



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

**CONSEIL EXÉCUTIF**  
**CENT DIX-SEPTIÈME SESSION**  
**GENÈVE, 23-27 JANVIER 2006**

**PROCÈS-VERBAUX**

GENÈVE  
2006

---





ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

---

**CONSEIL EXÉCUTIF**  
**CENT DIX-SEPTIÈME SESSION**  
**GENÈVE, 23-27 JANVIER 2006**

**PROCÈS-VERBAUX**

GENÈVE  
2006

---

## 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 dix-septième session au Siège de l’OMS, à Genève, du 23 au 27 janvier 2006. Ses actes sont publiés dans deux volumes. Le présent volume contient les procès-verbaux des débats du Conseil, la liste des participants avec les noms du Président, des Vice-Présidents et des Rapporteurs, et la composition des comités et groupes de travail. Les résolutions et décisions, avec les annexes s’y rapportant, sont publiées dans le document EB117/2006/REC/1.



## TABLE DES MATIERES

	<b>Pages</b>
Avant-propos .....	iii
Ordre du jour .....	ix
Liste des documents .....	xiii
Liste des membres et autres participants .....	1
Comités et groupes de travail .....	27

## PROCES-VERBAUX

### Première séance

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour.....	29
2. Rapport du Directeur général .....	33
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.....	41

### Deuxième séance

Questions techniques et sanitaires	
Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS.....	42
Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action	
• Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi .....	45

### Troisième séance

1. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action (suite)	
• Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi (suite) .....	55
• Renforcement des systèmes de santé et de surveillance : utilisation de la technologie de l'information et des systèmes d'information géographique .....	64
2. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour (suite) .....	64
3. Questions techniques et sanitaires (reprise)	
Eradication de la poliomyélite .....	65

**Quatrième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Eradication de la poliomyélite (suite) .....	68
VIH/SIDA	
• Accès universel à la prévention, aux soins et au traitement.....	72
• Nutrition et VIH/SIDA : projet de résolution.....	72

**Cinquième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles .....	84
Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique.....	85
Drépanocytose.....	93
Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables .....	97

**Sixième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables (suite) .....	101
Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	
• Mise à jour après la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2005).....	105
• Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, plus particulièrement du point de vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.....	105
Commerce international et santé : projet de résolution .....	114

**Septième séance**

Questions techniques et sanitaires (suite)	
Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique .....	116
Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé .....	128

**Huitième séance**

1. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé (suite) .....	130
2. Questions soumises pour information	
Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS) .....	133
3. Questions techniques et sanitaires (reprise)	
Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action (suite)	
• Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi (suite) .....	134
Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (suite).....	139
VIH/SIDA (suite)	
• Accès universel à la prévention, aux soins et au traitement (suite).....	140
Cybersanté : outils et services proposés .....	141
Promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.....	144
4. Questions programmatiques et budgétaires	
Onzième programme général de travail, 2006-2015 .....	148



## Neuvième séance

Questions relatives au programme et au budget (suite)	
Onzième programme général de travail, 2006-2015 (suite).....	152
Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, mécanisme de validation compris.....	156

## Dixième séance

1. Questions relatives au programme et au budget (suite)	
Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, dispositif de validation compris (suite).....	164
Fonds immobilier : rapport de situation .....	165
2. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif (suite).....	165
3. Questions techniques et sanitaires (suite)	
Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS (suite).....	166
4. Questions financières	
Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution.....	170
Suivi de la mise en oeuvre des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes .....	170
5. Questions relatives au personnel	
Ressources humaines : rapport annuel .....	170
Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale .....	171
Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel .....	171
Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS .....	171
6. Questions techniques et sanitaires (reprise)	
Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (suite).....	174
7. Autres questions administratives	
Rapports des comités du Conseil exécutif	
• Comité permanent des Organisations non gouvernementales .....	174
• Fondations et distinctions .....	175
Rapports du Corps commun d'inspection .....	176
Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif.....	176
8. Questions soumises pour information	
Comités d'experts et groupes d'études .....	178
Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation.....	178
9. Questions techniques et sanitaires (reprise)	
Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique (reprise) .....	184
10. Questions soumises pour information (reprise)	
Ressources humaines pour le développement sanitaire .....	188
11. Clôture de la session.....	190



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

## *Numéro du point*

1. Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour
2. Rapport du Directeur général
  - Discussion de questions soulevées
3. Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration
4. Questions techniques et sanitaires
  - 4.1 Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS
  - 4.2 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action
    - Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi
    - Renforcement des systèmes de santé et de surveillance : utilisation de la technologie de l'information et des systèmes d'information géographique
  - 4.3 Commerce international et santé : projet de résolution
  - 4.4 Eradication de la poliomyélite
  - 4.5 VIH/SIDA
    - Accès universel à la prévention, aux soins et au traitement
    - Nutrition et VIH/SIDA : projet de résolution
  - 4.6 Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles
  - 4.7 Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
  - 4.8 Drépanocytose (anémie à hématies falciformes)
  - 4.9 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
  - 4.10 Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique

---

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

- 4.11 Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé
  - Mise à jour après la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2005)
  - Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, plus particulièrement du point de vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement
- 4.12 Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
- 4.13 Cybersanté : outils et services proposés
- 4.14 Promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé
- 5. Questions relatives au programme et au budget
  - 5.1 Onzième programme général de travail, 2006-2015
  - 5.2 Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, dispositif de validation compris
  - 5.3 Fonds immobilier : rapport de situation
- 6. Questions financières
  - 6.1 Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
  - 6.2 Suivi de la mise en oeuvre des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes
- 7. Questions relatives au personnel
  - 7.1 Ressources humaines : rapport annuel
  - 7.2 Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
  - 7.3 Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel
  - 7.4 Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
- 8. Autres questions administratives
  - 8.1 Rapports des comités du Conseil exécutif
    - Comité permanent des Organisations non gouvernementales
    - Fondations et distinctions

- 8.2 Rapports du Corps commun d'inspection
  - Rapports antérieurs : mise en oeuvre des recommandations
  - Rapports récents
- 8.3 Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif
- 9. Questions soumises pour information
  - 9.1 Comités d'experts et groupes d'étude
  - 9.2 Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation
    - A. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant
    - B. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (effets sur le développement économique national compris)
    - C. Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille
    - D. Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe
    - E. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale
    - F. Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé
    - G. Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays : rapport de situation intérimaire
  - 9.3 Ressources humaines pour le développement sanitaire
  - 9.4 Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS)
  - 9.5 [Transféré au point 4 ; devient le point 4.14]
- 10. Clôture de la session



## LISTE DES DOCUMENTS

EB117/1 Rev.1	Ordre du jour <sup>1</sup>
EB117/1(annoté)	Ordre du jour provisoire (annoté)
EB117/2	Allocution du Directeur général à la cent dix-septième session du Conseil exécutif
EB117/3	Rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif <sup>2</sup>
EB117/4	Eradication de la poliomyélite
EB117/4 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>3</sup>
EB117/5	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action
EB117/6	VIH/SIDA : accès universel à la prévention, aux soins et au traitement
EB117/7	Nutrition et VIH/SIDA : activités entreprises en 2004-2005
EB117/7 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>3</sup>
EB117/8 et Rev.1	Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles
EB117/8 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>3</sup>

---

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

<sup>2</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 3.

<sup>3</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 4.

EB117/9	Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique
EB117/10	Commerce international et santé : projet de résolution
EB117/10 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>
EB117/11	Promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé
EB117/12	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise à jour après la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2005)
EB117/13	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : mise à jour – Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie pour la santé et le développement des enfants et des adolescents, en mettant tout spécialement l'accent sur la réalisation des objectifs convenus au plan international concernant la santé et le développement des enfants
EB117/14	Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé
EB117/14 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>
EB117/15	Cybersanté : outils et services proposés
EB117/16	Onzième programme général de travail 2006-2015
EB117/16 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>
EB117/17	Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, dispositif de validation compris
EB117/18	Fonds immobilier : rapport de situation

---

<sup>1</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 4.



## LISTE DES DOCUMENTS

---

EB117/19	Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution
EB117/20	Suivi de la mise en oeuvre des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes
EB117/21	Ressources humaines : rapport annuel
EB117/21 Add.1 et Add.1 Corr.1	Ressources humaines : rapport annuel
EB117/22	Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale
EB117/23	Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel <sup>1</sup>
EB117/23 Add.1 et Add.2	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB117/24	Relations avec les organisations non gouvernementales : rapport du Comité permanent des Organisations non gouvernementales <sup>3</sup>
EB117/24 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>2</sup>
EB117/25	Rapports du Corps commun d'inspection – Précédents rapports : mise en oeuvre des recommandations
EB117/26	Rapports du Corps commun d'inspection – Rapports récents
EB117/27	Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé
EB117/28	Comités d'experts et groupes d'étude
EB117/28 Add.1	Comités d'experts et groupes d'étude – Composition des tableaux d'experts et réunions des comités d'experts

---

<sup>1</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 1.

<sup>2</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 4.

<sup>3</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 2.

EB117/29	Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation
EB117/30	Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS
EB117/31	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action – Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi
EB117/31 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>
EB117/32	Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action – Renforcement des systèmes de santé et de surveillance : utilisation de la technologie de l'information et des systèmes d'information géographique
EB117/33	Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique
EB117/34	Drépanocytose (anémie à hématies falciformes)
EB117/35	Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
EB117/35 Add.1	Rapport sur les incidences administratives et financières qu'auront pour le Secrétariat les résolutions proposées au Conseil exécutif ou à l'Assemblée de la Santé pour adoption <sup>1</sup>
EB117/36	Ressources humaines pour le développement sanitaire
EB117/37	Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS)

### **Documents d'information**

EB117/INF.DOC./1	Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS
EB117/INF.DOC./2	Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé – Elaboration d'une stratégie de renforcement des systèmes de santé
EB117/INF.DOC./3	Onzième programme général de travail 2006-2015

---

<sup>1</sup> Voir document EB117/2006/REC/1, annexe 4.

