerce. Le Secrétariat et les Etats Membres ont collectivement intérêt, à mesure qu'évolue la réglementation du commerce international, à trouver un équilibre au niveau des pays afin de profiter au maximum des effets positifs du commerce sur la santé publique tout en limitant le plus possible ses effets négatifs. Les pays en développement ne connaissent pas tous des difficultés similaires ; la situation des petits Etats insulaires est évidemment fort différente de celle des grands pays. Le Secrétariat s'est donc gardé de donner des conseils précis aux pays sur la manière de mener leurs négociations commerciales, sa priorité étant de veiller à ce que les responsables de la santé possèdent les informations nécessaires pour dialoguer avec leurs homologues chargés du commerce et des finances afin de prendre des décisions dans l'intérêt supérieur de la santé publique dans leur pays. A cette fin, le Secrétariat a publié des ouvrages, des documents, des notes techniques et d'autres orientations qui aident les autorités sanitaires à saisir la complexité de ces questions. Nombre des sujets mentionnés par les différents orateurs sont traités dans ces publications, dont la plupart figurent sur le site Web de l'OMS. Au Secrétariat, seul un tout petit département s'occupe des questions générales liées au commerce et à la santé et à la cohérence entre le commerce international et les politiques sanitaires, les questions techniques spécifiques étant confiées aux Groupes techniques concernés. Les bureaux régionaux sont censés être responsables des questions liées aux accords de commerce régionaux. Concernant le renforcement des capacités, le Secrétariat a mis au point des modules de formation, également disponibles sur le site Web de l'OMS, destinés en particulier aux pays qui négocient leur accession à l'OMC, mais, une fois encore, il s'agit simplement d'expliquer les conséquences des divers instruments relatifs au commerce et non de donner des conseils précis aux pays. Etant donné qu'elle reçoit un nombre croissant de demandes d'aide dans le domaine du commerce et de la santé, l'OMS, toujours soucieuse de suivre la demande, poursuivra ses activités sur ce thème. En présentant ce rapport, le Secrétariat souhaitait connaître le point de vue et les préoccupations des Etats Membres pour parvenir à un équilibre entre, d'une part, la nécessité de répondre aux besoins spécifiques aux niveaux régional et des pays et, d'autre part, celle d'établir un cadre mondial pour poursuivre ses activités dans le domaine du commerce et de la santé.

Le PRESIDENT remercie le Secrétariat pour son travail dans ce domaine complexe. Les membres du Conseil souhaitent cependant qu'il fournisse un appui plus important au niveau des pays sur les questions relatives au commerce. Ils reconnaissent que, malgré l'importance de l'économie et du profit, il convient d'adopter, pour la santé, une approche plus humaine, notamment pour satisfaire les besoins des pauvres et des opprimés, afin d'éviter que le commerce et la mondialisation, loin

d'éradiquer les maux du tiers monde, n'entraînent purement et simplement la création d'un quart-monde composé des plus pauvres parmi les pauvres.

Le Président considère que le Conseil souhaite que le point de l'ordre du jour reste ouvert pour que le projet de résolution proposé par la Thaïlande puisse être examiné le lendemain.

Il en est ainsi convenu.

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

Nutrition et VIH/SIDA : Point 4.3 de l'ordre du jour (document EB116/12)

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, se félicite de l'attention accordée aux résultats de la consultation technique sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, organisée à Durban (Afrique du Sud) du 10 au 13 avril 2005, et aux préoccupations que suscite l'effet aggravant du problème nutritionnel sur la situation déjà précaire des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Elle insiste sur la gravité de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Dans les pays concernés, l'OMS a fourni un appui technique spécifique axé sur les priorités ainsi qu'un appui général aux travaux entrepris sur le plan international pour mettre au point un vaccin.

Le Dr Rahantanirina signale trois problèmes principaux, le premier étant l'insécurité alimentaire. La malnutrition et le VIH/SIDA forment un cercle vicieux. La pandémie a de graves conséquences sur la sécurité alimentaire qui, essentielle au développement économique et social et à une bonne nutrition, détermine la capacité à travailler. A mesure que la pauvreté s'étend, il devient de plus en plus difficile aux familles de satisfaire leurs besoins alimentaires de base, notamment quand elles doivent ralentir leurs activités productives pour soigner les malades.

Le deuxième problème est l'alimentation du nourrisson. Bien que l'on ignore comment se transmet exactement le VIH de la mère à l'enfant au cours de l'allaitement, on a mis en lumière des facteurs de risque liés à l'état de santé de la mère, tels qu'une infection au cours de la grossesse ou de l'allaitement, et à la durée de l'allaitement. L'alimentation mixte accroît souvent le risque.

Le troisième problème concerne les complications nutritionnelles de l'infection à VIH et du SIDA. De récents travaux de recherche menés en collaboration avec l'OMS et l'ONUSIDA indiquent qu'aux premiers stades, même si elle est encore asymptomatique, l'infection à VIH modifie l'état nutritionnel. Le risque de malnutrition s'accroît considérablement à mesure que progresse l'infection, car la dépense énergétique au repos augmente, l'apport alimentaire diminue, les nutriments sont mal assimilés par l'appareil digestif et des pathologies associées au VIH/SIDA se manifestent.

Certes, une nutrition adéquate ne permet pas de guérir l'infection à VIH, mais elle est essentielle pour préserver la fonction immunitaire. Plusieurs propositions ont déjà été présentées, notamment dans la déclaration faite à l'occasion de la réunion de Durban et dans le plan de travail de l'OMS. Il faut cependant prendre en considération la prise en charge nutritionnelle des personnes infectées par le VIH et la prévention de la malnutrition chez les nourrissons nés de mères VIH-positives, et appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'OMS a fourni un appui précieux aux travaux de recherche menés dans ce but.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) est très satisfait des travaux du groupe consultatif de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA et apprécie le fait qu'une consultation technique sur la nutrition et le VIH/SIDA ait été organisée en Afrique. Il est d'accord pour que les recommandations formulées à l'issue de cette réunion servent à fixer les priorités et à dresser un plan de travail pour incorporer la nutrition à la lutte globale contre le VIH/SIDA. Il est inacceptable que des nourrissons soient contaminés par le VIH alors qu'il existe des interventions efficaces. Donc, maintenant qu'il est unanimement accepté au niveau mondial que tous ceux qui en ont besoin doivent bénéficier d'un traitement antirétroviral, il faut absolument mettre en place des programmes pour fournir des substituts

du lait maternel aux enfants nés de mères infectées par le VIH au moins jusqu'à l'âge de six mois. Depuis 2002, des préparations pour nourrissons sont distribuées aux enfants nés de mères VIH-positives dans le cadre du programme national de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA. Cette démarche, qui fait partie d'un train de mesures visant à réduire la transmission verticale du VIH et qui a permis de réduire considérablement la contamination des enfants au cours de l'allaitement, a été présentée à la trente-deuxième session du Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies (Brasília, 14-18 mars 2005).

Le Gouvernement brésilien est prêt à mettre son expérience au service du Secrétariat pour fixer des priorités et un plan de travail sur la nutrition et le VIH/SIDA.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) reconnaît l'importance de cette question et accueille avec satisfaction les résultats de la réunion de Durban et les recommandations qui y ont été formulées. Il faut toutefois entreprendre des recherches sur les liens entre les agents antirétroviraux et la nutrition. Le Japon souhaite contribuer aux travaux de recherche opérationnelle et clinique ainsi qu'à la formulation et à la mise en oeuvre d'une stratégie fondée sur des bases factuelles, en plus de se consacrer à l'application d'un programme de lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux national et mondial.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) dit que la nutrition est une question particulièrement pertinente pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui sont sous traitement, car l'efficacité de la thérapie antirétrovirale dépend de l'état nutritionnel. Le Rwanda demande à l'OMS, en collaboration avec d'autres organisations, de poursuivre ses efforts en vue d'améliorer l'état nutritionnel des porteurs du VIH et des malades du SIDA. Dans ce domaine, le pays a déjà pris des mesures : il a mis en place une politique de nutrition qui prévoit des stratégies pour lutter contre la malnutrition et satisfaire les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH/SIDA et qui sont sous traitement antirétroviral, pour utiliser de manière optimale les fonds disponibles et traiter plus généralement les problèmes de santé, et pour proposer aux malades des microcrédits leur permettant de concevoir des projets à petite échelle qui leur apporteront un revenu et les aideront à se prendre en charge.

Le Professeur CINTEZA (Roumanie) indique qu'au cours des années 80, la Roumanie a enregistré l'un des plus forts taux d'infection des enfants par le VIH au monde ; nombre de ces enfants sont aujourd'hui des adolescents qui ont des besoins particuliers. En Roumanie, toutes les personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficient d'un traitement qui prévoit des rations alimentaires, notamment pour les patients hospitalisés. Cependant, le programme n'a pas encore livré tout son potentiel, et la Roumanie serait heureuse de contribuer, grâce à son expérience, aux activités exposées dans le rapport.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) remarque que l'OMS et l'UNICEF recommandent aux mères VIH-positives d'éviter d'allaiter lorsqu'elles disposent de substituts sûrs, d'un prix abordable et utilisables à long terme. Si tel n'est pas le cas, les autorités locales devraient, en coopération avec l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations de soutien, leur offrir une alimentation de substitution pour réduire ou supprimer le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) fait observer que les données scientifiques les plus récentes montrent qu'une nutrition adéquate, même si elle ne guérit pas l'infection à VIH, est indispensable pour renforcer le système immunitaire, conserver un bon état de santé et, finalement, une bonne qualité de vie. Le Portugal a donc pris des mesures dans plusieurs domaines : il a par exemple fourni des conseils scientifiques lors de cours de formation à la nutrition dans le cadre du VIH/SIDA, organisé une formation sur la nutrition à l'intention des professionnels de la santé qui interviennent auprès de personnes infectées par le VIH, adapté le questionnaire de l'OMS sur la

qualité de vie en mettant l'accent sur la nutrition et publié un manuel pour les patients VIH-positifs qui répond aux questions les plus fréquemment posées, notamment sur la nutrition. Le Professeur Pereira Miguel souscrit sans réserve aux recommandations formulées lors de la consultation sur la nutrition et le VIH/SIDA organisée par l'OMS en Afrique.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) félicite l'OMS et les autres organismes qui ont organisé la consultation sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique. De récentes études du Ministère thaïlandais de la Santé publique montrent que l'insécurité alimentaire est fréquente dans les foyers déshérités. Le programme mis en oeuvre dans le pays pour prévenir la transmission verticale du VIH par les femmes enceintes prévoit la fourniture gratuite de substituts du lait maternel subventionnés par le Ministère. Selon une récente enquête, 94 % des femmes enceintes contaminées ont eu recours à des substituts du lait maternel dans le cadre de ce programme, chiffre qui est l'un des meilleurs résultats obtenus dans les pays en développement. Les pouvoirs publics se sont efforcés d'inclure une prise en charge nutritionnelle globale des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA dans les services de conseil, de traitement antirétroviral et les services de santé communautaires.

Le Dr Supachai Kunaratanapruk souscrit sans réserve aux recommandations formulées à l'issue de la consultation et prie le Directeur général de prendre, en collaboration avec la FAO, le PAM, l'ONUSIDA et la société civile, de nouvelles mesures pour qu'aux niveaux national et international la nutrition soit un élément à part entière des interventions globales contre le VIH/SIDA. Le sujet mérite une résolution du Conseil exécutif à transmettre à l'Assemblée de la Santé en 2006.

Le Dr AWENAT (Jamahiriya arabe libyenne) indique que, bien que la Libye ne soit pas durement touchée par le VIH/SIDA, elle doit faire face à des problèmes nutritionnels chez quelque 500 nourrissons contaminés au cours de soins infirmiers. Dès le début, la Libye s'est efforcée d'y remédier en améliorant la nutrition, ce qui lui a permis d'acquérir une précieuse expérience qu'elle est disposée à partager.

Le Dr NYIKAL (Kenya) estime que le VIH/SIDA est la pathologie pour laquelle les effets de la nutrition sont les plus visibles, que les patients soient sous traitement ou non. Toutes les initiatives mondiales de lutte contre le VIH/SIDA prises à ce jour ont négligé cet aspect de la maladie ou reposaient sur l'hypothèse d'une bonne nutrition. Il faut donc intégrer ce point dans toutes les activités, par exemple celles du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, si l'on veut obtenir les résultats escomptés.

Le Dr Nyikal estime, comme l'a recommandé le membre désigné par la Thaïlande, que le Conseil devrait examiner un projet de résolution à sa cent dix-septième session.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)¹ rappelle que l'Afrique du Sud a accueilli la première consultation technique sur la nutrition et le VIH/SIDA et appuie les recommandations qui y ont été formulées. Les institutions gouvernementales, les scientifiques et les organisations non gouvernementales ont affirmé dans leurs interventions l'importance de la sécurité alimentaire et le rôle de la nutrition dans la promotion de la santé en général et dans la riposte globale au VIH/SIDA en particulier. Cependant, les connaissances restant lacunaires, l'Afrique du Sud encourage à poursuivre les recherches dans différents domaines, notamment à établir des bases factuelles qui permettront de formuler des politiques pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et de déterminer la posologie appropriée des suppléments. Bien que l'on ne dispose pas de toutes les réponses, elle est sûre qu'il existe assez d'informations et de données pour formuler et mettre en oeuvre des politiques, notamment pour renforcer la riposte globale au VIH/SIDA, et elle encourage les divers comités régionaux à examiner le rapport.