## **LISTE DES MEMBRES ET AUTRES PARTICIPANTS**

### **MEMBRES, SUPPLEANTS ET CONSEILLERS**

#### **PAKISTAN**

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

*Suppléants*

Mr M. KHAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr Q.M. KHALILULLAH, Director, Ministry of Foreign Affairs, Islamabad

Dr H. OROOJ, Deputy Director General, Ministry of Health, Islamabad

Dr T. KHAN, Adviser, Ministry of Health, Islamabad

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

#### **AUSTRALIE**

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

*Suppléants*

Mr M. SMITH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

Mr M. PALU, AusAID, Canberra

Ms J. QUIGLEY, Acting Director, Multilateral Relations, Migration and Trade Section,  
Department of Health and Ageing, Canberra

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

*Conseillers*

Ms R. MUDIE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

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

Ms C. HOLLIDAY, Permanent Mission, Geneva

Ms T. BRINK, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

#### **AZERBAIDJAN**

Mr O.K. SHIRALIYEV, Minister of Health, Baku

*Suppléants*

Mr E. AMIRBAYOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr S.A. ABDULLAYEV, International Relations Department, Ministry of Health, Baku

Mr R. NOVRUZOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

#### **BAHREIN**

Dr S.A. KHALFAN, Director of Public Health, Ministry of Health, Manama (**suppléant du  
Dr N.A. Haffadh**)

**BHOUTAN**

Dr JIGMI SINGAY, Minister, Ministry of Health, Thimphu

*Suppléant*

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

*Conseiller*

Ms D. TSHERING, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**BOLIVIE**

Dr F. ANTEZANA ARANÍBAR, Asesor Principal, Ministerio de Salud y Deportes, La Paz

*Suppléant*

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

**BRESIL**

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

*Suppléants*

Mr C. HUGUENEY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr C.A. DA ROCHA PARANHOS, Ambassador, Alternate Permanent Representative, Geneva

Mr J. BARBOSA DA SILVA JUNIOR, Secretary of Health Surveillance, Ministry of Health,  
Brasília

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

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

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

Mr L. CLEAVER DE ATHAYDE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

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

**CANADA**

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

*Suppléants*

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

Mr T. CORMIER, Deputy Permanent Representative, Geneva

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

Mr P. OLDHAM, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr D. MACPHEE, Human Rights, Humanitarian Affairs and International Women's Equity  
Division, Foreign Affairs Canada, Ottawa

Dr A. KING, Director, Immunization and Respiratory Infections Division, Centre for Infectious  
Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada, Ottawa

Mr D. STRAWCZYNSKI, Senior Policy Analyst, International Affairs Directorate, Health  
Canada, Ottawa

Mrs N. STUEWER, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**EQUATEUR**

Dr J. ANDRADE GAIBOR, Subsecretario General de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito

*Suppléants*

Sr. J.C. FAIDUTTI ESTRADA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. A. CABRERA HIDALGO, Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Dr C. SANTOS, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**FRANCE**

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

*Suppléants*

M. J.-M. RIPERT, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Dr J.-B. BRUNET, Chef, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

M. L. CONTINI, Sous-Directeur aux Affaires économiques, Ministère des Affaires étrangères, Paris

Mme B. ARTHUR, Délégation aux Affaires européennes et internationales, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

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

Mme I. VIREM, Cellule des Affaires européennes et internationales, Direction générale de la Santé, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris

M. M. GIACOMINI, Représentant permanent adjoint, Genève

Mme J. TOR DE TARLÉ, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

M. J.-F. TROGRLIC, Conseiller (Affaires sociales), Mission permanente, Genève

Mme P. RENOUL, Conseiller, Mission permanente, Genève

*Conseiller*

Mme N. MATHIEU, Mission permanente, Genève

**GUINEE-BISSAU**

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

**IRAQ**

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

*Suppléants*

Mr S.N. MAHMOOD, Deputy Minister of Health, Department of Health, Erbil

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

Mr E.A. AZIZ, Ministry of Health, Baghdad

Mr M. HAMID, Ministry of Health, Baghdad

**ISLANDE**

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

*Suppléants*

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

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

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

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

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

### **JAMAHIRIYA ARABE LIBYENNE**

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

*Suppléants*

Mr E.I. TAMER, Secretary, General People's Committee for Health, Tripoli

Mr A. BENOMRAN, Chargé d'Affaires, Permanent Mission, Geneva

Dr N. SAMOU, National Centre for Contagious and Chronic Diseases, Tripoli

Dr H. GASHUT, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr F. ABUSAA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

### **JAMAÏQUE**

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

*Suppléant*

Ms A. MORRIS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

### **JAPON**

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

*Suppléants*

Mr Y. IWABUCHI, Director, International Affairs Planning Office, Ministry of Health, Labour  
and Welfare, Tokyo

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

Ms M. IMAI, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and  
Welfare, Tokyo

Dr S. NODA, Deputy Director, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and  
Welfare, Tokyo

Dr R. AKIZUKI, Unit Coordinator, Intergovernmental Organization Unit, International  
Planning Office, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo

Ms C. KANEMARI, Official, International Affairs Division, Ministry of Health, Labour and  
Welfare, Tokyo

Mr Y. ARAI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

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

### **KENYA**

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

*Suppléants*

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

Dr E.A. OGWELL, Assistant Director of Medical Services, Ministry of Health, Nairobi

Mr N.M. NDIRANGU, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

**LESOTHO**

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

*Suppléants*

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

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

**LIBERIA**

Dr N.S. BARTEE, Deputy Minister for Planning, Research, Development and Statistics, Monrovia,  
**(suppléant du Dr P. S. Coleman)**

**LUXEMBOURG**

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

**(Vice-Président)**

*Suppléants*

M. J. FEYDER, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Mme C. GOY, Représentant permanent adjoint, Genève

**MADAGASCAR**

Dr R.R. JEAN LOUIS, Ministre de la Santé et du Planning familial, Antananarivo

*Suppléants*

Dr M.P.O. RAHANTANIRINA, Directeur de la Santé de la Famille, Ministère de la Santé et du  
Planning familial, Antananarivo

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

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*

Dr. J. SEPÚLVEDA, Director, Institutos Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Sr. L.A. DE ALBA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Dr. C. RUÍZ MATUS, Coordinador de Asesores del Subsecretario de Prevención y Promoción  
de la Salud, Secretaría de Salud, México, DF

Dr. E. JARAMILLO, Director Ejecutivo, Operación Internacional de la Comisión Federal para  
la Protección contra Riesgos Sanitarios, Secretaría de Salud, México, DF

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

Sra. A. GONZÁLEZ MOREL, Directora de Asuntos Multilaterales, 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, Joint Secretary, Policy Planning and International Cooperation Division,  
Ministry of Health, Kathmandu (**Vice-Président**)

*Suppléant*

Mr G.B. THAPA, Minister Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**PORTUGAL**

Professeur J. PEREIRA MIGUEL, Haut Commissaire pour la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

*Suppléants*

M. J.C. DA COSTA PEREIRA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

Professeur P. FERRINHO, Sous-Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Lisbonne

Mme M.J. LARANJEIRO, Assesseur du 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 P. HRNČÍŘ, Deputy Permanent Representative, Geneva

**ROUMANIE**

Dr V. ILIESCU, Secretary of State for European Integration, Ministry of Health, Bucharest,

**(suppléant de M. E. Nicolaescu)**

*Suppléant*

Mr D.R. COSTEA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

*Conseillers*

Dr I. ROMAN, State Adviser, Government of Romania, Bucharest

Dr L. MIHAI, Director General, General Department of European Integration and Foreign  
Relations, Bucharest

Dr C. ANGHELUTA, Deputy Director General, General Department of European Integration  
and Foreign Relations, Bucharest

Mr F. PIRONEA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**RWANDA**

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

*Suppléant*

M. A. KAYITAYIRE, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève



**SOUDAN**

Dr T. BOTROS SHOKAI, Federal Minister of Health, Khartoum

*Suppléants*

Dr S. MANDIL, Senior Adviser, Federal Ministry of Health, Khartoum

Dr I.M. ABDALLA, Director, Directorate General of International Health, Federal Ministry of Health, Khartoum

Mr O.D.F. MOHAMED, Minister, Chargé d'Affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Dr S. MUSTAFA, Federal Ministry of Health, Khartoum

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

**THAÏLANDE**

Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT, Senior Public Health Officer, Ministry of Public Health, Bangkok

*Suppléants*

Mr CHAIYONG SATJIPANON, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

*Conseillers*

Ms WARANYA TEOKUL, Policy and Plan Analyst, Office of the National Economic and Social Development Board, Bangkok

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

Ms PAWEENA TARNSONDHAYA, Foreign Relations Officer, International Health Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Bangkok

Ms PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**TONGA**

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

**VIET NAM**

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

*Suppléant*

Mr PHAM HONG NGA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Mrs G.J. MTSHALI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms D. MAFUBELU, Counsellor (Health), Permanent Mission, Geneva  
Ms N.C. DLADLA, Health Attaché, South African Embassy, Washington, DC

**ALGERIE**

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

**ALLEMAGNE**

Mr M. STEINER, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms B. SIEFKER-EBERLE, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr M. DEBRUS, Head of Division, Federal Ministry of Health, Bonn  
Dr I. VON VOSS, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr A. BRANDRUP-LUKANOW, Senior Adviser on Health, Education and Social Protection,  
German Technical Cooperation (GTZ), Eschborn  
Dr R. KRECH, Head of Section, Social Protection Unit, German Technical Cooperation (GTZ),  
Eschborn  
Ms B. BIDENBACH, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**ANGOLA**

Dr A. DO NASCIMENTO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr E. NETO SANGUEVE, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr S. NETO DE MIRANDA, Assistant for Health, Permanent Mission, Geneva

**ARGENTINE**

Srta. A. DE HOZ, Ministro, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. S. ROSALES, Secretario de Embajada, Misión Permanente, Ginebra

**ARMENIE**

Mr A. APITONIAN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

---

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

**AUTRICHE**

Dr W. PETRITSCH, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr C. LASSMANN, Deputy Head, Health and Social Affairs Division, Federal Ministry for Foreign Affairs, Vienna  
Mrs C. KOKKINAKIS, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Dr H. FRIZA, Attaché (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva  
Mrs M.-N. ADLER, Permanent Mission, Geneva  
Mrs B. KRIPPL, Permanent Mission, Geneva  
Dr V. GREGORICH-SCHEGA, Director, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Dr R. STRAUSS, Expert for Health Threats, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Dr J.-P. KLEIN, Expert for Infectious Diseases and Immunization, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Mrs A. PUNZET, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Dr D. ZIMPER, International Health Relations, Federal Ministry of Health and Women, Vienna  
Mr G. HOUTTUIN, Head of the Liaison Office, General Secretariat of the Council of the European Union, Geneva  
Mr J. LILLIEHOOK, Counsellor, Liaison Office, General Secretariat of the Council of the European Union, Geneva

**BANGLADESH**

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

**BELARUS**

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

**BELGIQUE**

M. F. ROUX, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mme F. GUSTIN, Représentant permanent adjoint, Genève  
M. A. DELIE, Conseiller (Coopération au Développement), Mission permanente, Genève  
Mme L. MEULENBERGS, Service des Relations internationales, Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Bruxelles  
Dr J. LARUELLE, Médecin, Chargé de programmes, Service Nations Unies et Organisations internationales, Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, Bruxelles  
M. D. ANGELET, Premier Secrétaire, Institutions spécialisées, Direction des Nations Unies, Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement, Bruxelles  
M. D. MAENAUT, Délégué de la Communauté flamande de Belgique, Mission permanente, Genève  
Dr P. DEMOULIN, Directeur général adjoint, Direction de la Surveillance de la Santé, Ministère de la Communauté française de Belgique, Bruxelles  
Mme O. SCHOONBROODT, Délégation Wallonie-Bruxelles à Genève  
Mme V. MOREAU, Délégation Wallonie-Bruxelles à Genève