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

M. MASUKU (FAO) indique que la FAO a largement progressé dans la mise au point de ripostes multisectorielles globales à l'épidémie de VIH/SIDA et coopère avec d'autres organisations du système des Nations Unies en vue d'atténuer les effets de l'épidémie ; les activités liées au VIH/SIDA et à la nutrition entrent dans ce cadre. Il appelle l'attention des membres du Conseil sur un manuel traitant des soins et du soutien nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA¹ et le cours de formation qui l'accompagne, que les gouvernements sont vivement encouragés à distribuer aussi largement que possible.

Il faut bien se rendre compte que le risque nutritionnel que représente le VIH ne menace pas seulement les personnes contaminées ; l'ensemble des foyers et des communautés où le VIH/SIDA fait des ravages sont souvent frappés par l'insécurité alimentaire et la malnutrition. La nutrition doit donc occuper une place prépondérante dans la riposte au VIH/SIDA. Le secteur de la santé doit bien entendu jouer un rôle de premier plan à cet égard, mais celui de l'alimentation et de l'agriculture doit aussi intervenir, et les deux secteurs doivent unir leurs forces. Dans presque tous les cas, la nutrition doit faire partie intégrante de la lutte contre le VIH/SIDA.

Mme WALDVOGEL (PAM) se félicite de l'organisation de la consultation de Durban. Elle précise que le PAM est le principal pourvoyeur de denrées alimentaires et de micronutriments aux personnes vivant avec le VIH et collabore avec l'OMS en vue de parvenir à un consensus mondial sur les moyens de remédier au problème du VIH et de la faim. L'OMS a bien progressé dans la synthèse des données scientifiques concernant les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH. Il est notamment ressorti de la consultation technique qu'il fallait, d'après les données scientifiques, prendre immédiatement des mesures pour intégrer l'alimentation et la nutrition dans les soins, le traitement et la prévention du VIH/SIDA. A cette fin, les gouvernements et les organisations d'aide doivent tout d'abord veiller à ce que les traitements antirétroviraux s'accompagnent d'une nutrition correcte et à ce que les enfants touchés par le VIH soient nourris et scolarisés. La consultation a confirmé qu'un régime alimentaire adéquat est indispensable pour que les traitements antirétroviraux aient une efficacité maximale. La plus grande partie des 30 millions de personnes contaminées par le VIH en Afrique n'ont pas accès aux nutriments de base nécessaires pour être en bonne santé, sans parler de celles qui sont atteintes de tuberculose ou d'une autre infection opportuniste qui accroît encore leurs besoins énergétiques. A mesure qu'augmente le nombre de personnes bénéficiant de programmes de traitement antirétroviral, l'OMS et le PAM mettent au point des lignes directrices pour aider à repérer les patients ayant besoin d'un soutien nutritionnel et faire en sorte qu'ils en bénéficient. Le PAM étend ses propres projets pour renforcer l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS et s'engage à faire bénéficier l'Organisation de son expérience opérationnelle dans ce domaine.

Afin de répondre aux besoins nutritionnels des enfants VIH-positifs et fragilisés par le VIH/SIDA, le PAM et d'autres organismes ont pris l'initiative de dispenser des soins communautaires, d'offrir des services de santé aux mères et aux enfants et des programmes d'alimentation dans les écoles aux orphelins et aux enfants vulnérables dans les zones où règne l'insécurité alimentaire. Une aide alimentaire correctement ciblée permettrait de briser le cercle vicieux qui contraint les enfants à abandonner l'école pour s'occuper d'un parent malade du SIDA ou à avoir des rapports sexuels en échange de nourriture, ce qui les expose à l'infection à VIH et les appauvrit encore davantage. Il faut également examiner la question de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants qui ne sont plus allaités au sein. L'OMS, l'UNICEF et le PAM collaboreront avec des universités et d'autres partenaires afin de déterminer les produits de base dont on dispose pour y parvenir.

Malgré les sommes exceptionnelles consacrées à la lutte contre le VIH/SIDA et à l'aide au développement en général, un élargissement des interventions nutritionnelles liées au VIH exigerait de mobiliser de nouvelles ressources. L'ONUSIDA a commencé à tenir compte de l'alimentation et de la

¹ OMS, FAO. *Vivre au mieux avec le VIH/SIDA : un manuel sur les soins et le soutien nutritionnels à l'usage des personnes vivant avec le VIH/SIDA*. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, 2003.

nutrition dans son estimation permanente des ressources nécessaires au niveau mondial, et le PAM se charge en grande partie d'analyser les interventions à financer et de calculer leur coût. Il estime, comme l'OMS, qu'en incitant à débloquer des ressources supplémentaires pour intégrer la nutrition aux soins, au traitement et au soutien, on contribuera à la réalisation des objectifs convenus sur le plan international et à l'application des recommandations de Durban.

Les participants à la consultation technique ont également mis l'accent sur la nécessité d'un engagement politique plus résolu dans les politiques et les programmes nationaux en vue de satisfaire les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH. Bien que les gouvernements soient responsables au premier chef, le PAM et d'autres organismes, ainsi que de nombreux groupes communautaires sont déterminés à ce que leurs efforts en matière de prévention, de traitement et de soins ne soient pas compromis parce que la nutrition a été négligée.

Le Dr CHOW (Sous-Directeur général) précise que l'OMS considère la nutrition comme un aspect fondamental de sa collaboration avec les organismes partenaires et adopte, pour le VIH/SIDA et la nutrition, une approche intégrée qui englobe l'élaboration de politiques, le soutien technique, la participation à des travaux de recherche sur les micronutriments et le VIH/SIDA, et le suivi des réunions techniques récentes.

Concernant l'intervention du membre désigné par le Japon, l'OMS accueillerait favorablement un programme de recherche sur les besoins nutritionnels des femmes et des enfants, les interventions susceptibles d'être mises en oeuvre à leur intention, ainsi que sur des indicateurs spécifiques pour les personnes VIH-positives ; l'Organisation serait également favorable à ce que d'autres micronutriments soient pris en compte dans l'étude des propriétés nutraceutiques des principaux micro et macronutriments.

En réponse à l'observation du membre désigné par l'Iraq, le Dr Chow précise que, lorsqu'une alimentation de substitution n'est pas acceptable, envisageable, abordable et sûre ou lorsqu'elle ne peut être maintenue à long terme, l'OMS recommande l'allaitement exclusif au sein pendant les premiers mois, jusqu'à ce que les conditions soient réunies pour une alimentation de substitution sûre. L'âge de sevrage dépend évidemment de la situation de chaque mère et de chaque nourrisson.

L'OMS met en place une série d'actions concertées qui allient ressources, compétences et application pratique. L'OMS, la FAO et le PAM pourraient collaborer avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et des donateurs bilatéraux pour combiner les soins nutritionnels et médicaux aux niveaux des pays et des communautés.

Le PRESIDENT observe que l'Afrique a particulièrement besoin d'aide et qu'à ce titre, un effort considérable de collaboration est nécessaire. Le VIH/SIDA sera inscrit à l'ordre du jour de la cent dix-septième session du Conseil en janvier 2006 et les membres pourront poursuivre le débat sur les questions qui s'y rapportent.

Le Conseil prend note du rapport.

Sexospécificité, femmes et santé : prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l'OMS : Point 4.4 de l'ordre du jour (document EB116/13)

Le Dr PHOOKO (Lesotho), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle qu'en 1997 le Conseil économique et social des Nations Unies a expressément recommandé que la dimension sexospécifique soit prise en compte dans les activités du système des Nations Unies. Depuis lors, par l'intermédiaire de ses organes directeurs, l'OMS a pris des mesures en vue de parvenir à l'égalité des sexes et elle a notamment adopté des résolutions visant à instaurer la parité entre hommes et femmes au sein du Secrétariat et dans la composition des organes consultatifs scientifiques et techniques. Certains progrès ont été réalisés et le rapport indique les enjeux pour le secteur de la santé et pour l'OMS.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) accueille favorablement le rapport, premier du genre à être présenté au Conseil. Bien que la question abordée ne soit pas nouvelle, elle est pertinente et mérite qu'on s'y intéresse, notamment pour s'inscrire en faux contre l'idée que la sexospécificité ne concerne que les femmes. Le rapport souligne le caractère complémentaire des deux sexes. Deux questions méritent un examen plus attentif et exigent des mesures supplémentaires : les problèmes de santé survenant dans différentes tranches d'âge, et plus particulièrement chez les femmes qui ne sont pas en âge de procréer ; et la participation des femmes aux activités du Secrétariat et des Etats Membres en matière de santé, notamment de santé publique et de services de santé.

Mme HALTON (Australie) estime, comme le membre désigné par la Bolivie, que la sexospécificité est une question qui concerne autant les hommes que les femmes. Le Gouvernement australien est profondément attaché au Programme d'action de Beijing et estime que les femmes rencontrent des problèmes particuliers d'égalité, notamment dans le système de santé, mais reconnaît que la sexospécificité peut réellement influencer sur les risques pour la santé, les résultats sanitaires et le vécu des patients dans le système de santé, qu'il s'agisse des hommes comme des femmes. Les questions sexospécifiques doivent être délibérément incluses dans les politiques et les programmes de l'OMS. Le Gouvernement australien est sensible aux besoins sanitaires des hommes et des femmes et estime qu'il faut tenir compte du fait que les uns et les autres vivent des expériences différentes du point de vue de la santé.

Mme WALAIPORN PATCHARANARUMOL (conseiller du Dr Supachai Kunaratanapruk, Thaïlande) félicite l'OMS de mieux intégrer la dimension sexospécifique, et notamment d'avoir créé un domaine d'activité intitulé « Parité des sexes en matière de santé » dans le budget programme 2006-2007, et elle constate avec satisfaction que trois Régions de l'OMS ont tenu compte des questions sexospécifiques et que des statistiques sanitaires par sexe sont présentées dans le Rapport sur la santé dans le monde. Elle est heureuse que l'on ait entrepris de rédiger une stratégie et un plan d'action mondiaux en consultation avec les Régions et les pays. Les objectifs du Millénaire pour le développement mettent l'accent sur le principe d'égalité des sexes, par exemple l'égalité d'accès des garçons et des filles à l'éducation ; les efforts déployés par l'OMS, en coopération avec la Banque mondiale, le PNUD et l'UNICEF, doivent permettre d'intégrer les aspects sexospécifiques et les autres dimensions socio-économiques dans les cibles relatives à la santé, en publiant des données ventilées par sexe sur le taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans, l'accès des hommes et des femmes vivant avec le VIH/SIDA à la prévention, aux traitements, aux soins et aux thérapies antirétrovirales, et la couverture vaccinale chez les garçons et les filles. Au niveau des pays, il faut sensibiliser la population et la classe politique afin de réduire autant que possible les inégalités entre les sexes.

Concernant la promotion et l'avancement des médecins, une étude a montré récemment qu'en Thaïlande, les hommes faisaient plus facilement carrière bien qu'il n'y ait aucune discrimination au moment de l'embauche ou de la promotion. Les causes de ces disparités entre les sexes doivent être mieux étudiées. Mme Walaiporn Patcharanarumol note aussi avec préoccupation que seuls 20 % des experts extérieurs nommés par le Directeur général sont des femmes et se demande pourquoi cette proportion est si faible.

Mme GILDERS (Canada) dit que la prise en compte de la dimension sexospécifique lors de l'élaboration des politiques et des programmes permet de mieux comprendre comment les différences biologiques et sociales entre les sexes influent sur la santé. Elle reconnaît l'importance des enjeux, notamment la nécessité de créer des mécanismes pour mettre en oeuvre les politiques et évaluer les progrès. Au niveau international, le Gouvernement canadien a joué un rôle moteur pour parvenir à un consensus sur les questions liées à l'égalité des sexes et il est disposé à mettre au service des autres son savoir-faire en matière de mécanismes de transparence pour démontrer l'utilité de l'analyse fondée sur les différences entre les sexes.

M. GUNNARSSON (Islande) se félicite des efforts déployés pour élaborer une stratégie et un plan d'action globaux qui prennent pleinement en compte la dimension sexospécifique dans les activités de l'OMS. Un secrétariat plus sensible aux questions sexospécifiques et opérant dans un cadre conceptuel clair serait mieux à même d'indiquer aux Etats Membres la marche à suivre pour réduire les inégalités entre les sexes, et il pourrait ainsi accroître l'efficacité et étendre la couverture des interventions, des programmes et des politiques sanitaires.

L'OMS doit davantage tenir compte des considérations sexospécifiques dans la planification, l'allocation des ressources, l'établissement du budget et la mise en oeuvre des programmes, ainsi que dans les principales publications et initiatives telles que le Rapport sur la santé dans le monde et le programme général de travail. L'expérience des Etats Membres doit également être prise en compte.