**BELIZE**

Ms A. HUNT, Chargé d'Affaires a.i., Permanent Mission, Geneva

Mr M. TAMASKO, Permanent Mission, Geneva

Mr T. TICHY, Permanent Mission, Geneva

**BOSNIE-HERZEGOVINE**

Mrs J. KALMETA, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mrs D. ANDELIC, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**BOTSWANA**

Mr B. MOKGOTHU, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr T.M. LEKUNI, Minister Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

Mrs M.S. MATLHO, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr T. MOGOTSI, First Secretary (Political/Economic Affairs), Permanent Mission, Geneva

**BULGARIE**

Mr P. DRAGANOV, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Miss D. PARUSHEVA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**BURKINA FASO**

M. M. NÉBIÉ, Chargé d'affaires, Mission permanente, Genève

Mme B. ELISE, Attaché d'Ambassade, Mission permanente, Genève

**CHILI**

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

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

**CHINE**

Mr SHA Zukang, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr FU Cong, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Mr XING Jun, Director, Ministry of Health, Beijing

Mr YANG Xiaokun, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr ZHANG Ze, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**CHYPRE**

Mr J.C. DROUSHIOTIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr N. NICOLAOU, Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Ms M. SOLOYIANNI, Permanent Mission, Geneva

**COLOMBIE**

Dra. L.E. ARANGO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

**CONGO**

M. R.J. MENGA, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Dr D. BODZONGO, Directeur général de la Santé, Ministère de la Santé, Brazzaville  
Mme D. BIKOUTA, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève

**COSTA RICA**

Sr. A. SOLANO ORTÍZ, Ministro Consejero, Encargado de Negocios a.i., Misión Permanente,  
Ginebra

**COTE D'IVOIRE**

M. B.N. N'GUESSAN, Conseiller, Mission permanente, Genève

**CROATIE**

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

**CUBA**

Sr. J.A. FERNÁNDEZ PALACIOS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Sr. O. LEÓN GONZÁLEZ, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**DANEMARK**

Dr J.K. GØTRIK, Chief Medical Officer, National Board of Health, Copenhagen  
Mr M. JØRGENSEN, Head of Division, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen  
Ms M. KRISTENSEN, Senior Adviser, National Board of Health, Copenhagen  
Dr P. SAUGMANN-JENSEN, National Board of Health, Copenhagen  
Dr E. SMITH, Head, Centre for Health Promotion and Prevention, National Board of Health,  
Copenhagen

Ms S. ABILD, Head of Section, Ministry of the Interior and Health, Copenhagen  
Ms M. HESSEL, Secretary of Embassy, Permanent Mission, Geneva  
Mr H. FIIL-NIELSEN, Assistant Attaché, Permanent Mission, Geneva

### **EGYPTE**

Mr S. SHOUKRY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr A. MELEKA, Minister, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr T. KHALAF, Third Secretary, 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  
Dr. O. GONZÁLEZ GUTIÉRREZ SOLANA, Consejero Técnico, 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 M.L. VALDEZ, Deputy Director for Policy, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC  
Mr M. ABDOO, International Health Officer, Office of Global Health Affairs, Office of the Secretary, Department of Health and Human Services, Washington, DC  
Ms A. BLACKWOOD, Director for Health Programs, Office of Technical and 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.E. HOHMAN, Health Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Ms K. KRUGLIKOVA, International Resource Management Officer, Permanent Mission, Geneva  
Mr J. SANTAMAURO, Intellectual Property Attaché, Office of the United States Trade Representative, Permanent Mission, Geneva

### **ETHIOPIE**

Ms S. AMIN OUMER, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**FEDERATION DE RUSSIE**

Mr O.P. CHESTNOV, Deputy Director, Department of International Cooperation and Public Relations, Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Mr A. PIROGOV, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr V.A. NEBENZYA, Deputy Director, Department of International Organizations, Ministry of Foreign Affairs, Moscow  
Ms E.B. EZHLOVA, Deputy Head, Russian Consumer Protection Agency, Moscow  
Ms A.V. KOROTKOVA, Deputy Director, Central Research Institute for Health Management and Information Systems, Moscow  
Mr J.A. KIRILLOV, Head of Unit, Department of Pharmaceuticals, Human Welfare, Science and Education, Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Ms E.V. DRUZHININA, Consultant, Department for the Development of Medical Care and Rehabilitation, Ministry of Health and Social Development, Moscow  
Mr V. ZIMYANIN, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr N. LOZINSKIY, Senior Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Dr A. PAVLOV, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr L. KULIKOV, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr D. KHUDOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Mr M. KOCHETKOV, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**FINLANDE**

Ms L. OLLILA, Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki  
Mr R. POMOELL, Ministerial Counsellor, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki  
Ms L. PIETILÄ, Project Coordinator, Ministry for Foreign Affairs, Helsinki  
Ms S. SAMMALKIVI, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**GHANA**

Dr K. BAWUAH-EDUSEI, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms M.A. ALOMATU, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**GRECE**

Mr T. KRIEKOUKIS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr A. CAMBITSIS, Minister-Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms A. DAMIGOU, Counsellor (Health Affairs), Permanent Mission, Geneva  
Ms S. KYRIAKOU, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**GUATEMALA**

Sra. S. HOCHSTETTER, Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Srta. M.S. URRUELA ARENALES, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**HONDURAS**

Sr. J.B. ZAPATA, Embajador, Representante Permanente, Ginebra  
Sra. G. BU FIGUEROA, Consejero, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. M. PÉREZ ZEPEDA, Segundo Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**HONGRIE**

Mr G. SZELEI KISS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. RÁTKAI, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**INDONESIE**

Mr A.C. SUMIRAT, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**IRAN (REPUBLIQUE ISLAMIQUE D')**

Dr B. SADRIZADEH, Adviser to the Minister on Health and International Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran

**IRLANDE**

Mrs M. WHELAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr B. PHELAN, Department of Health and Children, Dublin  
Dr J. KIELY, Department of Health and Children, Dublin  
Ms G. MCGRANE, Department of Health and Children, Dublin  
Ms G. COYLE, Department of Health and Children, Dublin  
Ms O. KEANE, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**ISRAEL**

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

**ITALIE**

Dr F. CICOGNA, Direction générale des Relations internationales, Ministère de la Santé, Rome  
Mme L. FIORI, Premier Conseiller, Mission permanente, Genève  
Mme V. RUSSO, Expert (Coopération technique), Mission permanente, Genève  
Mme M.P. RIZZO, Direction générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères, Rome



**JORDANIE**

Dr M. BURAYZAT, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr H. AL HUSSEINI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**KAZAKHSTAN**

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

**KOWEIT**

Dr A. AL-SAIF, Assistant Under-Secretary for Public Health, Ministry of Health, Kuwait  
Mr N. AL-BADER, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LETTONIE**

Mr V. JAKSONS, Counsellor to the Director, Health Statistics and Medical Technologies State  
Agency, Riga  
Ms G. VITOLA, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**LITUANIE**

Mr E. BORISOVAS, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Ms R. KAZRAGIENĖ, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**MALTE**

Mr S.F. BORG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr J. BUSUTTIL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Mr T. BONNICI, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**MAROC**

M. M. LOULICHKI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
M. A. FARHANE, Conseiller des Affaires étrangères, Mission permanente, Genève  
M. N.-E. HALHOUL, Secrétaire des Affaires étrangères, Mission permanente, Genève

**MONACO**

M. P. BLANCHI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève  
Mlle C. LANTERI, Représentant permanent adjoint, Genève  
M. A. JAHLAN, Troisième Secrétaire, Mission permanente, Genève

**MYANMAR**

Mr NYUNT SWE, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Mr THA AUNG NYUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Mr KYAW THU NYEIN, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Ms KHIN OO HLAING, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

**NICARAGUA**

Sra. A. MARTIN, Embajadora, Representante Permanente, Ginebra  
Sr. N. CRUZ TORUÑO, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra  
Sr. N. SOMARRIBA FONSECA, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**NOUVELLE-ZELANDE**

Dr D. MATHESON, Deputy Director-General of Public Health, Ministry of Health, Wellington  
Mr T. CAUGHLEY, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr N. KIDDLE, Deputy Permanent Representative, Geneva

**NORVEGE**

Mr B.I. LARSEN, Director General, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo  
Ms T. ROSCHER NIELSEN, Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr W.C. STRØMMEN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr O.T. ANDERSEN, Deputy Director General, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr T. HETLAND, Senior Adviser, Ministry of Health and Care Services, Oslo  
Mr S.-I. NESVÅG, Adviser, Ministry for Foreign Affairs, Oslo  
Mr H. SIEM, Senior Adviser, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo  
Mr O.T. STIGEN, Adviser, Norwegian Directorate of Health and Social Affairs, Oslo  
Mr P. FIFE, Leader, Health Team, The Norwegian Agency for Development Cooperation, Oslo  
Ms T. KONGSVIK, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**OUZBEKISTAN**

Mr B. OBIDOV, Chargé d'Affaires, a.i., Permanent Mission, Geneva

**PANAMA**

Sra. U. ALFÚ DE REYES, Embajadora, Representante Permanente Adjunta, Ginebra

**PAYS-BAS**

Mr I. DE JONG, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Mr P. SCIARONE, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Ms G. VRIELINK, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

Mr H. VAN DER HOEVEN, Desk Officer, United Nations and International Financial Institutions  
Department, Ministry of Foreign Affairs, The Hague

Mr L. VAN DER HEIDEN, Coordinator, Global Public Health, International Affairs, Ministry of  
Health, Welfare and Sport, The Hague

Mr P. HARTOG, Senior Policy Adviser, International Affairs, Ministry of Health, Welfare and Sport,  
The Hague

## **PEROU**

Sr. M. RODRÍGUEZ CUADROS, Embajador, Representante Permanente, Ginebra

Sr. C.A. CHOCANO, Ministro Consejero, Misión Permanente, Ginebra

Srta. E. BERAUN, Primera Secretaria, Misión Permanente, Ginebra

## **PHILIPPINES**

Mr E.A. MANALO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr R.L. TEJADA, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva

## **POLOGNE**

Mr A. MISZTAL, Minister Counsellor, Deputy Permanent Representative, Geneva

Ms R. LEMIESZEWSKA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

Ms D. MARKIEWICZ-ZEMKE, Permanent Mission, Geneva

## **REPUBLIQUE ARABE SYRIENNE**

Mr G. IBRAHIM, Attaché, Permanent Mission, Geneva

## **REPUBLIQUE DE COREE**

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

Mr PARK Ki-dong, Director, Division of Noncommunicable Disease Control, Ministry of Health and  
Welfare, Seoul