La dimension sexospécifique ne se limite pas à la santé de la femme, à la santé de la mère et de l'enfant et à la santé génésique. Elle doit s'étendre aussi aux inégalités, aux normes et aux comportements fondés sur l'appartenance sexuelle et à leurs conséquences pour la santé des hommes et des femmes tout au long de leur vie. Le rôle des hommes et des garçons, tout aussi important, doit être pris en compte. La formulation d'une stratégie et d'un plan d'action mondiaux par l'OMS est une étape importante dans la promotion active de l'égalité des sexes en matière de santé partout dans le monde.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) souligne qu'il faut absolument prendre en compte la dimension sexospécifique non seulement à l'OMS, mais dans tous les organismes internationaux. Les mesures prises par le Gouvernement brésilien, notamment dans le secteur de la santé, vont dans ce sens. Le Gouvernement a conclu en 2004 un pacte national pour réduire la mortalité maternelle et néonatale et a adopté, en mars 2005, une politique nationale relative aux droits en matière de sexualité et de procréation qui prévoit des mesures pour garantir aux hommes et aux femmes une sexualité et une procréation saines et responsables, notamment des services de procréation assistée financés par des fonds publics. Le Gouvernement brésilien est aussi fermement déterminé à s'attaquer au problème complexe de la violence familiale et sexuelle à l'encontre des femmes et il a mis au point une politique pluridisciplinaire nationale couvrant les domaines de la santé, de la sécurité, de la justice, de l'éducation et de l'aide sociale et psychologique. Le plan national brésilien pour les femmes adopté en décembre 2004 aura des effets considérables sur toute la société. Il s'articule autour de quatre axes stratégiques : l'autonomie, l'égalité au travail et la citoyenneté, l'éducation pour tous sans distinction de sexe, la santé et les droits des femmes en matière de sexualité et de procréation, et la lutte contre la violence dont les femmes sont victimes. Le Gouvernement, déterminé à atteindre les objectifs fixés dans le Programme d'action de Beijing, appuie toutes les mesures pertinentes prises par le Secrétariat, notamment la création d'un domaine d'activité intitulé « Parité des sexes en matière de santé » et l'application d'une politique de parité. Conformément à la résolution WHA56.17, il faut redoubler d'efforts afin d'atteindre la cible de la parité entre les sexes au sein de la catégorie professionnelle. Le Dr Gomes Temporão se félicite que la dimension sexospécifique soit prise en compte dans la préparation du onzième programme général de travail et des budgets programmes.

Il propose d'aborder plusieurs points lors des débats futurs sur ce thème : les répercussions des tâches ménagères sur la santé, la discrimination comme facteur d'exclusion des services sociaux, notamment des services de santé, l'exercice des droits en matière de sexualité et de procréation en toute sécurité afin d'éviter les décès maternels, le renforcement de l'infrastructure sociale afin de garantir aux femmes un environnement de travail adéquat et de lutter contre les maladies professionnelles, et l'action à mener pour inciter les hommes à partager équitablement avec les femmes l'exercice des droits en matière de sexualité et de procréation.

Si l'on veut que la dimension sexospécifique soit mieux prise en compte dans les activités de l'OMS, il faut élaborer une stratégie et un plan d'action mondiaux prévoyant des mécanismes de mise en oeuvre et de transparence. Le Gouvernement brésilien est prêt à contribuer de manière positive et constructive à cette démarche.

Le Dr INOUE (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) appuie les activités de l’OMS qui contribuent à l’égalité des sexes. Au cours des années 90, les inégalités entre les sexes ont diminué dans le monde, sauf dans le domaine de la santé, où elles ont été aggravées par les conflits armés, le VIH/SIDA, les catastrophes naturelles et la violence à l’encontre des femmes. L’égalité des sexes est nécessaire à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et le Dr Inoue appelle l’OMS à continuer de lutter contre les inégalités en matière de santé.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) avertit qu’il sera difficile de parvenir à l’égalité des sexes. Les femmes tchèques ont obtenu le droit de vote en 1918, mais des inégalités demeurent. Il soutient les efforts déployés pour prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l’OMS.

Le Dr COLEMAN (Libéria), qui s’exprime également au nom des Etats Membres de la Région africaine, propose que le Conseil prie le Directeur général d’élaborer une stratégie et un plan d’action pour prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et les programmes de l’OMS et qu’un document soit présenté au Conseil à sa cent dix-septième session pour qu’il l’examine et invite éventuellement la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé à adopter un projet de résolution. Il suggère aussi que le Directeur général mette au point les éléments de ce projet de résolution.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)¹ rappelle que, dix ans après la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), le moment est venu de faire le point des progrès accomplis en matière d’égalité des sexes et dans la réalisation des objectifs stratégiques arrêtés dans le Programme d’action de Beijing. Elle note que la dimension sexospécifique est désormais mieux prise en compte dans les politiques et les programmes de l’OMS, et elle se félicite de la création d’un domaine d’activité intitulé « Parité des sexes en matière de santé » pour faire suite au Programme d’action. Il faut espérer que les dix ans écoulés avant que cette mesure ne soit prise ne signifient pas que l’OMS attache une importance relative à ce domaine d’activité. L’adoption par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d’une résolution approuvant une stratégie et un plan d’action pour la prise en compte de la dimension sexospécifique donnera une plus grande importance politique à ce domaine et autorisera le Directeur général à agir énergiquement.

M. MARTIN (Suisse)¹ dit que, dans la stratégie qu’il prépare, le Secrétariat devrait souligner que les femmes ne sont pas seulement des victimes à protéger, par exemple contre la violence familiale, mais avant tout des êtres humains ayant des droits qu’il faut défendre et dont elles doivent pouvoir jouir. En outre, l’OMS, même au stade de la préparation de sa politique, se doit de travailler en partenariat avec d’autres programmes et organisations internationaux tels que le FNUAP, l’ONUSIDA et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, ainsi qu’avec la société civile.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande)¹ souligne l’importance du rapport. Les questions relatives à l’appartenance sexuelle sont un important déterminant de la santé, et la prise en compte de la dimension sexospécifique dans les systèmes de santé aura de profondes répercussions sur la santé publique.

Le PRESIDENT, s’exprimant en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, estime que l’appartenance sexuelle a une incidence sur la santé des hommes comme des femmes, mais qu’il convient de souligner les conséquences sanitaires de la discrimination à l’encontre de ces dernières.

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

Dans presque toutes les cultures, des obstacles tels que la pauvreté, l'inégalité dans les relations entre hommes et femmes et l'illettrisme empêchent des millions de femmes d'accéder aux soins et donc d'être en bonne santé. Pourtant, de la santé de la femme dépend celle de la famille et, partant, de la nation et des générations futures. Il faut s'attacher à obtenir des données probantes et à mieux étudier les conséquences des inégalités entre les sexes sur des problèmes de santé spécifiques pour trouver des solutions efficaces. Il faut élaborer, aux niveaux mondial, régional et des pays, des programmes traitant systématiquement des questions sexospécifiques, notamment de la violence à l'encontre des femmes. Il faut aussi concevoir des outils et des activités de sensibilisation pour mieux faire prendre conscience de ces questions. Les Etats Membres pourraient bénéficier d'un appui pour formuler et promouvoir des politiques et des stratégies sanitaires qui tiennent compte des considérations de sexe. L'octroi aux femmes de l'autonomie politique et économique doit être une priorité. Au Pakistan, 20 % des sièges des chambres nationales et des assemblées provinciales sont réservés aux femmes. Le pays, où les femmes législateurs sont plus nombreuses que dans tout autre pays au monde, compte aussi 40 000 femmes conseillers de district. Le Pakistan dispose aussi d'un programme spécial pour l'éducation des femmes et des filles. De nombreuses femmes sont victimes de violences, au foyer et dans des situations de conflit, ce qui a de graves conséquences sur la santé publique. Unies, les femmes peuvent faire beaucoup pour la paix dans le monde.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) remercie les membres du Conseil pour leur appui. Elle se félicite de la possibilité qui lui est offerte de collaborer avec les Etats Membres sur la question de l'équité sanitaire entre les sexes, c'est-à-dire de la répartition juste et équitable entre hommes et femmes des avantages et des responsabilités dans le domaine de la santé, notion qui ne se limite pas à l'égalité ou à la non-discrimination entre les sexes. Répondant au représentant de l'Afrique du Sud, Mme Phumaphi fait observer qu'un département a été créé cinq ans – et non pas dix ans – après la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing. Le Secrétariat, qui s'est d'abord exclusivement consacré à la santé des femmes, étudie maintenant comment l'inégalité entre les sexes ainsi que les normes et les comportements fondés sur l'appartenance sexuelle influent sur la santé des hommes et des femmes tout au long de leur vie, et il s'intéresse plus particulièrement aux moyens d'intégrer la dimension sexospécifique dans la santé publique et au problème de la violence à l'encontre des femmes. Une étude menée dans dix pays a révélé un chiffre préoccupant : dans certains pays, 60 % des femmes sont victimes de violences sous une forme ou sous une autre au cours de leur vie. De nombreuses autres études ont été effectuées, dont certaines en collaboration avec l'ONUSIDA, sur l'appartenance sexuelle et le VIH/SIDA ; il est particulièrement inquiétant de constater que, dans la tranche d'âge 15-24 ans, 75 % des personnes infectées sont des femmes.

Mme Phumaphi reconnaît que les activités relevant de la sexospécificité et de la santé ne doivent pas être limitées aux femmes, mais doivent inclure les mesures nécessaires pour s'attaquer à toutes les disparités. Elle se félicite de l'adoption de la résolution WHA58.30 sur l'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, qui rappelle que, dans la Déclaration du Millénaire, les Etats Membres se sont engagés à veiller à ce que les politiques de santé et de développement s'appuient sur des analyses sexospécifiques et à s'efforcer d'instaurer l'égalité entre les sexes et d'autonomiser les femmes. Le Secrétariat devrait fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils y parviennent. La stratégie sur la sexospécificité en cours d'élaboration permettra de ventiler les données sanitaires par sexe et de mettre l'accent sur l'allocation de ressources aux problèmes de santé publique négligés ; elle favorisera la participation des hommes et des garçons à l'action menée pour tenir compte des spécificités de chaque sexe et aidera les Etats Membres à prendre en considération la dimension sexospécifique dans leurs politiques. Dans ce but, le Secrétariat pourrait concevoir, avec le concours des pays, des cadres et des instruments qu'ils puissent utiliser. La prise en compte systématique de la dimension sexospécifique dans les politiques de l'OMS et dans les résolutions de l'Assemblée de la Santé permettrait de s'attaquer à certains problèmes précis évoqués par les membres du Conseil. Le Directeur général se soucie tout particulièrement de la représentation des femmes dans les comités d'experts et tous les Sous-Directeurs généraux sont tenus de l'informer des mesures qu'ils prennent à cet égard. Mme Phumaphi assure aux membres du Conseil que les Etats Membres, les

organismes partenaires du système des Nations Unies, le personnel et les experts des bureaux régionaux, et tous les acteurs de la santé seront largement consultés lors de l'élaboration de la stratégie sur la sexospécificité. Un projet sera présenté au Conseil en janvier 2006 en vue d'en établir la version finale et de présenter un projet de résolution à l'Assemblée de la Santé en mai 2006.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite prier le Directeur général de lui présenter à sa cent dix-septième session un projet de stratégie et de plan d'action pour examen.

Il en est ainsi convenu.

La séance est levée à 17 h 45.

TROISIEME SEANCE

Vendredi 27 mai 2005, 9 h 10

Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)

1. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES : Point 5 de l'ordre du jour

Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources : Point 5.1 de l'ordre du jour (documents EB116/5 et EB116/14)

Le PRESIDENT, pour faire écho à la décision WHA57(10) et aux discussions tenues à la cent quinzième session, invite le Conseil à examiner le nouveau projet de principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources dans l'ensemble de l'Organisation (document EB116/5) et le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (document EB116/14) qui s'est penché sur la question lors de sa deuxième réunion.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Vice-Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, félicite le Secrétariat pour sa gestion des fonds de l'OMS. L'augmentation considérable du budget programme résulte en partie de la confiance accrue qu'inspire sa capacité de gestion. A l'évidence, le système de gestion fondée sur les résultats suppose qu'on veille particulièrement à l'adéquation entre ressources et résultats. Il est indispensable de se doter de systèmes solides pour qu'on puisse escompter avec confiance que les résultats souhaités seront atteints, que les ressources iront où elles sont nécessaires et qu'on tiendra dûment compte de la notion d'équité. Un modèle perfectionné d'analyse des besoins sanitaires devrait être mis en place pour étayer les activités et éviter que les Régions et les pays ne soient oubliés ; le mécanisme de validation doit permettre d'y parvenir. Il faut saluer la décision de l'OMS d'intégrer les besoins sanitaires dans l'approche globale de planification stratégique et de gestion fondée sur les résultats. L'application de la gestion fondée sur les résultats est en cours, mais la capacité de gestion s'est déjà améliorée de façon quantifiable.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, apprécie les améliorations apportées au projet révisé de principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources. Il souhaite toutefois réitérer l'appel lancé par le Groupe africain à la cent quinzième session du Conseil pour que les principes directeurs tiennent compte des circonstances exceptionnelles et notamment des besoins des pays les moins avancés, de l'état des systèmes de santé, de la charge de morbidité et de la situation des pays en guerre. L'équité et l'appui aux pays les plus démunis méritent de figurer parmi les principes directeurs. Aussi propose-t-il de déplacer le membre de phrase « les allocations entre les Régions respectent bien les principes d'équité et de solidarité à l'appui des pays confrontés aux besoins les plus importants, en particulier les pays les moins avancés » au paragraphe 29 au paragraphe 12 du document EB116/5.

L'orateur signale par ailleurs l'apparente contradiction entre l'engagement du Directeur général en faveur des pays et l'approche envisagée dans les principes. Insister sur le fait « qu'il s'agit de faire ce qu'il faut, comme il le faut, là où il le faut » pourrait vouloir dire que « là où il le faut » n'est pas nécessairement le niveau des pays. Comment peut-on respecter cette formule tout en décentralisant les ressources au niveau des pays ?

Au paragraphe 31, le choix des termes « situation sanitaire et socio-économique relative » est discutable en l'absence d'indicateurs convenus pour ce concept, et il conviendrait de remplacer ce membre de phrase par « pays les moins avancés, pays en développement et pays en transition », selon la terminologie consacrée des Nations Unies. Il y a aussi un autre problème qui tient à la difficulté de prévoir les contributions volontaires et de savoir avec quelle souplesse elles pourront être utilisées. Le document EB116/5 indique que les fonctions de base sont rattachées à la source de financement la plus fiable, ce qui rend les programmes de pays plus vulnérables que le Siège, qui est lui-même entièrement constitué de la composante de base. Or le risque lié aux contributions volontaires devrait être supporté de manière équitable par les différents niveaux. La question fondamentale est de savoir si les arrangements proposés sont compatibles avec le programme de décentralisation du Directeur général.

Le rôle que les Etats Membres doivent jouer dans ce processus n'est pas clair. L'OMS devrait engager un processus de consultation approfondi avec les Etats Membres en organisant des réunions régionales, en particulier par l'intermédiaire des comités régionaux, avant d'arrêter définitivement les principes directeurs. Quant à la forme, le Dr Phooko propose d'adopter les principes dans le cadre d'une résolution de l'Assemblée de la Santé, ce qui les dotera de la légitimité dont ils ont besoin.

M. EINARSSON (suppléant de M. Gunnarsson, Islande) souligne que l'allocation des ressources devrait être fondée sur des critères objectifs qui seraient appliqués pour l'allocation des fonds de toute provenance, en tenant compte de l'équité, de l'efficacité et des résultats obtenus. Il accueille favorablement l'établissement d'un mécanisme de validation et d'un indice fondé sur les besoins pour que les ressources soient allouées aux pays confrontés aux besoins les plus importants sur la base d'indicateurs nationaux objectifs.

Le Dr TANGI (Tonga) estime que le document EB116/5 donne un bon aperçu de la direction que l'OMS devrait emprunter, et aurait dû être présenté il y a bien longtemps. Mais le financement à long terme et la répartition entre contributions fixées et contributions volontaires soulèvent des problèmes. Si la tendance actuelle persiste, dans dix ans la répartition ne sera plus de 30 % et 70 % respectivement comme aujourd'hui, mais de 13 % et 87 %. Quelles sont les conséquences du point de vue de la fixation des priorités par l'OMS, et quelles sont les attentes de ceux qui accordent des contributions volontaires ? L'Organisation existe pour ses Etats Membres et la question devra être sérieusement examinée au cours des prochaines années.

Le Dr RAHANTANIRINA (Madagascar) dit que les quatrième, cinquième, sixième et septième principes, en particulier, montrent la nature dynamique du processus qui privilégie la flexibilité et donne aux Régions et aux pays une marge de manoeuvre pour ajuster et actualiser le cadre des dépenses à moyen terme et les plans opérationnels biennaux. En tant que pays en développement, Madagascar craint que l'approche fondée sur les résultats ne pénalise les pays dont les systèmes de santé ne sont pas performants, aggravant ainsi les problèmes existants. Toutefois, cette approche pourrait servir de catalyseur pour rendre le système de santé malgache plus performant et plus efficace et pour améliorer sa capacité de gestion. Madagascar appuie les amendements proposés par le membre du Lesotho.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) note que, du point de vue des pays en développement, le document EB116/5 semble n'avoir qu'une valeur assez théorique. Auront-ils jamais la capacité de mettre en oeuvre les programmes tels qu'ils sont présentés ? Au Bhoutan, les ressources de l'OMS servent de capitaux d'amorçage qui sont très dispersés. Il se demande s'il est matériellement possible d'adopter une approche fondée sur les résultats alors que d'autres institutions entrent en jeu. Il approuve la déclaration formulée par le membre désigné par le Lesotho. Il serait bon que la stratégie d'allocation des ressources adopte une démarche fondée sur les besoins qui tienne compte de la charge de morbidité, de l'état sanitaire, du niveau socio-économique, de la situation des pays les plus démunis et des besoins des pays les moins avancés.

Mme GILDERS (Canada) salue les efforts déployés pour concevoir une méthode transparente d'allocation stratégique des ressources. Il s'agit d'une initiative importante pour fixer des principes et une méthodologie qui reconnaissent la nécessité d'appuyer le mandat de base de l'OMS, le coût afférent au maintien d'une présence dans les Régions et les pays, et les besoins spécifiques des différentes populations, comme l'ont mentionné les membres désignés par le Lesotho et le Bhoutan. La budgétisation fondée sur les résultats permettra de s'attaquer aux problèmes soulevés au cours du débat, et le Canada continuera à prendre part aux futurs travaux en la matière.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) pense lui aussi que le document EB116/5 est théorique et que les pays en développement pourraient avoir des difficultés à appliquer les principes directeurs. Il faudrait toutefois analyser comment ces principes pourraient être appliqués pour améliorer la santé des personnes qui ont le moins accès à des soins de santé de qualité. Il existe d'ailleurs un lien entre cette question et celle faisant l'objet du point 5.2 de l'ordre du jour (Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays), à savoir comment les bureaux de pays devraient-ils fonctionner et gérer leurs ressources dans le cadre de la décentralisation. Il est par conséquent important de veiller à ce que le processus soit compréhensible et d'examiner comment il fonctionnera dans la pratique au niveau des pays avec la décentralisation, tout en gardant à l'esprit le fait que les pays eux-mêmes ont tendance à décentraliser. La transparence est importante, mais l'impartialité, l'équité et la compréhension le sont tout autant.

Pour le Dr WINT (Jamaïque), la force du document EB116/5 réside dans l'accent mis sur les pays, l'utilisation de critères objectifs, la définition de principes directeurs favorisant la transparence et l'adoption d'une approche fondée sur les résultats. La notion d'équité et l'approche fondée sur les besoins sont particulièrement importantes pour appliquer les concepts au niveau des pays. Parmi les critères retenus, la vulnérabilité des petits Etats insulaires en développement devrait être prise spécialement en compte. Le quatrième point du paragraphe 17, qui renvoie aux besoins des Etats Membres, devrait précéder celui relatif à leurs demandes. Le cinquième principe est particulièrement important et devrait également s'appliquer au niveau des pays qui enregistrent de bons résultats mais qui de ce fait voient parfois l'attention dont ils faisaient l'objet se reporter sur des pays moins performants. Le Dr Wint appuie les principes directeurs.

Mme NYAMBU (suppléant du Dr Nyikal, Kenya) pense que l'allocation de ressources revêt incontestablement une dimension politique et propose donc que le Conseil reporte l'approbation du processus à sa prochaine session pour permettre de tenir des consultations approfondies avec les Régions et, en particulier, pour que le Comité régional de l'Afrique puisse l'examiner officiellement en août et septembre 2005.

Le Professeur HOUSSIN (France) estime que ce travail fixe des principes clairs pour l'allocation stratégique des ressources et des bases pour une gestion fondée sur les résultats, tout en tenant compte des observations formulées au Conseil exécutif. La France partage l'avis du membre du Lesotho concernant le principe d'équité et espère qu'un travail d'approfondissement sera effectué concernant les modalités de mise en oeuvre des principes directeurs.

Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Abdulla, Soudan) salue l'adoption des principes directeurs pour l'allocation des ressources : les plus grands succès de l'OMS, comme les campagnes contre la variole et l'onchocercose, ont pu être remportés grâce à des objectifs clairs s'appliquant à une large zone géographique ; il reste cependant à savoir comment incorporer les principes dans les programmes de l'OMS. Les pays devraient indiquer clairement à quels objectifs ils voudraient voir consacrer les contributions externes. Il faudrait donc leur demander d'indiquer leurs besoins de façon plus précise, ce qui conduirait à établir un nouveau type de programme de travail de l'OMS.

Le PRESIDENT, faisant référence aux paragraphes 41 et 42 du document EB116/5, dit qu'il est entendu que d'importantes consultations se tiendront à ce sujet.

M. BAILÓN (Mexique) note avec satisfaction qu'à la fois l'OMS et l'OPS font un effort de transparence et s'emploient à établir des principes directeurs. En septembre 2004, l'OPS a approuvé une méthode de répartition des ressources entre les pays de la Région des Amériques. Il serait intéressant de voir dans quelle mesure elle coïncide avec les principes actuellement examinés par le Conseil. L'un des problèmes auxquels se heurte l'OPS est le manque de statistiques suffisamment solides : tous les pays ne sont pas en mesure de fournir les indicateurs nécessaires pour une analyse fondée sur les résultats, ce qui explique que la résolution de l'OPS n'ait pas eu toute la portée que l'on espérait. Dans le contexte de l'OMS, le même problème est évoqué au paragraphe 36 du document EB116/5. Le Siège devrait s'appuyer sur les bureaux régionaux pour obtenir ces informations et déterminer par ce moyen les indicateurs requis pour la gestion fondée sur les résultats.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Supachai Kunaratanapruk, Thaïlande) accueille favorablement l'approche fondée sur les résultats pour l'allocation des ressources et les principes et perspectives énoncés dans le document EB116/5. Toutefois, l'application du cinquième principe pénalisera les bureaux et programmes peu performants, notamment au niveau des pays, et, partant, risquera de porter atteinte au principe d'équité. Le deuxième principe implique que les ressources extrabudgétaires, dont 95 % sont à objet non désigné, seront utilisées pour mettre en oeuvre le onzième programme de travail et le plan stratégique à moyen terme. Comment le Secrétariat s'y prendra-t-il pour établir un dialogue étroit avec les pays donateurs de manière à ce qu'ils accordent les fonds nécessaires ? Les ressources de l'OMS sont limitées comparées aux ressources nationales et à celles des donateurs. Si l'allocation des ressources est centrée sur les pays, il ne sera pas facile à l'OMS de réussir à guider la mise en oeuvre des programmes à ce niveau. Chaque bureau de l'Organisation dans les pays devra assurer la coordination avec les donateurs en ce qui concerne les programmes de travail à moyen et à long terme.

L'orateur demande des éclaircissements sur la signification du diagramme figurant à la fin du paragraphe 37 du document, car les pourcentages respectifs du budget alloués au Siège et aux Régions ne seront pas connus avant que le plan stratégique à moyen terme ne soit proposé. Par ailleurs, rien ne justifie que la composante « engagement » apparaisse dans le diagramme ; elle devrait relever soit du Siège, soit des Régions, car assurer le suivi d'une composante si minuscule aurait un coût disproportionné. Pour en revenir aux « trois perspectives » évoquées aux paragraphes 15 à 27, il appuie pleinement la perspective programmatique en tant qu'« élément en amont ». Au niveau intermédiaire, en revanche, il existe certaines répétitions entre la composante de base, la composante « engagement » et la composante « besoins » ; cette dernière devrait du reste être utilisée pour valider les décisions « en amont ». Il demande comment pourront être résolus les conflits éventuels entre les processus « en amont » et « au niveau intermédiaire ». Les propositions budgétaires faites en amont pourraient être faussées et ne pas refléter la composante « besoins ». Quant à l'élément « aval », il est représenté par des indicateurs de performance, comme indiqué dans le cinquième principe, ce qui pourrait s'avérer difficile à mettre en oeuvre.

Le Dr Viroj Tangcharoensathien se réjouit d'avoir la possibilité de participer au processus de consultation en cours.

Le Dr SHANGULA (Namibie) partage l'analyse des autres membres qui considèrent le document EB116/5 comme une « ébauche ». Ce document devrait être révisé à la lumière des observations formulées au cours de la présente session, puis être examiné aux comités régionaux. Le projet final devrait être présenté au Conseil à sa prochaine session.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) dit que les nombreux commentaires formulés dénotent l'importance de l'initiative. Des principes directeurs sont nécessaires pour remédier au manque de transparence, même si ces principes ne sont pas parfaits. Ainsi, par exemple, la décentralisation des allocations budgétaires devrait constituer un principe directeur et non une mesure temporaire à laquelle on a recours lorsque cela apparaît nécessaire. L'OMS est parfois considérée comme un simple bailleur de fonds, mais elle a pour fonction de gérer les ressources en fonction des besoins, lesquels doivent être déterminés sur la base d'une vision mondiale cohérente et coordonnée qui peut être ajustée selon les circonstances. Il pense que le document devrait être révisé, mais souhaite qu'il soit distribué aux membres dès que possible.