Mr LEE Kang-hee, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health and  
Welfare, Seoul

## **REPUBLIQUE DOMINICAINE**

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

## **REPUBLIQUE POPULAIRE DEMOCRATIQUE DE COREE**

Mr JANG IL HUN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

Sir LIAM DONALDSON, Chief Medical Officer, Department of Health, London  
Dr D. HARPER, Director of Health Protection and International Health, Department of Health,  
London  
Mr T. KINGHAM, Head of Global Health, Department of Health, London  
Mr N. THORNE, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Dr C. PRESERN, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Ms C. KITSELL, First Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Dr E. GADD, Global Health Adviser, Department of Health, London  
Ms L. DEMMING, Global Business Manager, Department of Health, London  
Mr B. GREEN, Manager, Institutional Relations – WHO and UNAIDS, Department for International  
Development, London  
Ms S. BALDWIN, Acting Head, Specialized Agencies, Department for International Development,  
London  
Ms H. THOMAS, Attaché, Permanent Mission, Geneva  
Ms S. CHUBBS, Attaché, Permanent Mission, Geneva

**SENEGAL**

M. M. SECK, Premier Secrétaire, Mission permanente, Genève

**SERBIE-ET-MONTENEGRO**

Mr T. MILOSAVLJEVIĆ, Minister of Health of the Republic of Serbia, Belgrade  
Mr V. LAZOVIĆ, Second Secretary, Permanent Mission, Geneva  
Ms V. RADONJIĆ RAKIĆ, Third Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SINGAPOUR**

Mr B. GAFOOR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva  
Professor CHEW SUOK KAI, Deputy Director of Medical Services (Epidemiology and Disease  
Control), Ministry of Health, Singapore  
Mrs J. TAN, Deputy Director, International Cooperation Division, Ministry of Health, Singapore  
Dr LEE MENG HAR, Assistant Director, Communicable Diseases Division, Ministry of Health,  
Singapore  
Ms D.D. ARUL, Health Policy Analyst, International Cooperation Division, Ministry of Health,  
Singapore  
Mr J. RATNAM, Deputy Permanent Representative, Geneva  
Ms KOONG PAI CHING, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SLOVAQUIE**

Ms E. JABLONICKÁ, Ministry of Health, Bratislava  
Ms N. ŠEPTÁKOVÁ, First Secretary, Permanent Mission, Geneva

**SLOVENIE**

Mr A. LOGAR, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

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

**SRI LANKA**

Mrs S. FERNANDO, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Dr T.L.C. SOMATUNGE, Director (Communicable Diseases), Ministry of Health Care and Nutrition,  
Colombo

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

**SUEDE**

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

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

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

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

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

Mr P. SVENSSON, Senior Research Adviser, Swedish International Development Cooperation  
Agency, Stockholm

Ms S. PERSSON, Permanent Mission, Geneva

**SUISSE**

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

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

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

Mme B. TOTI, Division des Affaires internationales, Office fédéral de la Santé publique, Berne

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

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

M. F. DEL PONTE, Section Multilatérale et Tâches spéciales, Aide humanitaire, Direction du  
Développement et de la Coopération, Berne

M. P. BEYER, Conseiller juridique, Service juridique, Division Droit et Affaires internationales,  
Institut fédéral de la Propriété intellectuelle, Berne

**TUNISIE**

M. S. LABIDI, Ambassadeur, Représentant permanent, Genève

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

**TURQUIE**

Professor S. AYDIN, Deputy Under-Secretary, Ministry of Health, Ankara  
Mr E. ETENSEL, Counsellor, Permanent Mission, Geneva  
Miss S. OZKAYA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

**VENEZUELA (REPUBLIQUE BOLIVARIENNE DU)**

Sra. R. POITEVIEN CABRAL, Embajadora, Encargada de Negocios a.i., Representante Permanente  
Adjunta, Ginebra  
Sr. E. BITETTO GAVILANES, Primer Secretario, Misión Permanente, Ginebra

**ZAMBIE**

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

**ZIMBABWE**

Mrs P. NYAGURA, Counsellor, Permanent Mission, Geneva

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

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

**OBSERVATEURS****FEDERATION INTERNATIONALE DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE**

Mr R. MISTER, Coordinator, Inter-Agency Cooperation  
Mr B. GARDINER, Manager, HIV/AIDS Unit, Health and Care Department  
Ms J. MULLER, International Representation Officer

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

**Organisation des Nations Unies**

Dr D. NABARRO, Senior United Nations  
System Coordinator for Avian and Human  
Influenza  
Ms L. OLDRING, Human Rights Officer,  
Office of the United Nations High  
Commissioner for Human Rights, Geneva  
Mr E. FONTAINE, Inspector, Joint Inspection  
Unit of the United Nations System, Geneva

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

Dr S. KUMAR, Regional adviser for CEE/CIS,  
UNICEF Office, Geneva

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

Ms A. SUNDEN-BYLEHN, Senior Scientific  
Officer, UNEP Chemicals, Geneva

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

Mr A. ABBAS, Acting Director,  
UN-HABITAT Geneva Office

**Fonds des Nations Unies pour la Population**

Ms S. HAMID, External Relations Officer  
Mr V. FAUVEAU, Senior Maternal Health  
Adviser, UNFPA Office in Geneva  
Mr E. PALSTRA, Officer-in-Charge, UNFPA  
Office in Geneva  
Ms K. NILSEN, External Relations Officer,  
UNFPA Office in Geneva

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

Dr H. MADI, Acting Director of Health  
Mr M. BURCHARD, Chief, UNRWA Liaison  
Office, Geneva

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

Ms C. LINNÉR, Head, Inter-Organization  
Desk, Secretariat and Inter-Organization  
Service  
Mr M. LOFTUS, Adviser, Inter-Organization  
Desk, Secretariat

**ONUSIDA**

Dr P. PIOT, Executive Director  
Mr M. SIDIBE, Director, Country and  
Regional Support  
Ms P. MANE, Director, Policy, Evidence and  
Partnerships  
Ms S. MEHTA, Deputy Director, Country and  
Regional Support  
Mr E. MURPHY, Associate Director,  
Governance, Donor and United Nations  
System Relations  
Mr E. HAARMAN, Chief, Finance and  
Administration  
Ms J. GIRARD, Chief, Human Resources  
Management  
Mr J. FLEET, Senior Adviser, Care and Public  
Policy  
Mr G. TEMBO, Team Leader, United Nations  
Action at Regional and Country Level  
Ms S. SMITH, Adviser, Civil Society  
Partnership  
Mr B. N'DAW, Adviser, Care and Public  
Policy  
Mr J. TYSZKO, External Relations Officer,  
Governance, Donor and United Nations  
System Relations

**Organe international de Contrôle des  
Stupéfiants**

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

## INSTITUTIONS SPECIALISEES

### **Agence internationale de l'Energie atomique**

Ms M.L. DAVIDSSON, Head, Nutrition Section, Division of Human Health

### **Banque mondiale**

Mr J. INGRAM, Special Representative to the United Nations and the World Trade Organization, World Bank Office in Geneva

Mr P. REICHENMILLER, Policy Officer, World Bank Office in Geneva

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

Mr T. 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

Mr J. SLINGENBERGH, Senior Officer, Animal Health Service, Animal Production and Health Division, Agriculture, Biodiversity, Nutrition and Consumer Protection Department

### **Organisation des Nations Unies pour le Développement industriel**

Mr V. HINOJOSA-BARRAGAN, Senior Liaison Officer, UNIDO Office at Geneva

### **Organisation météorologique mondiale**

Mr C. WANG, Senior External Relations Officer

### **Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle**

M. C. MAZAL CASELLA, Conseiller principal, Section des relations interinstitutions

Mme K.L. RATA, Conseillère principale, Relations extérieures et coopération avec certains pays d'Europe et d'Asie

M. A. TAUBMAN, Directeur par intérim et Chef, Division des savoirs traditionnels, PCT et brevets, Centre d'arbitrage et de médiation et questions mondiales de propriété intellectuelle

### **Organisation mondiale du Commerce**

Mme J. WATAL, Conseillère, Division de la propriété intellectuelle

Mme WU Xiaoping, Juriste, Division de la propriété intellectuelle

M. W. MEIER-EWERT, Juriste, Division de la propriété intellectuelle

Mme L.A. JACKSON, Economiste, Division de l'agriculture et des produits de base

## REPRESENTANTS D'AUTRES ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES

### **Commission européenne**

Mr C. TROJAN, Ambassador, Permanent Representative, Geneva

Mr T. BÉCHET, Minister Counsellor, Head of United Nations Section, Permanent Delegation, Geneva

Dr M. RAJALA, Minister Counsellor, Permanent Delegation, Geneva

Mr N. FAHY, Deputy Head of Unit, Directorate General for Health and Consumer Protection

Mr B. SLOCOCK, First Secretary, Permanent Delegation, Geneva

### **Ligue des Etats arabes**

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

Dr O. EL HAJJE, Délégation permanente, Genève

### **Office international des Epizooties**

Dr W. DROPPERS, Chargé de Mission



**Organisation de la Conférence islamique**

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

**Organisation internationale pour les  
Migrations**

Dr D. GRONDIN, Director, Migration Health  
Services

**Secrétariat du Commonwealth**

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

**Union africaine**

Mr S. PALAYATHAN, Chargé d'Affaires a.i.,  
Permanent Delegation, Geneva  
Dr T. BISIKA, Head, Division of Health,  
Nutrition and Population