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud),¹ s'exprimant également au nom du Sénégal, dit qu'elle adhère pleinement aux déclarations faites par les membres du Bhoutan, du Kenya, du Lesotho, de Madagascar et de la Namibie. Le Conseil devrait effectivement différer l'approbation du processus pour l'allocation stratégique des ressources jusqu'à sa prochaine session. Les ministres nationaux de la santé devraient être associés au processus, ce qui pourrait se faire dans le cadre des réunions du Comité régional. La forme sous laquelle les principes directeurs seront adoptés est extrêmement importante, et c'est pourquoi elle est favorable à leur adoption dans le cadre d'une résolution de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr QI Qingdong (Chine),¹ appuie les sept principes exposés dans le document EB116/5, mais est préoccupé par leur mise en oeuvre. Compte tenu des trois niveaux que compte l'OMS, le principe directeur à retenir est que cette mise en oeuvre devrait se faire avec la pleine participation de chaque Région et de chaque pays. Il a des craintes concernant la façon dont la décentralisation de l'allocation des ressources sera opérée dans la pratique. Il approuve le principe de l'allocation fondée sur les besoins, mais les indicateurs de référence doivent être comparables, fiables, acceptables par toutes les parties. Ils ne devraient pas susciter de divergences ou être utilisés de façon inappropriée, et devraient être régulièrement réactualisés. Puisque environ 70 % des ressources de l'OMS ne proviennent pas du budget ordinaire, il faudrait combiner crédits du budget ordinaire et fonds extrabudgétaires pour assurer une progression équitable des programmes. La mise en oeuvre de certaines activités ou de certains programmes régionaux pourrait être entravée si les fonds extrabudgétaires tardent à venir. Le mécanisme de validation devrait permettre de rationaliser l'allocation de ressources et de favoriser l'équité, et il faut espérer que la surveillance du processus sera assurée par des experts extérieurs indépendants.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant aux observations formulées, souligne la volonté de rendre l'Organisation plus efficace et performante. S'agissant du processus consultatif, les projets du onzième programme général de travail (2006-2015) et le plan stratégique à moyen terme (2008-2013) seront soumis aux comités régionaux. Le plan stratégique à moyen terme traduira la stratégie globale en objectifs précis, et des rapports de situation seront présentés au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en janvier 2006. Pour la première fois, un plan financier à plus long terme indiquant le coût estimatif de la mise en oeuvre de la stratégie sera également établi. Il ne voit lui-même aucune contradiction entre l'approche fondée sur les résultats et le souci de répondre aux besoins des Etats Membres. Les pays qui ont le plus besoin d'améliorer leur situation sanitaire sont en général les pays les plus pauvres ou les pays en développement qui ne devraient donc pas être désavantagés par une approche fondée sur les résultats. La proposition est d'allouer les ressources en fonction des besoins et non de la situation géographique. Des discussions de politique générale devront avoir lieu pour déterminer les résultats que l'on attend des activités de l'OMS et les ressources pourront alors être distribuées de manière à atteindre ces résultats. Si le plan

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

stratégique est établi de façon à refléter les besoins et les souhaits des Etats Membres, il ne devrait y avoir aucun risque que les pays en développement soient pénalisés. L'OMS fait figure de chef de file dans l'approche fondée sur les résultats et, dans la mesure où sa crédibilité repose en grande partie sur cet aspect de son travail, elle devrait s'efforcer de démontrer que l'obtention des résultats n'est pas incompatible avec la prise en compte des besoins. Le « mécanisme de validation » permettra de garantir que les ressources parviennent à ceux qui en ont le plus besoin, et le Secrétariat en rendra compte.

Le document EB116/5 reflète les observations formulées lors de la cent quinzième session du Conseil et met davantage l'accent sur les stratégies de pays dans le troisième principe. Le sixième principe a été modifié pour souligner l'importance de se focaliser sur les pays qui en ont le plus besoin, et le paragraphe 17 fait plus explicitement référence aux stratégies de pays et aux besoins des Etats Membres. De mauvais résultats ne sont pas nécessairement liés au montant des ressources financières dont dispose un pays ; en effet, le Secrétariat s'engage à faire en sorte que les performances s'améliorent là où l'action de l'OMS est plus nécessaire, c'est-à-dire le plus souvent dans les pays pauvres. Mais l'Organisation ne peut pas accepter des résultats médiocres et cela doit être dit aussi clairement que sa détermination à améliorer les performances à tous les niveaux de l'OMS.

Le diagramme figurant à la fin du paragraphe 37 ne représente pas la part des crédits du budget ordinaire devant être allouée à chaque Région. Comme l'ont indiqué différents membres, il faudrait étudier la possibilité d'établir, pour l'Organisation et ses activités, une stratégie financière indiquant la répartition entre crédits du budget ordinaire et fonds extrabudgétaires, ce qui pourrait être examiné dans le cadre de la formulation du plan stratégique à moyen terme. La composante « engagement » a été incluse dans le diagramme sur la base de l'expérience de différentes Régions, mais ce choix pourrait être reconsidéré.

Il est important de veiller à ce que le document EB116/5 soit accessible et intelligible, sans trop de détails théoriques ou de termes appartenant au jargon du management ; il doit cependant fournir des explications suffisantes sur la mise en oeuvre de la stratégie. Ni le Secrétariat ni le Conseil ne sont encore prêts à approuver le mécanisme de validation et tous les détails qui le concernent ; toutefois, le Conseil pourrait demander au Secrétariat de poursuivre les travaux et de lui faire rapport en janvier 2006.

Le DIRECTEUR GENERAL, en réponse aux observations du membre de la Thaïlande concernant l'affectation des ressources, dit que l'essentiel des contributions au budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires provient d'un petit nombre d'Etats Membres et qu'il est donc relativement facile de dialoguer avec eux pour obtenir qu'ils réduisent la pratique consistant à affecter les fonds extrabudgétaires à des fins particulières. Par exemple, plusieurs pays européens ont accepté d'augmenter la proportion des ressources à objet non désigné, et le dialogue se poursuit avec d'autres donateurs. Il est vrai que les ressources extrabudgétaires ne sont pas garanties mais, depuis quelque temps déjà, la plus grande part des ressources promises sont effectivement versées et il n'y a aucune raison de penser que les choses vont changer. Le montant des fonds extrabudgétaires obtenus a considérablement augmenté au fil du temps. La situation financière de l'Organisation s'est infiniment améliorée au cours des 60 dernières années, notamment sur le plan de l'ouverture vis-à-vis des fonds extrabudgétaires. La meilleure circulation de l'information pose assurément des problèmes – il est par exemple nécessaire d'accroître la transparence –, mais ce n'est pas une excuse pour faire marche arrière.

Finalement, c'est du rôle et de la mission de l'OMS dont il s'agit. L'Organisation est une institution technique, pas un organisme de financement. Si l'OMS était considérée comme une simple source de financement, ses activités et son processus budgétaire seraient sérieusement compromis. Le financement fourni aux Etats Membres est somme toute mineur comparé aux fonds en provenance d'autres sources et au budget de chaque Etat Membre. En définitive, l'objectif – certes ambitieux – est de faire en sorte que les pays n'acceptent des fonds que s'ils en ont vraiment besoin et, dans le cas contraire, qu'ils demandent à ce que ceux-ci soient redistribués aux pays dont les besoins sont plus grands, comme la Thaïlande l'a fait après le tsunami de décembre 2004.

Le Directeur général examine le processus d'allocation des fonds pour voir s'il pourrait être amélioré. Il souhaite que l'OMS soit considérée comme l'une des organisations les plus efficaces, transparentes, performantes et respectées du système des Nations Unies. Il faut envisager l'OMS dans sa globalité plutôt que de se cristalliser sur son Siège pour pouvoir trouver une solution acceptable au problème de l'allocation des ressources. Le fait que les Etats Membres se soient prononcés en faveur d'une augmentation du budget de l'Organisation alors que l'ensemble du système des Nations Unies traverse une période difficile est une marque de confiance vis-à-vis de l'OMS et de ses activités. Le Secrétariat poursuivra ses efforts dans tous les domaines.

Le PRESIDENT constate que la transparence s'est indubitablement accrue à l'intérieur de l'OMS. Le Directeur général dirige efficacement les activités à la fois au sein du Secrétariat et au niveau mondial ; certains problèmes demeurent, mais le Conseil a pour objectif de les régler. Il est compréhensible que les pays en développement aient des inquiétudes au sujet des questions de performance, et le Secrétariat doit tenir compte de ces craintes.

Le DIRECTEUR GENERAL ajoute que l'approche fondée sur les résultats n'a pas pour but de punir ou de récompenser les Etats Membres en fonction de leurs performances. Toutefois, si leurs activités ne donnent pas les résultats escomptés, il y a lieu d'analyser la situation et de prendre des mesures pour améliorer l'efficacité au niveau du pays.

Le PRESIDENT confirme que c'est précisément cette question qui semble préoccuper les pays en développement, en particulier ceux qui obtiennent de mauvais résultats en raison de facteurs qu'ils ne peuvent maîtriser. Les observations du Directeur général et de ses collaborateurs sont riches d'enseignements, mais le Président convient que le Conseil n'est pas encore prêt à approuver le mécanisme de validation.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Supachai Kunaratanapruk, Thaïlande) appelle l'attention sur le paragraphe 36 du document EB116/5 et demande si les pays dont le revenu dépasse un certain niveau pourront toujours bénéficier des ressources de l'OMS, et en particulier de la coopération technique.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) donne aux membres l'assurance qu'il sera tenu compte de leurs observations et de celles formulées par les Etats Membres au cours du processus de consultation avant de soumettre un nouveau projet de document au Conseil en janvier 2006.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite prendre note du rapport et suivre les recommandations du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration tendant à poursuivre le processus pour l'allocation stratégique des ressources, avant de revenir sur la question en janvier 2006.

Il en est ainsi convenu.

Bureaux de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays : Point 5.2 de l'ordre du jour (document EB116/6)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) dit que, pour avoir exercé à la fois les fonctions de représentant de l'OMS et celles de ministre de la santé, il connaît bien ces deux rôles. Il souligne l'importance de la présence de l'OMS dans les pays. Pendant le débat sur l'allocation stratégique des ressources au titre du précédent point de l'ordre du jour, plusieurs membres du Conseil ont insisté sur le fait qu'elle a pour but d'aider à convertir les politiques et stratégies en activités spécifiques conformes aux priorités, aux ressources disponibles et à la situation économique, sociale et culturelle

de chaque pays. Chaque pays est unique et une organisation comme l'OMS doit respecter ses caractéristiques propres et sa souveraineté.

Le rapport est très instructif : il montre quels sont les domaines dans lesquels des progrès ont été réalisés et ceux où il reste encore des efforts à faire et où des décisions doivent être prises concernant l'allocation des ressources de l'OMS. L'Organisation n'est pas un organisme de financement. Son appui technique est beaucoup plus important, mais si celui-ci porte sur des choses que les pays sont capables de réaliser eux-mêmes, ce n'est à l'évidence pas la meilleure utilisation des ressources. L'assistance scientifique, technique et professionnelle est destinée à combler les lacunes, à renforcer les points faibles et à améliorer la performance des bénéficiaires.

Le remaniement des équipes de pays évoqué dans le rapport (paragraphe 6) constitue donc l'aspect le plus notable des activités destinées à améliorer la présence de l'OMS au niveau des pays. La décentralisation et son niveau réel de concrétisation sont un deuxième aspect important. Se contenter de gérer les maigres ressources de l'Organisation au niveau des pays n'est pas une véritable décentralisation ; celle-ci requiert d'analyser la situation technique et scientifique de chaque pays pour connaître la nature de l'appui dont il a besoin, non seulement de la part du Secrétariat mais aussi des centres collaborateurs, des comités d'experts et de toute autre source technique à la disposition de l'Organisation.

Depuis plusieurs années, l'OMS réalise un travail appréciable au niveau des pays. Le rapport propose une solution pour remanier et restructurer les bureaux de pays afin de mieux répondre à la situation et aux priorités de chacun d'eux. La décentralisation doit donc être en adéquation avec les besoins des pays et ne pas se cantonner aux questions administratives.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau), prenant la parole au nom du Groupe africain, rappelle que l'Assemblée de la Santé vient d'adopter la résolution WHA58.25 dans laquelle elle prie le Directeur général de veiller à ce que la présence de l'OMS au niveau des pays s'inscrive dans une dynamique d'efficacité, ce qui requiert de coordonner ses activités avec celles d'autres organisations du système des Nations Unies travaillant au niveau des pays. Il souhaite faire trois recommandations pour accroître l'efficacité et l'efficience des programmes de pays. Premièrement, il faut que les pays concernés fixent leurs priorités pour répondre aux besoins les plus urgents, en tenant compte des résolutions de l'OMS. Le bureau de pays peut participer à ce processus stratégique en donnant des orientations sur l'interprétation des décisions des organes directeurs. Deuxièmement, la flexibilité est essentielle à trois niveaux : entre les membres du personnel dans les pays pour qu'ils puissent s'adapter à tout environnement, y compris en cas d'instabilité institutionnelle et de situations de conflit ; dans la programmation, ce qui permettra au responsable de l'équipe de pays de s'adapter aux changements de priorités consécutifs à des modifications de la politique gouvernementale ; et dans l'allocation des ressources, pour que le financement puisse être transféré d'une rubrique budgétaire à une autre si nécessaire. La flexibilité budgétaire participe également à la responsabilisation des pays quant au choix politique. Troisièmement, l'harmonisation avec d'autres institutions devrait constituer un principe de base pour tirer le meilleur parti de l'avantage comparatif de l'OMS en évitant les doubles emplois et le gaspillage des ressources. En procédant ainsi, l'OMS rendra ses activités au niveau des pays plus visibles tout en restant efficace et performante.

Le Dr ACHARYA (Népal) fait remarquer qu'un bureau de pays efficace améliore l'image de l'OMS, alors qu'un bureau peu performant et mal géré porte atteinte à la crédibilité de l'Organisation auprès des Etats Membres et des partenaires du développement nationaux et internationaux. L'OMS devrait confier de plus grandes responsabilités aux bureaux de pays sur le plan des programmes et de la gestion administrative pour leur permettre de fournir aux Etats Membres un appui technique et politique efficace.

Les bureaux de pays reçoivent 5,7 % du budget du Secrétariat ainsi que des ressources de plus en plus importantes provenant de contributions volontaires. Il convient donc d'évaluer régulièrement leur performance pour déterminer dans quelle mesure ils ont mis en oeuvre leurs stratégies, atteint les résultats escomptés et fourni un appui de qualité en temps opportun aux Etats Membres et à d'autres

partenaires. Le Secrétariat devrait élaborer un cadre approprié pour évaluer la performance des bureaux de pays et dresser des bilans pour certains d'entre eux ; il rendrait compte des résultats au Conseil exécutif en janvier 2007. L'initiative en faveur des pays devrait bénéficier de la plus haute priorité, en mettant l'accent aussi bien sur les résultats que sur les besoins.

M. EINARSSON (suppléant de M. Gunnarsson, Islande) estime que les recommandations contenues dans la résolution WHA58.25 devraient être ajoutées aux priorités énoncées dans le rapport.

Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Abdulla, Soudan) note avec satisfaction les progrès décrits dans le rapport. Il demande davantage de précisions sur les activités concernant la rubrique « gestion du savoir et flux d'information entre les pays » dont il est question au paragraphe 2, lequel indique qu'en 2004, 36 bureaux géraient leur propre site Web. Est-ce à dire qu'il n'existe aucun site Web national sur ce sujet ? Le paragraphe précise en outre que l'accès aux systèmes de gestion des connaissances reste inégal, et l'intervenant se demande pourquoi, dans ces conditions, l'amélioration de l'accès ne figure pas parmi les priorités énumérées au paragraphe 8.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) salue la politique en faveur des pays, mais pense malgré tout qu'il faut réduire les frais administratifs pour augmenter les dépenses opérationnelles au niveau des pays. Le point fort de l'OMS réside dans son assistance technique, mais cela devrait s'accompagner d'un financement. Il est nécessaire d'améliorer la coordination avec d'autres partenaires pour mobiliser des ressources et renforcer le profil du personnel au niveau des pays. Les ressources financières et humaines pourraient être mieux gérées. Etant donné que les procédures de recrutement nécessitent beaucoup de temps, il faudrait donner aux bureaux de pays plus de pouvoirs et plus de souplesse pour qu'ils puissent trouver des consultants plus rapidement.

L'OMS devrait définir des critères pour déterminer s'il convient de créer un bureau dans un pays donné. En outre, les rôles respectifs du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays devraient être clarifiés.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) salue les efforts déployés pour renforcer les bureaux de pays. Une importante décentralisation des pouvoirs a eu lieu au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est où 75 % du budget ordinaire est désormais alloué aux pays. Mais si les bureaux de pays se voient accorder plus de responsabilités et de fonds, il faut aussi qu'ils aient la capacité et les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre leurs programmes. Il faudrait accorder une attention particulière à l'équilibre entre l'appui technique fourni au niveau des pays et celui fourni par les bureaux régionaux ou le Siège, pour éviter notamment que des effectifs en surnombre dans les bureaux de pays n'épuisent les fonds nécessaires pour les activités.

M. PALU (conseiller de Mme Halton, Australie) se réjouit de l'accent mis sur le renforcement des compétences et des capacités essentielles des équipes dans les pays. Le Secrétariat devrait intensifier ses efforts pour améliorer l'efficacité et les performances des bureaux de pays, y compris par le remaniement des équipes de pays. Du personnel doit être recruté pour faire face aux tâches nécessitant des compétences particulières, et des stratégies doivent être mises en place pour engager quand il le faut et de manière efficace les personnels essentiels aux niveaux national et international et pour remédier à l'insuffisance des performances. L'intervenant appuie les priorités énumérées dans le rapport et demande qu'un rapport de situation soit soumis à la prochaine session du Conseil en janvier 2006.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq), déplorant que l'OMS n'ait pas de bureau en Iraq, suggère que les activités dans ce pays soient confiées à des sous-traitants placés sous l'autorité du Bureau régional de la Méditerranée orientale, conformément à ce qui a déjà été fait dans d'autres pays touchés par des problèmes de sécurité en Afrique et dans les Amériques.

Mme SOLTANI (Algérie)¹ indique que son pays appuie résolument la politique de décentralisation de l'OMS. Le renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays est primordial pour l'atteinte des objectifs et orientations stratégiques de l'Organisation ainsi que des objectifs nationaux de santé et de développement.

Depuis quelques années, l'Algérie a entrepris de réformer son système hospitalier avec l'aide du bureau de liaison de l'OMS dans le pays. Malheureusement, de nombreux projets ont été retardés par l'insuffisance des crédits et les lourdeurs administratives. Le statut et les capacités actuels du bureau de liaison ne lui permettent pas de répondre pleinement aux besoins et aux problèmes du Ministère de la Santé. Il faut espérer que l'action de l'OMS pour renforcer ses bureaux de pays permettra d'accroître dans le même temps la capacité du bureau de liaison algérien.

M. MARTIN (Suisse)¹ rappelle que sa délégation a agi comme modérateur du processus qui a mené à l'adoption de la résolution WHA58.25. Prenant la parole au nom des coauteurs de cette résolution, il souligne que l'OMS devrait s'efforcer de coordonner encore mieux ses activités au niveau local avec celles des autres organisations du système des Nations Unies et des autres donateurs bilatéraux et multilatéraux travaillant dans le domaine de la santé dans le cadre des priorités établies par les autorités nationales. En complément des mesures prioritaires mentionnées dans le rapport, il pourrait être fait référence à cette résolution qui fait suite en quelque sorte à la résolution 59/250 de l'Assemblée générale des Nations Unies demandant également aux pays donateurs d'agir conformément aux engagements et aux orientations adoptés dans la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003) et réaffirmés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement : appropriation, harmonisation, alignement, résultats et responsabilité mutuelle (2005). La résolution WHA58.25 prie aussi le Directeur général de présenter un rapport détaillé tenant compte de l'examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies. Cela constituera sans nul doute une contribution utile au suivi des activités au niveau des pays.

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) répond que le renforcement des capacités techniques et scientifiques au niveau des pays suppose de trouver un équilibre subtil entre les besoins des pays, les capacités nationales existantes et les priorités fixées pour les programmes techniques au niveau mondial. A cet égard, les stratégies de coopération des pays sont essentielles pour déterminer qui, du pays, de la Région ou du Siège de l'OMS est le plus apte à fournir les capacités techniques et scientifiques requises. Mais il n'est pas possible d'appliquer un modèle unique à tous les domaines d'activité techniques.

Pour accroître la flexibilité, les bureaux régionaux ont dévolu aux bureaux de pays la responsabilité des programmes et certains pouvoirs administratifs. Le but est de parvenir à une décentralisation technique et administrative tout en demeurant informé des activités aux niveaux des pays et des Régions ; pour ce faire, l'évaluation des performances est un outil indispensable. La surveillance et l'évaluation actuellement fournies dans le cadre du budget programme et du plan stratégique à moyen terme devraient également être une des composantes des stratégies de coopération de pays, avec des interconnexions pour éviter que les bureaux de pays et les autorités nationales consacrent inutilement du temps et des efforts aux mêmes activités.

La gestion du savoir est indubitablement une priorité au niveau des pays. Toutes les informations concernant les pays apparaissant sur les sites Web des bureaux de l'OMS dans les pays seront systématiquement recoupées avec les sources de données nationales, généralement grâce à un lien hypertexte renvoyant à ces sources lorsqu'elles seront disponibles.

Le Dr Leitner prend note des suggestions concernant les rapports de performance, qui feront l'objet de plans appropriés, et des vues concernant la valeur ajoutée par la présence de l'OMS dans les pays. L'Organisation devrait effectivement coordonner les efforts nationaux et ceux des autres

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

partenaires extérieurs, y compris les donateurs communautaires les plus importants, et agir elle aussi dans la même ligne pour accroître l'efficacité des programmes de développement sanitaire.

Le DIRECTEUR GENERAL dit qu'au cours de ses années de service au niveau des Régions et des pays, il a acquis une expérience personnelle de certaines des questions soulevées, comme la flexibilité, le recrutement et l'harmonisation des travaux. Il est donc conscient qu'il peut exister, au niveau des pays, des préoccupations qui n'ont pas été évoquées ouvertement : par exemple, les allocations de pays comprennent les dépenses de personnel et les coûts administratifs, ce qui peut donner au pays concerné l'impression qu'une forme plus directe de soutien financier est plus avantageuse. Mais, dans l'intérêt d'un véritable dialogue, il demande aux uns et aux autres d'oublier le protocole et de faire preuve d'une plus grande franchise lors de l'examen de ces questions. Il sait parfaitement que pour les consultants de l'OMS le fait de se rendre dans un pays simplement pour rencontrer des experts bien plus au fait de la question qu'eux-mêmes est une expérience qui incite à la modestie. Il est important que le personnel bénéficie d'une formation adéquate et qu'il ne demeure pas trop longtemps au même poste pour rester flexible. Il est vrai que le processus de recrutement est long mais cela est nécessaire pour garantir l'embauche des meilleurs candidats, tout en respectant le critère de la représentation géographique équilibrée.

Le Directeur général prend note du souhait sans cesse renouvelé de mieux harmoniser les opérations de l'OMS avec celles d'autres organisations au niveau des pays, compte tenu notamment de la proximité des activités mises en oeuvre dans certains domaines par d'autres institutions techniques comme l'UNICEF et le FNUAP. Même si l'on peut craindre que l'OMS perde certaines de ses prérogatives dans le processus d'harmonisation, l'intérêt pour l'Organisation est de voir quels services elle pourra fournir non seulement aux Etats Membres mais également à d'autres institutions. Il accueille avec satisfaction la résolution WHA58.25 qui constitue une avancée positive.

Le PRESIDENT remercie le Directeur général pour ses commentaires francs et directs sur les questions soulevées.

Le Conseil prend note du rapport.

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

Commerce international et santé : Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB116/4) (suite de la deuxième séance)

Le PRESIDENT invite le Conseil exécutif à examiner le projet de résolution proposé par le Bénin, le Bhoutan, la Bolivie, le Brésil, le Canada, la Chine, l'Iraq, la Jamaïque, le Kenya, le Népal, le Soudan, la Thaïlande, les Tonga et le Viet Nam dont le libellé est le suivant :

Le Conseil exécutif,
Ayant examiné le rapport intitulé Commerce international et santé ;¹
RECOMMANDE à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,
Rappelant les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27,
WHA57.14 et WHA57.19 ;

¹ Document EB116/4.

Constatant la demande d'information sur les répercussions possibles du commerce international et des accords commerciaux sur la santé aux niveaux national, régional et mondial ;

Consciente de la nécessité pour les ministres de la santé et leurs homologues chargés du commerce et des finances de travailler ensemble de façon constructive pour veiller à ce que les intérêts du commerce et de la santé soient pris en compte de façon équilibrée ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
 - 1) à promouvoir le dialogue au niveau national afin d'étudier l'interaction entre commerce international et santé ;
 - 2) à adopter des politiques, des lois et des réglementations relatives aux problèmes que ce dialogue aura permis de recenser, ainsi qu'à tirer parti des possibilités ou atténuer les risques potentiels que le commerce et les accords commerciaux pourraient présenter pour la santé ;
 - 3) à établir des relations constructives et interactives entre le secteur public et le secteur privé afin d'assurer la cohérence de leurs politiques sanitaires et commerciales ;
 - 4) à continuer à développer les capacités au niveau national de rechercher et d'analyser les possibilités et les risques potentiels liés au commerce et aux accords commerciaux pour la performance du secteur de la santé et les résultats sur le plan sanitaire ;
2. PRIE le Directeur général :
 - 1) d'apporter un appui aux Etats Membres, à leur demande et en collaboration avec les organisations internationales compétentes, afin d'élaborer des politiques commerciales et sanitaires cohérentes ;
 - 2) de répondre aux demandes d'appui des Etats Membres qui s'efforcent de développer leur capacité à mieux comprendre les répercussions du commerce international et des accords commerciaux pour la santé et à traiter les questions pertinentes à travers des politiques et une législation qui tirent parti des possibilités et atténuent les risques potentiels que le commerce et les accords commerciaux peuvent avoir sur la santé ;
 - 3) de continuer à collaborer avec les organisations internationales compétentes afin de favoriser la cohérence des politiques des secteurs du commerce et de la santé aux niveaux régional et mondial et de favoriser la mise au point d'une base de données mondiale sur les effets du commerce international et des accords commerciaux sur la santé ;
 - 4) de faire rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la présente résolution.

Le Dr HUELTA MONTALVO (Equateur) appuie pleinement le projet de résolution. Au paragraphe 1.1), il propose de remplacer l'expression « INVITE INSTAMMENT » par « INVITE ». Mais aux paragraphes 1.2), 1.3) et 1.4), le libellé existant, à savoir « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres », devrait être conservé.

Mme NYAMBU (suppléant du Dr Nyikal, Kenya) propose d'ajouter après le paragraphe 1.1) un nouveau paragraphe qui s'énoncerait comme suit : « à élaborer des mécanismes de coordination nationale associant les ministères des finances, de la santé et du commerce, ainsi que d'autres institutions pertinentes, pour étudier les aspects du commerce international liés à la santé publique ». Elle propose en outre de remplacer les mots « politiques commerciales et sanitaires » au paragraphe 2.1) par l'expression « politiques sanitaires liées au commerce. »

Le Dr LEITNER (Sous-Directeur général) rappelle que l'Assemblée de la Santé a demandé des informations sur les incidences financières des résolutions. Le Secrétariat ne prévoit pas que le projet de résolution tel qu'il se présente actuellement entraînera d'autres modifications administratives que celles figurant dans le budget programme 2006-2007. De plus, il existe au sein du Secrétariat une unité sur la mondialisation, le commerce et la santé aux activités de laquelle les bureaux régionaux participent, de sorte que cela n'occasionnera aucun frais supplémentaire (l'unité emploie deux fonctionnaires de la catégorie professionnelle titulaires de contrats à durée déterminée et deux autres engagés au titre de contrats à court terme, ainsi qu'un membre du personnel de la catégorie des services généraux sous contrat de durée déterminée). Concernant l'appui aux pays, chacune des deux missions dans les pays organisées conjointement par l'OMS et l'OMC pendant l'actuelle période biennale a coûté US \$25 000, frais de préparation, de mise en oeuvre et de suivi compris. Au total, 15 demandes ont été déposées pour des missions similaires ; leur budget sera estimé dans le contexte des stratégies de coopération avec les pays, mais pas suivant le même barème que les deux premières missions. Au cours de la période biennale actuelle, un total de US \$270 000 a été consacré à l'élaboration d'outils et de moyens de formation pour le renforcement des capacités et on s'attend à ce que les coûts atteignent quelque US \$380 000. Pendant la même période, les dépenses afférentes au développement et à la diffusion de connaissances se sont montées à US \$190 000 et on prévoit qu'elles atteindront US \$330 000. Mais ces augmentations ont déjà été incorporées dans le budget programme.