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

**Alliance internationale des Femmes**

Ms H. SACKSTEIN  
Mrs M. PAL

**Association du Commonwealth pour les  
Handicaps mentaux et les Incapacités liées  
au développement**

Dr G. SUPRAMANIAM

**Association internationale de Pédiatrie**

Dr J. SCHALLER

**Association internationale d'Epidémiologie**

Dr R. SARACCI

**Association internationale des Consultants  
en Lactation**

Ms M. LEHNERS-ARENDT

**Association internationale des Lions Clubs  
(Lions Clubs International)**

Mr C. KUSIAK  
Mr G.E. CANTAFIO

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

Dr R. KULIER

**Association médicale mondiale**

Dr K. LETLAPE  
Dr Y. BLACHAR  
Dr O. KLOIBER

**Association mondiale des Guides et des  
Eclaireuses**

Ms J. VERKOOIJEN  
Ms S. LAKE  
Ms A. KAHANPÄÄ

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

Dr U. MERTEN  
Dr R. BACCHUS

**Centre européen d'Ecotoxicologie et de  
Toxicologie des Produits chimiques**

Dr M. GRIBBLE

**Christoffel-Blindenmission**

Mr C. GARMS

**CMC - L'Action des Eglises pour la Santé**

Ms A. BEUTLER  
 Dr G. JOURDAN  
 Dr M. KURIAN  
 Ms A. LINDSAY  
 Ms A. MOROT  
 Ms A. STÜCKELBERGER  
 Ms G. UPHAM

**Collège international des Chirurgiens**

Professor P. HAHNLOSER  
 Professor N.S. HAKIM  
 Dr R. DIETER  
 Mr M. DOWNHAM

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

Mrs B. RAS-WORK  
 Mrs J. KOCH

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

Mrs D. ROSIER

**Confédération internationale des Sages-Femmes**

Ms K. HERSCHDERFER  
 Ms R. BRAUEN  
 Ms J. BONNET

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

Professor C. IJSSELMUIDEN  
 Ms S. DE HAAN  
 Mr M. DEVLIN

**Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales**

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

**Conseil international des Infirmières**

Dr J.A. OULTON  
 Dr T. GHEBREHIWET  
 Mr D.C. BENTON

**Consumers International**

Mr J. ARKINSTALL  
 Ms E.'T HOEN  
 Ms C. DANIELS  
 Ms A. ALLAIN  
 Ms N. EL RASSI  
 Dr L. LHOTSKA  
 Ms A. LINNECAR  
 Mr J. LOVE  
 Dr T. BALASUBRAMANIAM  
 Ms N. DENTICO  
 Dr T. HUBBARD  
 Ms S. SHASHIKANT

**Corporate Accountability International**

Ms L. WYKLE-ROSENBERG

**Fédération dentaire internationale**

Dr J.T. BARNARD  
 Dr H. BENZIAN  
 Dr M. AERDEN  
 Professor M. HOBDELL

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

Dr R. KULIER

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

Dr H.E. BALE, Jr  
 Dr E. NOEHRENBURG  
 Ms O. MORIN  
 Dr R. KRAUSE  
 Mr T. SANO  
 Ms C. RAMIREZ  
 Ms S. CROWLEY  
 Dr R. HYER  
 Mr J. PENDER  
 Mr R. BURDEN  
 Mr M. OJANEN  
 Mr A. AUMONIER  
 Mr P. HEDGER

Mr G. SAMUELS  
Mr C. BURCKY  
Mr B. AZAIS

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

Ms J. KAMMEYER

**Fédération internationale des Collèges de  
Chirurgie**

Professor S.W.A. GUNN  
Professor P. MCLEAN

**Fédération internationale des Etudiants en  
Pharmacie**

Ms K. HAKKARAINEN  
Ms G. GÁL  
Ms Y. GOCHO  
Ms Y. SALAH KORAIEM  
Mr J. MÖNKÄRE  
Mr M. NADER

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

Ms M. GERBER  
Ms G. GONZENBACH

**Fédération internationale des Hôpitaux**

Professor P.-G. SVENSSON  
Dr R. MASIRONI

**Fédération internationale des Industries des  
Aliments diététiques**

Dr A. BRONNER  
Dr E. FARMAKALIDIS  
Mr H. SCHOLICK  
Mr M. MIRANDA  
Mr THIEN LUONG VAN MY  
Ms C. DROTZ  
Ms J. KEITH  
Mr D. HAWKINS  
Ms A. JUNG  
Mr M. DE SKOWRONSKI  
Ms S. WALKER  
Ms S. ALLONCLE

Ms H. MOUCHLY-WEISS  
Mr P.C. BURCKY

**Fédération internationale pharmaceutique**

Mr T. HOEK  
Mr XUAN HAO CHAN  
Ms T. WULIJI

**Fédération internationale pour la  
Planification familiale**

Dr K. ASIF

**Fédération mondiale de Chiropratique**

Mr D. CHAPMAN-SMITH

**Fédération mondiale des Associations de la  
Santé publique**

Professor T. ABELIN  
Mrs J. BELL DAVENPORT

**Fédération mondiale du Coeur**

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

**Fédération mondiale du Thermalisme et du  
Climatisme**

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

**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

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

Dr H. JEENE

**Global Forum for Health Research**

Professor S.A. MATLIN  
 Dr A. DE FRANCISCO  
 Ms M.A. BURKE  
 Dr A. GHAFAR  
 Ms S. JUPP  
 Mr J.-J. MONOT  
 Ms S. OLIFSON  
 Ms L. SUNDARAM

**Industrie mondiale de l'Automédication responsable**

Dr D. WEBBER  
 Mrs S. STAMATIADIS

**International Association for the Study of Obesity**

Professor P. JAMES  
 Ms K. BAILLIE  
 Mr N. RIGBY

**Organisation internationale de Normalisation**

Mr T.J. HANCOX

**Organisation mondiale contre la Cécité**

Prince ABDULAZIZ BIN AHMAD BIN  
 ABDULAZIZ AL SAUD  
 Dr F. AL DOSARI  
 Dr M. ALAMUDDIN  
 Dr A. AL RAJHI  
 Dr H. RAFAT  
 Dr G.N. RAO  
 Mr R. PORTER  
 Mr A. HOSHAN

**Organisation mondiale du Mouvement scout**

Mr R. GARCIA SANTOS  
 Ms C. TAVARAYUTH

**OXFAM**

Mrs P. SAUNDERS  
 Mr T. HUBBARD  
 Sir JOHN SULSTON

**Rotary International**

Mr G. COUTAU  
 Mr R. HÖRNDLER

**Société royale du Commonwealth pour les Aveugles (Sight Savers International)**

Mr R. PORTER

**Soroptimist International**

Ms I.S. NORDBACK

**The Network: TUFH**

Dr G. MAJOOR  
 Dr P. KEKKI

**The Save the Children Fund**

Ms R. KEITH  
 Mr E. EMRU  
 Ms C. D'ALESSANDRO  
 Mr G. NAIR

**Union internationale des Architectes**

Mr L. WESSELS

**Vision mondiale internationale**

Mr T. GETMAN

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

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

Mme J. Halton (Australie), Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), Dr J. Singay (Bhoutan), M. I. Shugart (Canada), Professeur D. Houssin (France), Dr A. M. Ali Mohammed Salih (Iraq), Dr J. Junor (Jamaïque), Dr M. Phooko (Lesotho), Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg, membre de droit), M. M. N. Khan (Pakistan, membre de droit), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr J. D. Ntawukuliryayo (Rwanda), Dr Suwit Wibulpolprasert (Thaïlande), Dr V. Tangi (Tonga).

**Troisième réunion, 18-20 janvier 2006 :** Mme J. Halton (Australie, Président), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh), Dr J. Singay (Bhoutan), M. D. MacPhee (Canada, suppléant de M. I. Shugart), M. G. Delvallée (France, suppléant du Professeur D. Houssin), Dr S. N. Mahmood (Iraq, suppléant du Dr A.M. Ali Mohammed Salih), Dr B. Wint (Jamaïque, suppléant du Dr J. Junor), M. T. Ramatsoari (Lesotho, suppléant du Dr M. Phooko), Dr D. Hansen-Koenig (Luxembourg, membre de droit), Professeur J. Pereira Miguel (Portugal), Dr Viroj Tangcharoensathien (Thaïlande, suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert), Dr V. Tangi (Tonga).

### 2. Comité permanent des Organisations non gouvernementales

M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), Dr J. Andrade Gaibor (Equateur), Dr H. N. Acharya (Népal), Dr T. Botros Shokaï (Soudan), Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam).

**Réunion du 24 janvier 2006 :** M. O. K. Shiraliyev (Azerbaïdjan), Dr J. Andrade Gaibor (Equateur), Dr H. N. Acharya (Népal), Dr I. E. M. Abdulla (Soudan, suppléant du Dr T. Botros Shokai), Mme Le Thi Thu Ha (Viet Nam).

### 3. Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé

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

**Réunion du 25 janvier 2006 :** M. M. N. Khan (Pakistan, Président), Professeur K. Kiikuni (représentant du fondateur), Dr V. Tangi (Tonga).

---

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

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

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

**Réunion du 26 janvier 2006 :** M. M. N. Khan (Pakistan, Président), Dr S.A. Khalfan (Bahreïn, suppléant du Dr N. A. Haffadh), M. N. K. Al Budoor et M. A. H. Al Humood (représentants du fondateur).

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

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

**Réunion du 26 janvier 2006 :** M. M. N. Khan (Pakistan, Président), Dr A. Al-Saif (représentant du fondateur), Dr S. A. Khalfan (Bahreïn, suppléant Dr N. A. Haffadh).

---

# PROCES-VERBAUX

## PREMIERE SEANCE

**Lundi 23 janvier 2006, 9 h 40**

**Président : 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 (documents EB117/1 et EB117/1(annoté))

Le PRESIDENT déclare ouverte la cent dix-septième session du Conseil exécutif et souhaite la bienvenue à tous les participants.

Il rappelle les décisions prises à l'issue de la consultation entre le Secrétariat et le Bureau et exposées dans le document EB117/1(annoté). Il propose également que le point 6.3 de l'ordre du jour provisoire soit supprimé puisqu'il n'est pas proposé d'amendement au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière.

Le Dr BUSS (Brésil), faisant observer que les points 4.3, Commerce international et santé : projet de résolution, et 4.10, Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique, de l'ordre du jour provisoire sont étroitement reliés, propose que le point 4.10 soit examiné immédiatement après le point 4.3.

M. GUNNARSSON (Islande), prenant la parole au nom des pays nordiques, soit le Danemark, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède, regrette que le Secrétariat propose<sup>1</sup> de renvoyer l'examen du projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (point 4.6 de l'ordre du jour provisoire) à la cent dix-huitième session du Conseil. Ce renvoi entraînera un nouveau retard de 12 mois puisque l'Assemblée de la Santé ne pourra pas donner son approbation avant 2007. Comme le problème vient semble-t-il de retards dans la traduction du projet de stratégie, lorsque tous les documents seront disponibles, peut-être le Conseil pourrait-il examiner le projet de stratégie sur support électronique après la présente session de manière à ce qu'il puisse être soumis à l'Assemblée de la Santé en mai 2006.

M. Gunnarsson propose également que le point 9.5 de l'ordre du jour provisoire, Promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, soit examiné comme une question technique et sanitaire, de préférence après le point 4.11, Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Outre la Conférence, l'OMS a pris en 2005 plusieurs initiatives en faveur de la promotion de la santé, dont la publication d'un rapport sur la prévention des maladies chroniques.<sup>2</sup> Si l'on considère que les maladies non transmissibles représentent quelque 60 % de la charge mondiale de morbidité et compte tenu de l'orientation du onzième programme général de travail, il serait bon que le Conseil examine ces aspects de l'action de santé publique et soumette ses conclusions, ainsi que d'éventuels projets de résolution, à la prochaine Assemblée de la Santé.