Mme HALTON (Australie) propose les amendements suivants : au deuxième alinéa du préambule, ajouter les mots « et les politiques de santé » entre les mots « santé » et « aux niveaux national ... » ; au paragraphe 1.2) du dispositif, ajouter les mots « envisager d' » avant « adopter », et remplacer le terme « risques » par « conséquences » ; au paragraphe 1.4), remplacer « les possibilités et les risques potentiels » par « les répercussions » ; et regrouper en un seul les paragraphes 2.1) et 2.2) en ajoutant la conjonction « et » à la fin du paragraphe 2.1) et en supprimant le membre de phrase « 2) de répondre aux demandes d'appui des Etats Membres » au début du paragraphe 2.2). L'intervenant propose aussi, au paragraphe 2.2) de la version anglaise, de supprimer le mot « of » entre « support » et « their » et, dans la version française, d'ajouter le mot « pleinement » entre « tire » et « parti », et de remplacer le verbe « atténuent » par « examinent », et l'expression « risques potentiels » par « répercussions ». Au paragraphe 2.3), elle suggère d'ajouter une virgule après « mondiale », de remplacer « et de favoriser » par « y compris », de remplacer l'expression « d'une base de données mondiale » par la formule « d'une approche mondiale reposant sur des données factuelles », et d'ajouter les mots « et la politique de santé » après le mot « santé ».

Le Dr WINT (Jamaïque) propose d'ajouter, au troisième alinéa du préambule, les mots « et des affaires étrangères » entre « finances » et « de travailler ».

M. AITKEN (Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés par le membre de l'Australie qui comprennent des changements mineurs au deuxième alinéa du préambule et aux paragraphes 1.2), 1.4), 2.2) et 2.3) du dispositif ainsi que le regroupement des paragraphes 2.1) et 2.2) ; de ceux proposés par le membre de la Jamaïque concernant le troisième alinéa du préambule ; par le membre de l'Equateur concernant le paragraphe 1 ; et par le membre du Kenya concernant l'ajout d'un nouveau paragraphe 1.1bis) et une modification rédactionnelle au paragraphe 2.1).

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) défend sa proposition en indiquant qu'au paragraphe 1.1), le terme « INVITE » serait plus acceptable pour les Etats Membres qui considèrent que l'expression « INVITE INSTAMMENT » porte atteinte à leur souveraineté. Il est par contre farouchement opposé à la proposition de remplacer « à adopter » par « à envisager d'adopter » au paragraphe 1.2), car cela reviendrait à vider le texte d'une bonne partie de sa substance. Puisque le Conseil a pour mission de servir les intérêts de la santé plutôt que les intérêts commerciaux, la

résolution devrait avant tout encourager les Etats Membres à mettre en oeuvre des politiques sur le commerce international et la santé, et à inciter notamment les pays qui en sont dépourvus à se doter de telles politiques. Des négociations sont en cours dans de nombreux pays, notamment en Equateur, où les parties concernées auraient besoin d'un vaste éventail de connaissances et de compétences dans beaucoup de domaines. Par exemple, le Ministre de la Santé et le Ministre du Commerce et de l'Industrie ont travaillé ensemble pour parvenir à un accord sur les droits de propriété intellectuelle relatifs aux médicaments.

Compte tenu de l'importance que revêt le projet de résolution, il est essentiel d'éviter les formules trop évasives dans le seul but de parvenir à un consensus, car elles ne déboucheraient sur aucun résultat concret. Il faut absolument veiller à ce que les questions de santé ne soient pas mises en péril par les résultats d'accords commerciaux internationaux. Si aucun accord n'est trouvé, l'Equateur se verra contraint de retirer son appui au projet de résolution.

Mme GILDERS (suppléant du Dr Shugart, Canada) estime que l'amendement au paragraphe 2.1) proposé par le membre du Kenya modifierait le sens du paragraphe, qui a été formulé dans le but d'aider les Etats Membres à collaborer pour faire en sorte que les politiques commerciales et les politiques de santé soient cohérentes.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande), appuyé par le Dr MANDIL (suppléant du Dr Abdulla, Soudan), pense que le remplacement du mot « risques » par le mot « répercussions », au paragraphe 1.4), affaiblirait le projet de résolution. Il fait siennes les observations formulées par le membre du Canada concernant le paragraphe 2.1).

Le PRESIDENT, prenant la parole en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, suggère, compte tenu de l'importance du projet de résolution, d'en reporter le débat à la cent dix-septième session du Conseil.

Le Dr SUPACHAI KUNARATANAPRUK (Thaïlande) dit qu'étant donné que le Conseil est sur le point de parvenir à un accord, il devrait être possible d'adopter le projet de résolution avant la clôture de la séance.

Le Dr HUERTA MONTALVO (Equateur) est également de cet avis. Il suggère de mettre en place un groupe de rédaction chargé de rédiger un texte révisé qui pourrait être adopté au cours de la présente séance.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) fait observer que, puisque le projet de résolution devra être soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le Conseil aura le temps de l'examiner plus avant à sa cent dix-septième session. L'adoption peut donc être reportée.

Le Dr COLEMAN (Libéria), le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) et le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) partagent cet avis.

Le Dr ALI MOHAMMED (Iraq) demande si le report de l'adoption du projet de résolution est susceptible d'avoir des conséquences négatives pour le Secrétariat et les Etats Membres.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) ajoute que, compte tenu des conséquences que le projet de résolution peut avoir sur les accords commerciaux internationaux, il serait sage de différer toute décision.

Le Dr SHANGULA (Namibie) est lui aussi favorable à cet ajournement. Il propose de reformuler comme suit le début du troisième alinéa du préambule : « Consciente de la nécessité pour les ministres chargés de la santé, du commerce, des finances et des affaires étrangères ... ».

Ainsi que le fait remarquer le Dr SINGAY (Bhoutan), que le projet de résolution soit adopté à la présente session ou qu'il soit renvoyé à la cent dix-septième session pour plus ample examen, il fera sans nul doute l'objet d'amendements supplémentaires lors de sa présentation à l'Assemblée de la Santé.

Le Professeur HOUSSIN (France) dit qu'il y a encore des aspects techniques concernant le rôle des organisations internationales et les accords à conclure avec l'Union européenne qui méritent d'être précisés. Il faudrait accorder plus de temps à l'examen du projet de résolution en vue de son adoption par le Conseil en janvier 2006.

Le PRESIDENT dit qu'il considère que le Conseil souhaite reporter l'examen du projet de résolution à sa cent dix-septième session.

Il en est ainsi convenu.

La séance est levée à 12 h 40.

QUATRIEME SEANCE

Vendredi 27 mai 2005, 14 heures

Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)

1. QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES : Point 5 de l'ordre du jour (suite)

Comités du Conseil exécutif : composition : Point 5.3 de l'ordre du jour (documents EB116/7 et EB116/7 Add.1)

Le PRESIDENT appelle l'attention du Conseil sur le rapport relatif à la composition des comités du Conseil, publié sous la cote EB116/7, ainsi que sur les propositions présentées dans le document EB116/7 Add.1 au sujet des postes à pourvoir.

Comité permanent des Organisations non gouvernementales

Décision : Le Conseil exécutif a nommé le Dr A. B. Insanov (Azerbaïdjan) et le Dr H. N. Acharya (Népal) membres, pour la durée de leur mandat au Conseil exécutif, de son Comité permanent des Organisations non gouvernementales, en plus du Dr F. Huerta Montalvo (Equateur), du Dr A. B. Osman (Soudan) et de Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam) qui font déjà partie de ce Comité. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.¹

Comité du Programme, du Budget et de l'Administration

Décision : Le Conseil exécutif a nommé membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le Dr Jigmi Singay (Bhoutan), le Dr A. M. Ali Mohammed (Iraq), M. J. Junor (Jamaïque), le Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), le Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda) et le Dr V. Tangi (Tonga) pour une période de deux ans ou jusqu'à l'expiration de leur mandat au Conseil, si celle-ci intervient plus tôt ; M. I. Shugart (Canada) pour une période d'un an, en plus de Mme J. Halton (Australie), du Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), du Professeur D. Houssin (France), du Dr M. Phooko (Lesotho) et du Professeur Suchai Charoenratanakul (Thaïlande) qui font déjà partie de ce Comité ; M. M. N. Khan (Pakistan), Président du Conseil, membre de droit, et le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), Vice-Président du Conseil, membre de droit. Il a été entendu que, si l'un des membres du Comité n'était pas en mesure d'assister à ses réunions, son successeur ou le membre suppléant du Conseil désigné par le gouvernement intéressé, conformément à l'article 2 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, participerait aux travaux du Comité.²

¹ Décision EB116(1).

² Décision EB116(2).

Comités des Fondations

Le PRESIDENT fait observer que puisque les membres du Conseil faisant partie des comités ou groupes de sélection siégeront encore au Conseil pendant un an ou plus, aucun poste n'est à pourvoir au cours de la présente session aux comités ou groupes de sélection de la Fondation Darling, du Prix de la Fondation Léon Bernard, de la Bourse de la Fondation Jacques Parisot, de la Bourse et du Prix de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille, du Prix de l'Etat du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé, du Prix Sasakawa pour la Santé et du Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé.

Nomination des représentants du Conseil exécutif à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Décision : Conformément au paragraphe 1 de la résolution EB59.R7, le Conseil exécutif a nommé son Président, M. M. N. Khan (Pakistan), membre de droit, et ses trois premiers Vice-Présidents, le Dr H. N. Acharya (Népal), le Dr K. Shangula (Namibie) et Mme J. Halton (Australie) pour représenter le Conseil à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été entendu que, si l'un d'entre eux n'était pas en mesure d'assister à la session de l'Assemblée de la Santé, le Vice-Président restant, le Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg), et le Rapporteur, M. M. Bailón (Mexique), pourraient être invités à représenter le Conseil.¹

Prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé : Point 5.4 de l'ordre du jour (document EB116/8)

Le PRESIDENT indique que la dernière phrase du dernier paragraphe du rapport à l'examen doit se terminer par les mots : « et prendrait fin au plus tard le samedi 27 mai 2006 ».

Le Dr SHANGULA (Namibie) relève avec satisfaction que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ne durera que six jours, soulignant toutefois que la gestion du temps de l'Assemblée de la Santé pourrait encore être améliorée de deux manières. A l'avenir, il faudrait à tout prix éviter d'aborder en séance plénière la question de Taïwan et de sa représentation. Participer à l'Assemblée coûte du temps et de l'argent aux Etats Membres. Ces ressources doivent être utilisées avec sagesse et parcimonie. La question de Taïwan est source de discorde et assombrir le début de l'Assemblée de la Santé.

D'autre part, lors du débat consacré au rapport du Directeur général, les orateurs n'ont pas limité leurs interventions aux cinq minutes qui leur étaient imparties. S'ils outrepassent ce délai, il faut les prier de mettre fin à leur intervention. Les deux premiers jours de l'Assemblée ne sont pas utilisés de façon optimale et il est temps de remédier à cette situation.

Le PRESIDENT souscrit à ce qui vient d'être dit. Il est certes délicat d'interrompre le discours d'un ministre de la santé, mais chacun est tenu de respecter son temps de parole.

Le DIRECTEUR GENERAL fait observer que lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, la gestion du temps s'est nettement améliorée par rapport à l'Assemblée de la Santé précédente. Un mémorandum d'accord conclu entre la République populaire de Chine et l'OMS a abouti à la mise en place d'un mécanisme permettant aux experts taïwanais de participer aux activités techniques de l'Organisation et à des membres du personnel de l'OMS de se rendre à Taïwan en cas d'urgence de santé publique. Le Directeur général s'est donné pour tâche de tirer parti de ce

¹ Décision EB116(3).

dispositif pour favoriser les échanges et la coopération technique avec Taiwan et faire la preuve que, contrairement à ce que tels ou tels Etats Membres ont affirmé, il n'existe pas de solution de continuité dans le travail de l'Organisation. Quant au problème politique, c'est bien entendu à New York et à Beijing qu'il doit être résolu. On gagnerait évidemment du temps en s'abstenant d'en débattre à l'Assemblée de la Santé.