---

<sup>1</sup> Voir document EB117/8 Rev.1.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, 2006.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que le Kenya souhaiterait soumettre un projet de résolution au titre du point 4.10, Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique. Par ailleurs, il appuie la proposition de l'orateur précédent au sujet du point 9.5, car une étude plus approfondie de la promotion de la santé serait nécessaire.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) appuie la proposition du membre désigné par le Brésil. D'autres questions relevant du point 4 sont interreliées, par exemple celles qui concernent la lutte contre la maladie, et pourraient aussi être examinées ensemble.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) souscrit aux propositions présentées par le membre désigné par l'Islande.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) propose, compte tenu des inquiétudes qu'a suscitées, lors de la dernière session du Conseil, le projet de résolution sur le commerce international et la santé (point 4.3),<sup>1</sup> que des consultations informelles aient lieu après la séance sur les questions qui restent en suspens et la proposition présentée par le membre désigné par le Brésil. Il se félicite de ce qu'un projet de résolution soit proposé au titre du point 4.10, comme l'a demandé le membre désigné par le Kenya. Il appuie la proposition formulée par le membre désigné par l'Islande au sujet du point 9.5 et il accueillerait avec satisfaction un projet de résolution sur le suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) annonce que le Groupe africain soumettra un projet de résolution au titre du point 4.8, Drépanocytose.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) explique que la soumission de projets de résolution et la proposition du membre désigné par l'Islande au sujet de la promotion de la santé ne présentent aucune difficulté de procédure. D'un point de vue logistique, il serait possible d'examiner ensemble les points 4.10 et 4.3, mais peut-être serait-il préférable de déterminer dans le cadre des consultations informelles comment programmer au mieux le débat. Il est vrai que les problèmes rencontrés au sujet du projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sont d'ordre logistique et non des problèmes de fond ; comme l'a proposé le membre désigné par l'Islande, ce projet pourrait en effet être examiné sur support électronique et donc soumis à l'Assemblée de la Santé en mai 2006.

**Sous réserve de l'issue des consultations informelles relatives aux points 4.3 et 4.10, l'ordre du jour, ainsi amendé, est adopté.<sup>2</sup>**

Se référant à l'emploi du temps préliminaire, le PRESIDENT propose que le point 9.4, Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé, soit examiné immédiatement après le point 4.12, Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé, afin que le Conseil puisse profiter de la présence du Président du Comité consultatif.

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

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, déclare que la Communauté européenne et ses Etats Membres collaborent étroitement avec l'OMS sur un large éventail de sujets dans la Région européenne et au niveau

---

<sup>1</sup> Document EB116/2005/REC/1, procès-verbaux des deuxième et troisième séances.

<sup>2</sup> Voir p. ix.



mondial. Ainsi qu'il en a été convenu au cours de l'échange de lettres qui a eu lieu en 2000 entre l'OMS et la Communauté sur la consolidation et l'intensification de la coopération, et sans préjuger de l'éventuelle conclusion d'un accord général entre l'OMS et la Communauté européenne, la Commission européenne assiste aux sessions du Conseil en qualité d'observateur. Toutefois, aux termes de l'article 4 du Règlement intérieur du Conseil, les observateurs ne sont pas automatiquement invités à participer aux travaux des sous-commissions ou autres subdivisions du Conseil telles que les groupes de rédaction et groupes de travail. Il en est résulté par le passé des situations fâcheuses, le représentant de la Commission ayant été prié de se retirer de certains groupes de rédaction, si bien que la Commission n'a pu prendre part aux discussions en cause. Afin d'éviter de nouvelles difficultés de ce type, peut-être la Commission européenne pourrait-elle être invitée à participer sans droit de vote aux délibérations des sous-commissions ou autres subdivisions du Conseil qui traitent de questions relevant de la compétence de la Communauté, à savoir les questions qui se rapportent aux points 4.1 à 4.13, et en particulier aux points 4.3 et 4.10. Cette requête concerne uniquement la cent dix-septième session du Conseil.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) soutient cette requête, qui témoigne de l'intérêt manifeste que porte la Communauté européenne à une intensification de sa coopération avec l'OMS et des pays moins favorisés que les Etats Membres de l'Union européenne. Loin d'interférer avec les travaux du Conseil, la Communauté contribuerait ainsi plus efficacement aux discussions sur les questions d'intérêt mondial.

Mme HALTON (Australie) déclare que l'Australie a toujours été prête à étudier les demandes faites par la Commission européenne en vue d'une participation accrue aux travaux du Conseil, mais cela au cas par cas et conformément au Règlement intérieur et à la répartition des compétences entre la Communauté européenne et les Etats Membres de l'Union européenne. L'intervenante est donc prête à examiner la requête qui vient d'être formulée, aux conditions suivantes : que soit communiqué un énoncé clair des compétences par la Présidence de l'Union européenne avec le soutien de tous les Etats Membres de l'Union ; qu'il soit convenu que la Commission européenne et les Etats Membres de l'Union européenne (dont la Présidence) ne chercheront pas à intervenir dans des discussions portant sur le même sujet ; et qu'il soit admis que le statut donné à la Commission européenne aux réunions des sous-commissions et autres subdivisions du Conseil ne sera en aucun cas invoqué à l'appui de demandes de la Commission tendant à obtenir des droits supplémentaires à la participation aux travaux d'autres instances internationales.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> fait sienne cette position. Etant entendu que les domaines particuliers de compétence exclusive de la Commission européenne sont, à la présente session du Conseil, les points 4.3 et 4.10 de l'ordre du jour, il est favorable à une participation de la Commission aux délibérations des sous-commissions et autres subdivisions du Conseil à sa cent dix-septième session.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que les conditions proposées par les deux précédents intervenants sont acceptables.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) souhaiterait avoir des éclaircissements sur les conséquences que pourrait avoir le fait de donner suite à la demande de l'Europe pour la participation future d'autres organisations intergouvernementales comme l'ANASE aux réunions des organes subsidiaires du Conseil.

---

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

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que la demande de la Communauté européenne a été formulée en vertu de l'article 4 du Règlement intérieur du Conseil, qui précise que les représentants des organisations intergouvernementales ont besoin d'une invitation pour participer aux réunions des sous-commissions et autres subdivisions du Conseil. Cette demande, qui est soumise aux conditions qui viennent d'être énoncées, concerne la seule cent dix-septième session du Conseil et vise la participation aux délibérations des groupes de travail et groupes de rédaction qui pourraient être créés au sujet de points techniques de l'ordre du jour. Le Règlement intérieur n'interdit pas une telle participation et le Conseil peut organiser comme il le juge bon la participation d'observateurs à ses délibérations et à celles de ses organes subsidiaires. La Communauté européenne est atypique parmi les organisations internationales en ce que les Etats Membres de l'Union européenne lui ont délégué, ainsi qu'à ses institutions communes, leur compétence dans certains domaines comme ceux couverts par les points 4.3 et 4.10 de l'ordre du jour. Dans ces domaines, la Communauté est donc seule compétente au nom des Etats Membres alors que, dans d'autres domaines, la compétence est partagée. A sa connaissance, un tel transfert de compétences n'existe dans aucune autre organisation. Des demandes analogues émanant d'autres organisations intergouvernementales seraient examinées à la lumière de ces circonstances.

Le PRESIDENT propose que le Conseiller juridique consacre à la question un examen plus approfondi dont les résultats soient susceptibles de servir de référence et qu'en attendant, compte tenu des observations formulées par les membres du Conseil, le Conseil donne suite à cette demande faite pour la seule cent dix-septième session.

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

Le PRESIDENT note que le Comité permanent des Organisations non gouvernementales, le Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, le Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé et le Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé se réuniront pendant la session actuelle du Conseil. Les candidatures reçues pour le Prix de la Fondation Ihsan Dogramaci pour la Santé de la Famille ne satisfaisant pas aux conditions requises par les Statuts de la Fondation, le Groupe de sélection de cette Fondation ne se réunira pas. Le Président ajoute avoir été nommé membre du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé en tant que représentant du Pakistan.<sup>1</sup> Toutefois, en sa qualité de Président du Conseil, il est membre de droit du Groupe. Un autre membre de la Région de la Méditerranée orientale devrait donc être nommé à sa place. A l'issue de consultations avec le Bureau régional, il a été proposé de nommer le Dr S. A. Khalfan, suppléant du Dr N. A. Haffadh (Bahreïn).

**Décision :** Le Conseil exécutif, par sa décision EB114(4), a nommé M. M. N. Khan (Pakistan), membre, pour la durée de son mandat au Conseil exécutif, du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé. En sa qualité de Président du Conseil, M. Khan est membre de droit de ce Groupe. Le Conseil a donc décidé, pour remplacer M. Khan, de nommer le Dr S. A. Khalfan, suppléant du Dr N. A. Haffadh (Bahreïn), membre pour la durée de son mandat au Conseil exécutif du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé. Il a été entendu que si le Dr Khalfan n'était pas en mesure d'assister aux réunions du Groupe, 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 Groupe.<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Décision EB114(4).

<sup>2</sup> Décision EB117(1).

## 2. **RAPPORT DU DIRECTEUR GENERAL** : Point 2 de l'ordre du jour (document EB117/2)

Le DIRECTEUR GENERAL, illustrant ses observations à l'aide de rétroprojections, dit que le début du nouveau millénaire a été marqué par une très forte prise de conscience des rapports étroits entre pauvreté, santé et développement et que l'OMS a poursuivi ses efforts dans ce domaine important. Toutefois, un nouveau sujet de préoccupation est apparu, à savoir la santé et la sécurité.

Récemment, l'apparition inattendue en Turquie de cas humains de grippe aviaire a révélé les dangers que représente cette maladie chez les oiseaux et l'importance capitale de la surveillance et de systèmes efficaces d'alerte précoce ; elle a aussi accru le risque d'une pandémie, qui pourrait survenir sans pratiquement aucun signe d'infection chez l'animal. Ces événements ont également montré avec quelle rapidité les gouvernements et la communauté internationale pouvaient agir en cas de crise. En Turquie, les résultats des analyses des échantillons prélevés chez des malades ont été disponibles dans les 24 heures, 100 000 traitements complets par l'oseltamivir ont été distribués dès le lendemain de la confirmation des premiers cas et des experts de l'OMS évaluent déjà la situation ainsi qu'en Ukraine ; des équipes de l'OMS vont bientôt collaborer avec les gouvernements de sept autres pays voisins exposés. La menace est réelle et les conséquences humaines et économiques dévastatrices que pourrait avoir une pandémie ne pourront être atténuées que si des préparatifs très sérieux sont faits à l'échelle internationale. Le plan d'action stratégique recommandé pour faire face à cette menace contient les mesures que devront prendre tous les pays et un plan d'endiguement, actuellement à l'état de projet, sera bientôt établi sous sa forme définitive. A la Conférence internationale d'annonces de contributions concernant la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006), l'OMS a demandé que US \$100 millions soient affectés à ses activités sur les US \$1,9 milliard qui ont été promis. L'Organisation est reconnaissante aux laboratoires Roche qui ont généreusement fait don de 5 millions de traitements complets par l'oseltamivir pour la constitution de stocks régionaux et internationaux. Un fonctionnaire de l'OMS a été nommé Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine. Les Etats Membres témoigneront sans aucun doute de leur volonté d'assumer leur part de responsabilité en décrétant l'application volontaire immédiate d'un certain nombre des dispositions du Règlement sanitaire international (2005), car il est essentiel que puissent être suivis des protocoles standardisés.

L'éradication de la poliomyélite est l'un des exemples les plus significatifs de l'engagement de la communauté internationale. La transmission de poliovirus indigènes est observée dans 4 pays seulement et les épidémies de poliomyélite survenues dans 15 des 21 pays réinfectés ont pu être endiguées. Ce succès est dû non seulement à l'intensification des campagnes de lutte, en particulier en Afrique, où des campagnes synchronisées de vaccination ont été conduites dans 25 pays, mais aussi à la mise au point de deux nouveaux vaccins monovalents contre les types 1 et 3 du poliovirus, disponibles dans tous les pays. Toutefois, pour parvenir à l'éradication complète de la poliomyélite, il faudra que soit comblé le déficit de financement, de US \$150 millions en 2006.

Au sujet du VIH/SIDA, l'objectif des « 3 millions d'ici 2005 » n'a pas été atteint mais cette campagne a montré que les traitements devaient aller de pair avec la prévention et a conduit les pays du G8 et les participants au Sommet du Millénaire de 2005 à s'engager à assurer l'accès de tous aux soins et aux traitements. Des protocoles thérapeutiques nouveaux, simplifiés, sont maintenant utilisés avec succès, la gamme des médicaments présélectionnés a augmenté et le prix de nombreux antirétroviraux a continué de baisser. L'administration de traitements anti-VIH dans le cadre des prestations de santé essentielles, dont bénéficient déjà les femmes et les enfants dans de nombreuses parties du monde, contribuera à améliorer l'accès aux services de traitement de l'infection à VIH.

La charge mondiale du paludisme a continué d'augmenter malgré la distribution de nouvelles moustiquaires à imprégnation durable et le recours à des associations médicamenteuses efficaces à base d'artémisinine. Le programme mondial sur le paludisme nouvellement créé et à la tête duquel a été nommé un nouveau Directeur permettra à l'OMS de redoubler d'efforts pour combattre cette maladie.

Le deuxième plan mondial du partenariat Halte à la tuberculose (2006-2012), qui sera lancé à la fin du mois de janvier 2006, repose sur une nouvelle stratégie conçue pour réduire la charge mondiale de la tuberculose. Il définit les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent la tuberculose. Le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, grâce auquel sont distribués des médicaments essentiels de qualité à de grands nombres de personnes, a permis de doubler la couverture des traitements de brève durée sous surveillance directe entre 2001 et 2005.

A ce jour, 167 pays et la Communauté européenne ont signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et 115 pays et la Communauté européenne en sont devenus Parties contractantes. La première Conférence des Parties se tiendra du 6 au 17 février 2006. L'OMS s'est engagée à aider les pays à mettre en oeuvre cette Convention compte tenu de l'impact considérable que peut avoir la lutte contre le tabagisme sur la réduction des maladies chroniques.

Trois des publications de l'OMS parues en 2005 traitent de sujets auxquels on n'a pas accordé suffisamment d'attention dans le passé. Le rapport *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*<sup>1</sup> décrit la charge représentée par les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète qui constituent les principales causes de décès chez l'adulte dans la plupart des pays. Quatre décès par maladie chronique sur cinq surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. L'étude sur *la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*<sup>2</sup> rend compte du poids énorme que la violence exercée par un partenaire intime fait peser sur la santé et le bien-être des femmes partout dans le monde. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*<sup>3</sup> met l'accent sur le fait que de nombreuses femmes et enfants n'ont toujours pas accès à des soins potentiellement vitaux et préconise le recours à un éventail plus large d'interventions clés et à une approche fondée sur la continuité des soins pour la mère et l'enfant. Le nouveau partenariat Pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant apportera une aide aux pays qui s'efforcent d'assurer ce type de soins. Les mesures recommandées dans ces rapports forment la base de l'action de l'OMS dans les domaines en question. La Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique soumettra son rapport en 2006. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*<sup>4</sup> traitera de la crise des ressources humaines pour la santé.

L'Organisation a continué d'oeuvrer à la reconstruction des services de santé au sein des communautés frappées par le tremblement de terre et le tsunami en Asie du Sud et a collaboré étroitement avec les gouvernements des pays touchés par le récent tremblement de terre en Asie.

Une grande partie du travail de l'OMS continue d'être menée en collaboration avec des partenaires. Avec la création de la Facilité de financement internationale pour la vaccination, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (au sein de laquelle l'OMS et l'UNICEF sont partenaires) disposera de près de US \$4 milliards à dépenser au cours des dix prochaines années et apportera ainsi une contribution notable à la réalisation des objectifs du projet La vaccination dans le monde : vision et stratégie, 2006-2015. L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients a lancé une initiative mondiale pour répondre aux problèmes de sécurité des patients.

Les efforts fournis par l'OMS pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement devraient être en accord avec ceux des Etats Membres. Le onzième programme général de travail 2006-2015 fournira un cadre pour de nombreuses réalisations conjointes.

En ce qui concerne l'aspect financier, les contributions volontaires ont augmenté de US \$550 millions depuis la période biennale 2002-2003 pour atteindre maintenant US \$1,92 milliard.

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, 2006.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes*. Genève, 2005.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*. Genève, 2006.

A la fin du mois de novembre 2005, quelque 63 % des fonds pour la période biennale 2004-2005 avaient été dépensés dans les Régions et les pays. Le nouveau système mondial de gestion qui sera mis en place en 2006 et 2007 rendra la gestion des ressources financières et humaines plus efficace et plus rigoureuse.

Le réseau téléphonique privé mondial de l'OMS assure à de nombreux bureaux de l'OMS un accès fiable, sûr et de bonne qualité à l'information et à des services de télécommunication d'un coût abordable. Actuellement, 85 lieux d'affectation sont rattachés à ce réseau et 55 autres le seront d'ici le milieu de 2006. Les bureaux de pays de la Région africaine ont été rattachés au réseau en 2005. Le Centre stratégique d'opérations sanitaires continue à faciliter la collaboration avec les partenaires clés de l'OMS lors de situations de crise.

Le Directeur général présente enfin les nouveaux responsables qui ont rejoint l'OMS depuis la cent seizième session du Conseil exécutif et remercie les membres du personnel qui travaillent dans le cadre de programmes moins connus que ceux qui concernent la grippe pandémique ou l'éradication de la poliomyélite, par exemple l'éradication de la dracunculose, la lutte contre la lèpre ou la radioprotection, mais dont les contributions sont également précieuses et appréciées.

M. GUNNARSSON (Islande) salue les réalisations qui ont été évoquées et le tableau que le Directeur général a donné, mettant en particulier l'accent sur les liens étroits entre pauvreté et santé, sur la santé et la sécurité et sur les déterminants sociaux de la santé, avec la création de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Le fait que l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » n'ait pas atteint ses objectifs est certes un revers, mais elle devrait cependant être poursuivie, car ses objectifs sont une incitation à aller de l'avant. L'OMS a réagi rapidement et avec efficacité aux formidables défis posés par la série récente de catastrophes naturelles.

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole au nom du Groupe africain, exprime sa compassion pour les victimes du tremblement de terre survenu en Asie du Sud et d'autres crises humanitaires et demande instamment que l'on continue de venir en aide aux rescapés. Au sujet des problèmes de santé qui se posent dans le monde, la plupart des pays de la Région africaine n'ont pas les moyens de faire face à la grippe pandémique et d'établir des plans nationaux d'intervention d'urgence. Les mesures qui ont été prises pour donner effet à la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001) et atteindre l'objectif de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » devraient être riches d'enseignements qui pourront être mis à profit pour tendre vers l'objectif de l'accès de tous aux traitements d'ici à 2010, fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies lors du Sommet mondial de 2005.

S'il est essentiel de mettre l'accent sur les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles n'en représentent pas moins une menace croissante, des projections faisant état en Afrique d'une augmentation de 27 % des décès dus à ces maladies d'ici à 2010. La coopération avec d'autres Etats Membres, par exemple sur les mécanismes à mettre en oeuvre pour combattre le tabagisme, est l'une des stratégies qu'appliquent les pays africains. Déjà, 23 Etats Membres africains ont ratifié ou accepté sous une autre forme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Différentes actions, par exemple la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses (2001), la stratégie sanitaire du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique et la priorité donnée à des maladies comme la drépanocytose, témoignent de l'intérêt que portent les chefs d'Etat et de gouvernement des pays africains à l'amélioration de l'état de santé de leurs populations.

Le Groupe africain se félicite du rapport consacré à l'allocation stratégique des ressources,<sup>1</sup> et en particulier du principe explicitement énoncé selon lequel l'aide doit aller aux pays qui en ont le plus besoin et en particulier aux pays les moins développés. Il prend acte de la priorité donnée à la Région africaine et espère que ce principe continuera d'être appliqué. Aux difficultés auxquelles sont

---

<sup>1</sup> Document EB117/17.

confrontés les systèmes de santé des pays de la Région s'ajoute la crise des ressources humaines ; aussi le Groupe tient-il à voir appliquer les résolutions récentes de l'Assemblée de la Santé sur les migrations internationales des personnels de santé.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) remarque qu'au nombre des problèmes rencontrés ces dernières années dans le domaine de la santé figurent plusieurs catastrophes naturelles majeures dont les victimes ont bénéficié d'une aide de l'OMS en coopération avec d'autres organisations du système des Nations Unies. Des interventions aussi rapides n'auraient pu être possibles sans l'OMS. Les initiatives prises par l'Organisation pour faire face à une possible pandémie de grippe sont tout aussi méritoires. Le Japon vient d'accueillir une réunion commune Japon/OMS sur les mesures à mettre en place pour faire face à une possible pandémie de grippe (Tokyo, 12-13 janvier 2006).

Le Dr Shinozaki se félicite du thème retenu pour le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*. Pour que les programmes de santé maternelle et infantile restent efficaces, il est fondamental que les médicaments essentiels, les prestations de santé, les systèmes d'information sanitaire et d'autres éléments soient intégrés à des systèmes viables de santé publique privilégiant le développement des ressources humaines qui, de fait, devrait être la pierre angulaire du réseau des services de santé publique. Il serait utile que les partenaires du développement soutiennent cette approche.