Date, lieu et durée de la cent dix-septième session du Conseil exécutif

Décision : Le Conseil exécutif a décidé que sa cent dix-septième session s'ouvrirait le lundi 23 janvier 2006 au Siège de l'OMS à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 28 janvier 2006.¹

Date, lieu et durée de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé

Décision : Le Conseil exécutif a décidé que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé s'ouvrirait le lundi 22 mai 2006 au Palais des Nations à Genève et prendrait fin au plus tard le samedi 27 mai 2006.²

2. DECLARATION DU REPRESENTANT DES ASSOCIATIONS DU PERSONNEL DE L'OMS : Point 6 de l'ordre du jour (document EB116/INF.DOC.1)

Mme LALIBERTÉ (représentant des Associations du Personnel de l'OMS) se fait à nouveau l'écho de la demande formulée par les associations du personnel, qui souhaitent participer aux travaux du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration lorsque celui-ci examine des questions intéressant le personnel. Les décisions du Comité en matière de politique budgétaire et de ressources humaines ont été prises sans tenir compte de l'avis des associations du personnel, dont les observations sont arrivées trop tard. Or la majeure partie des contributions des Etats Membres sont consacrées à des dépenses de personnel, en sorte que le Comité aurait intérêt à prendre connaissance des vues de celui-ci. Bien souvent, les conditions d'emploi faites aux membres du personnel seraient inacceptables ou illégales dans les pays représentés au Conseil ou dans le pays hôte, la Suisse. Les contrats offerts par l'OMS n'offrent pas au personnel une sécurité d'emploi suffisante. Engagé au titre de contrats à court terme de 11 mois, un personnel hautement qualifié ne peut pas donner le meilleur de son potentiel. En participant aux travaux du Comité, les associations du personnel de l'OMS aideraient celui-ci à prendre les décisions voulues en ce qui concerne les questions relatives au personnel. En matière de ressources humaines, des mécanismes de base doivent être en place et fonctionner ; cela est notamment vrai de la Commission d'enquête sur les plaintes des fonctionnaires et des comités permanents chargés du classement des postes et de la réaffectation, qui doivent être dotés des pouvoirs voulus pour s'acquitter de leur mandat. Le personnel a besoin d'un véritable filet de sécurité qui ferait de l'OMS un employeur équitable sur le plan social.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) déclare que le dévouement des associations du personnel et les efforts qu'elles déploient pour faire en sorte qu'il soit tenu compte du point de vue du personnel dans les décisions prises sont fort appréciés. La mise en place de mécanismes efficaces et adaptés progresse. Le Conseil mondial Personnel/Administration est devenu un forum interactif performant entre l'administration et le personnel ; tant au Siège que dans les bureaux régionaux, on

¹ Décision EB116(4).

² Décision EB116(5).

s'emploie sans relâche à améliorer encore cette interaction. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration n'est pas une instance de décision, mais est plutôt appelé à donner des avis au Conseil. La résolution EB57.R8 permet aux associations du personnel de soumettre leur opinion au Conseil. Les autres questions qui ont été évoquées sont actuellement en cours d'examen et on s'emploie avec une grande détermination à faire encore avancer les choses.

Le PRESIDENT déclare que le Conseil est conscient de l'ampleur de la tâche accomplie par le personnel de l'OMS. Il croit comprendre que le Conseil souhaite prendre note de la déclaration du représentant des associations du personnel de l'OMS.

Il est pris note de la déclaration.

3. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 7 de l'ordre du jour

Mise en oeuvre de la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale en cas de présence naturelle, de dissémination accidentelle ou d'usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : Point 7.1 de l'ordre du jour (document EB116/9)

Mme GILDERS (Canada) constate que de grands progrès ont été faits depuis l'adoption de la résolution WHA55.16. L'OMS a renforcé la capacité de la communauté internationale de faire face à des événements d'ordre chimique, biologique et radionucléaire, quelle qu'en soit l'origine. L'Organisation a également joué un rôle moteur dans l'initiative de sécurité sanitaire mondiale, à laquelle le Canada participe. Quant à l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), elle représente aussi un élément important dans la recherche de solutions à ces problèmes. Le Gouvernement canadien est tout à fait acquis aux principes énoncés dans le rapport et souhaite que le Secrétariat poursuive la tâche qu'il a entreprise. L'intervention de l'OMS a eu pour heureux effet une collaboration accrue entre des institutions, organisations et secteurs qui ne coopéraient pas aussi étroitement par le passé.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) souligne que divers problèmes abordés dans la résolution WHA55.16 ont été évoqués au cours des difficiles négociations qui ont conduit à l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. La position brésilienne a été clairement exposée dans les documents de consensus de Montevideo et de Buenos Aires distribués à la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international. Lors de la mise en oeuvre de la résolution WHA55.16, le Secrétariat devra absolument veiller à ne prendre aucune mesure susceptible de l'amener à outrepasser le mandat de l'Organisation ; il devra se concentrer sur les conséquences pour la santé publique des événements considérés, quelle qu'en soit l'origine. Par ailleurs, toutes initiatives de l'OMS visant à renforcer le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie doivent être prises en étroite coordination avec les Etats Membres.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)¹ loue les efforts qui ont été déployés pour coordonner les activités de détection, de vérification et d'intervention mises en oeuvre à l'occasion des multiples flambées de maladie qui, ces dernières années ont été de nature à inquiéter la communauté internationale : il s'agit là d'une fonction clé de l'Organisation. La résolution WHA55.16 est d'autant plus importante qu'elle traite des capacités nationales et internationales d'alerte face à des menaces pour la santé publique, que celles-ci soient d'origine naturelle ou délibérées. Le Règlement sanitaire

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

international (2005) met l'accent sur l'importance de bien se préparer et il s'agit désormais de veiller à sa mise en oeuvre efficace. A cet égard, les activités évoquées dans le rapport à l'examen sont vitales. Le Secrétariat doit être en mesure d'aider les Etats Membres à s'acquitter de leur mission, qui est d'assurer une surveillance efficace et de notifier et de gérer avec compétence les urgences de santé publique. En cas d'événement de cet ordre, les systèmes de communication pourraient se trouver débordés et il doit exister des plans permettant de faire face à une augmentation soudaine des demandes d'information et d'intervention. Le rapport à l'examen aurait pu évoquer de manière plus détaillée la contribution et le rôle de l'OMS en tant que coordonnateur principal dans des situations de ce genre – un rôle qui lui est imparti par le Règlement sanitaire international (2005), notamment en ce qui concerne sa collaboration avec d'autres organisations internationales.

Les Etats-Unis, qui s'emploient actuellement à moderniser leur infrastructure de santé publique et leurs capacités connexes, et qui réfléchissent aussi aux moyens d'aider d'autres pays à se doter de telles capacités, attendent avec intérêt les rapports que l'OMS consacrera à ces questions.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) se félicite de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), qui va permettre de mettre en place un dispositif de lutte contre les maladies susceptibles de représenter un risque pour la santé publique de portée internationale. Il est vital que tous les Etats Membres se mobilisent rapidement pour faire face à ces risques conformément aux dispositions du Règlement. Le Japon s'emploiera à donner effet à celui-ci et coopérera avec la communauté internationale en mettant à sa disposition ses ressources humaines et sa technologie. Il compte également sur les initiatives que prendra l'OMS pour favoriser les progrès techniques et encourager les Etats Membres à scrupuleusement appliquer le Règlement, s'agissant notamment de la surveillance et du suivi. Le Japon collabore avec d'autres membres du groupe d'action sur la sécurité sanitaire mondiale en vue d'améliorer cette sécurité et d'être mieux préparé et prêt à réagir en cas d'actions terroristes ; en tant que Président du groupe de travail sur le terrorisme chimique, il recueille actuellement des informations sur les conséquences pour la santé du terrorisme chimique et sur les technologies connexes.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général) remercie les membres du Conseil de leurs observations et de leurs conseils. En réponse au membre désigné par le Brésil, il indique que l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) a certes renforcé les possibilités d'action du Secrétariat, mais que celui-ci a conscience des difficultés que présente sa mise en oeuvre et comprend bien que les Etats Membres souhaitent que l'Organisation s'en tienne à son mandat et à son domaine de compétence.

Le DIRECTEUR GENERAL rappelle que les mesures à prendre en ce qui concerne la dissémination d'agents biologiques ou chimiques ou de matières nucléaires ont été parmi les points les plus délicats à régler lors des négociations relatives à la révision du Règlement sanitaire international. L'OMS n'a nullement l'intention d'outrepasser son mandat ou de se lancer dans des activités relevant d'organisations telles que l'AIEA. Mais si l'on se réfère aux précédents historiques, il est évident que le secteur de la santé est appelé à jouer un rôle clé s'agissant de faire face à des événements constituant des urgences de santé publique, quels qu'en soit la source ou l'agent. C'est ainsi qu'il y a 60 ans au Japon, c'est le secteur de la santé qui a été le premier à réagir aux événements d'Hiroshima et de Nagasaki. Sur un plan pratique, il est donc logique que l'OMS soit associée aux mesures prises pour faire face à des événements d'origine biologique, chimique ou radionucléaire.

Le Conseil prend note du rapport.

Commission de l'OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique : rapport de situation : Point 7.2 de l'ordre du jour (document EB116/10)

Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Abdulla, Soudan), se référant à la section du rapport intitulée « Principales questions », souligne qu'une société spécialisée dans la technologie de l'information a récemment autorisé l'accès à plus de 500 de ses brevets de logiciels, ce qui stimulera le marché de l'informatique et de la technologie des communications et bénéficiera aux consommateurs. Un dialogue pourrait s'ouvrir avec les détenteurs de droits de propriété intellectuelle intéressant la santé dans le but de les amener à suivre cet exemple, ce qui permettrait d'élargir l'accès à certains produits, procédés et protocoles liés à la santé.

Le Dr GOMES TEMPORÃO (Brésil) convient qu'il est implicitement question, dans le rapport de situation, des questions abordées dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ; cependant, le rapport final de la Commission doit expressément indiquer qu'il est important de tirer parti, pour élaborer et mettre en oeuvre les politiques de santé publique, des flexibilités laissées, tout particulièrement pour ce qui est des maladies affectant les pays en développement, par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce. Le rapport final doit également faire mention des discussions qui ont eu lieu lors de la réunion tenue par la Commission au Brésil en février 2005. Une approche transparente, cohérente, globale et intégrée devrait être privilégiée dans le processus qui aboutira au rapport final de la Commission. Il faut espérer que ce rapport sera à la hauteur des espoirs suscités à l'occasion de la création de la Commission et qu'il sera axé sur la promotion de l'accès aux médicaments pour tous.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) s'associe aux observations de l'orateur précédent. Le concept de propriété intellectuelle doit être élargi pour englober non pas seulement les médicaments, mais aussi les procédés cliniques, les utilisations secondaires de produits actuellement brevetés et la protection des informations et des données. La Commission doit s'intéresser à ces problèmes. Elle doit aussi réfléchir à la mesure dans laquelle les dispositions relatives à la propriété intellectuelle pourraient s'appliquer à la protection des médicaments naturels dérivés de plantes médicinales ainsi que des connaissances et pratiques médicales traditionnelles. La Bolivie attend avec intérêt le rapport final de la Commission.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) souligne que la Commission doit continuer à faire preuve de la neutralité et de la transparence qui ont caractérisé ses travaux jusqu'à présent. Une protection efficace des droits de propriété intellectuelle est une excellente incitation à l'innovation et à la mise au point de nouveaux médicaments. Il faut tenir compte de la taille potentielle des marchés lorsque l'on envisage de consacrer des fonds publics à la promotion de la recherche-développement dans le domaine des médicaments. Dans le cas de marchés restreints, le financement par des fonds publics a un rôle important à jouer dans la mise au point des médicaments ; lorsque le marché est plus vaste, c'est le secteur privé qui devrait mobiliser les ressources nécessaires. La Commission a essentiellement consacré ses débats aux effets du système des brevets sur l'accès aux nouveaux médicaments ; or le renforcement de l'infrastructure sociale, à savoir notamment les établissements médicaux, le personnel médical et les transports, contribue également beaucoup à améliorer l'accès.

Le Dr TÜRMEŒN (représentant du Directeur général) assure le Conseil que la Commission n'épargne aucun effort pour produire un rapport final de qualité, en veillant à sa neutralité et à son objectivité ainsi qu'à la transparence de ses méthodes de travail. Ce rapport contiendra effectivement des renseignements sur l'issue de la réunion tenue au Brésil et sur les effets de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique. La question des connaissances et pratiques traditionnelles sera également traitée dans son ensemble. Le site Web de l'OMS fournit des

renseignements complets sur les activités de la Commission. L'intervenant a pris bonne note des observations qui ont été faites et les transmettra à la Commission.

Le PRESIDENT, après avoir souligné que la suggestion faite par le membre désigné par le Soudan est judicieuse, invite le Conseil à prendre note du rapport.

Le Conseil prend note du rapport.

Comités d'experts et groupes d'étude : Point 7.3 de l'ordre du jour (document EB116/11)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le document EB116/11, où sont présentés les rapports des deux comités d'experts.

Le Conseil prend note du rapport.

4. CLOTURE DE LA SESSION : Point 8 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR GENERAL indique que, dans le souci d'assurer une plus grande continuité dans les travaux du Conseil entre les sessions, il a l'intention d'entrer chaque mois en contact avec ses membres par voie électronique, afin de les tenir au courant des activités de l'OMS et des questions de santé publique en général. Il leur sera loisible de poser des questions ou de demander un complément d'information s'ils le souhaitent.

S'il a fait preuve d'une si grande franchise au cours de la présente session, c'est qu'il souhaitait ouvrir la voie à un dialogue constructif au sein du Conseil. Des débats sincères et honnêtes contribueront à mieux guider le Secrétariat dans ses travaux et lui permettront de mieux servir les Etats Membres.

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare la session close.

La séance est levée à 15 h 5.