La mondialisation accroît le risque de voir se propager par-delà les frontières des poussées de maladies nouvelles et réémergentes et de voir baisser l'espérance de vie avec la propagation de l'infection à VIH. Il faudrait que l'OMS envisage les conséquences de l'extension des maladies et des crises sanitaires sous un angle plus général et non strictement sanitaire. Le Dr Shinozaki conclut en renouvelant le soutien de son pays à l'action de l'OMS.

Le Dr BUSS (Brésil) souligne l'importance que revêt la création de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, en particulier pour les pays les moins développés. Une commission des déterminants sociaux de la santé est d'ailleurs en train d'être mise en place au Brésil. La préparation à une éventuelle pandémie de grippe est un autre domaine dans lequel l'autorité de l'OMS s'est révélée cruciale. La Conférence sur la surveillance et la prévention de la grippe aviaire convoquée à Brasília du 30 novembre au 2 décembre 2005 sous les auspices de l'OPS a également mobilisé les pays de la Région.

Pour ce qui concerne le VIH/SIDA, il est vrai qu'il est important de tirer les enseignements qui s'imposent de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et de faire le nécessaire pour assurer l'accès de tous à des traitements et à une éducation efficace en matière de prévention. Le Brésil a une grande expérience de la prévention et du traitement du VIH/SIDA, mais il se heurte à de sérieuses difficultés dans le domaine des droits de propriété intellectuelle et de l'accès aux nouveaux médicaments. C'est pourquoi il se félicite qu'ait été prise l'initiative de créer une commission sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique et d'examiner la question des échanges internationaux.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) note qu'il intervient au nom de la Présidence de l'Union européenne et de ses 25 Etats Membres, l'Autriche, qui assume actuellement la Présidence de l'Union, n'étant pas à l'époque habilitée à désigner une personne devant faire partie du Conseil exécutif. Les pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, les pays candidats à l'adhésion – Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, et le pays du processus de stabilisation et d'association et candidat potentiel qu'est la Serbie-et-Monténégro s'associent à sa déclaration.

Le rapport du Directeur général doit être apprécié dans l'esprit de la résolution 60/35 de l'Assemblée générale des Nations Unies adoptée il y a deux mois sur l'intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde ; ce texte salue l'expertise et les réalisations positives de l'OMS dans un large éventail de domaines et soumet quelques propositions pour aider ses Etats Membres à formuler des politiques de santé.

Les questions qu'a évoquées le Directeur général intéressent l'Union européenne et la communauté internationale. Au sujet des activités de préparation et de riposte à la grippe pandémique,

il faut se féliciter de ce qu'un fonctionnaire de l'OMS ait été nommé Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine. L'Union européenne reconnaît que le Règlement sanitaire international (2005) contribuera aux efforts faits dans les pays pour affronter cette menace.

C'est à juste titre que l'année 2005 a été appelée « année du développement ». Quand elle a adopté la résolution 60/1 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le document final du Sommet mondial de 2005, la communauté internationale a réaffirmé sa détermination d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Le texte de cette résolution reconnaît cependant que « le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses constituent de graves dangers pour le monde entier et des obstacles majeurs à la réalisation des objectifs de développement ». La santé est un élément essentiel des objectifs de développement, et l'environnement physique, économique et social, la qualité et l'accessibilité de l'éducation et de l'information ainsi que la disponibilité de prestations et d'agents de soins de santé qualifiés sont à cet égard des facteurs importants. L'Union européenne note que les auteurs de cette résolution s'engagent « à élaborer et mettre en place un train de mesures de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH/SIDA, en [s']efforçant de [se] rapprocher le plus possible de l'objectif d'un accès universel au traitement à l'horizon 2010, pour tous ceux qui en ont besoin ». Il est également essentiel de veiller à ce que l'accès universel à la santé sexuelle et génésique, qui est l'une des cibles énoncée dans le Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et réaffirmée lors du Sommet mondial de 2005, fasse partie intégrante des efforts déployés pour atteindre les objectifs 4 et 5. En sa qualité de principal pourvoyeur de l'aide publique au développement, l'Union européenne contribue pour beaucoup aux mesures prises pour atteindre les objectifs et les cibles du Millénaire pour le développement.

L'Union européenne partage les inquiétudes liées aux progrès limités des actions engagées pour réduire la mortalité infantile et aux taux d'augmentation alarmants de l'infection à VIH chez les enfants et les jeunes. Il est urgent d'appliquer un ensemble complet de mesures, et notamment de reconnaître pleinement les besoins des jeunes en matière de sexualité et de reproduction ainsi que leur droit à l'accès à des informations qui leur permettent de se protéger. Dans ce domaine, la priorité absolue de l'Union européenne est de renforcer et d'appliquer les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé. Dans le contexte plus général des efforts menés conjointement pour combattre le VIH/SIDA, l'Union européenne a pris note avec intérêt des informations données sur la préparation d'une politique et d'un cadre de planification sur la santé néonatale et sur l'élaboration d'une stratégie destinée à optimiser la croissance foetale et à rendre la grossesse et l'accouchement plus sûrs.<sup>1</sup> L'Union européenne attend avec intérêt d'avoir de plus amples informations sur ce sujet, y compris des résultats concrets.

Le Professeur Pereira Miguel félicite l'OMS pour sa stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et réaffirme l'importance du travail déjà accompli dans le cadre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, de même que la nécessité d'engager une action concertée pour combattre l'usage nocif de l'alcool. La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, adoptée lors de la Sixième Conférence mondiale pour la promotion de la santé (Bangkok, 7-11 août 2005), souligne la nécessité de centrer les efforts sur les déterminants de la santé. Les possibilités de synergie avec le nouveau programme d'action communautaire de l'Union européenne dans le domaine de la santé publique pour la période 2007-2013 devraient être déterminées et exploitées.

L'Union européenne se félicite des progrès accomplis dans le domaine de la sécurité des patients. L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients fournit un cadre aux activités dans ce domaine, dont l'importance a été mise en lumière par la participation du Directeur général au Sommet de l'Union européenne sur la sécurité du patient (Londres, 28-30 novembre 2005). Une collaboration internationale accrue, un soutien pour le programme de recherche fixé et la promotion des

---

<sup>1</sup> Document EB117/13.

interventions existantes en faveur de la sécurité des patients seront nécessaires pour atteindre les buts fixés lors de cette réunion.

Il est essentiel de répondre de façon équitable aux besoins différents des femmes et des hommes en matière de prévention, de traitements et de soins. La santé des femmes est l'un des principaux centres d'intérêt de la Présidence actuelle de l'Union européenne. Il est regrettable que le processus de consultation sur le thème genre et santé de la femme n'ait pas encore été arrêté sous sa forme définitive. L'Union européenne se félicite de la perspective de voir aborder ce thème en janvier 2007.

Pour que soient atteints les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il est de la plus haute importance que la formation des personnels de santé, leur déploiement et le soutien qui leur est apporté soient appropriés. La Journée mondiale de la Santé et le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* devraient apporter une contribution utile à ce sujet.

Par ailleurs, il est regrettable que le projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles n'ait pas encore été soumis à l'approbation du Conseil, car ce retard aura un impact négatif sur le travail important de l'OMS en matière de santé sexuelle et génésique. L'Union européenne note que le document EB117/8 Rev.1 n'est qu'un rapport d'activité de plus, et demande instamment au Directeur général d'établir le texte définitif du projet de stratégie avant la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. L'orateur se félicite des assurances déjà données à ce sujet par le Directeur général.

L'année 2005 a été marquée par plusieurs catastrophes naturelles majeures. L'aide de la communauté internationale a été requise pour les activités de reconstruction, et l'Union européenne a fourni sans délai un soutien important pour les opérations de secours. A sa cinquante-huitième session, l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé au Directeur général d'améliorer encore la contribution de l'OMS à l'aide humanitaire internationale en cas de catastrophe naturelle majeure. L'Union européenne attend avec intérêt le rapport que le Directeur général soumettra à ce sujet à l'Assemblée de la Santé et prend acte de la section D du document EB117/29 ainsi que du document EB117/30 sur l'action de l'OMS en réponse au séisme survenu en Asie du Sud. Le Professeur Pereira Miguel remercie le Directeur général de sa contribution à une meilleure coordination de la riposte du système des Nations Unies et des mesures prises pour venir en aide aux survivants.

Les Etats Membres de l'Union européenne ont participé dans la Région européenne à une consultation sur le projet de onzième programme général de travail, qui doit être considéré comme un élément d'un ensemble dont font également partie les principes concernant l'allocation des ressources et le plan stratégique à moyen terme. Il a été décidé que l'objectif de ce programme de travail demandait à être précisé, certains des domaines d'activité prévus paraissant trop généraux et le document lui-même se présentant davantage comme une stratégie sanitaire globale que comme un programme de travail. Les Etats Membres de l'Union européenne espèrent participer le plus tôt possible à de nouvelles consultations sur ce programme de travail.

L'Union européenne salue le travail effectué sur la résolution WHA58.25 relative au processus de réforme des Nations Unies et au rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays. A la suite du Sommet mondial de 2005, il est vital de soutenir les efforts fournis par le Secrétaire général pour faire aboutir la réforme tant attendue du système international d'aide au développement. Il est urgent d'améliorer la quantité, la qualité et l'impact de l'aide. Le Secrétaire général a clairement annoncé son intention de tirer parti des occasions offertes par les mesures prises pour donner suite au bilan du Sommet du Millénaire et en vue des préparatifs de l'examen triennal complet de politique générale prévu en 2007 et il faudrait que les Etats Membres et les organes de l'ONU agissent de même. Il sera intéressant d'avoir de plus amples renseignements sur les réformes engagées à l'OMS pour obtenir des gains d'efficacité et d'efficience, et en particulier sur le travail effectué avec le Groupe des Nations Unies pour le développement et des processus spécifiques de programmation dans les pays, le Bilan commun de pays et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. L'Autriche compte bien faire avancer la question de la réforme des Nations Unies au cours de sa présidence de l'Union européenne.

Bientôt va s'ouvrir la première session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La Commission européenne et ses Etats Membres, qui ont joué un rôle déterminant dans le processus de négociation, sont attachés à combattre les effets nocifs du tabagisme



et espèrent que la Conférence des Parties adoptera un calendrier clair en vue de l'élaboration de protocoles à cette Convention.

Le Professeur Pereira Miguel félicite le Directeur général et ses collaborateurs du travail accompli et les assure du soutien continu de l'Union européenne.

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Portugal, il relève l'ampleur et la qualité des mesures prises dans la Région européenne pour renforcer les plans de préparation et de riposte à la grippe pandémique et il remercie le Directeur régional et le Secrétariat de leurs efforts.

Le Dr ACHARYA (Népal) salue le rapport très complet du Directeur général et l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui a servi de catalyseur dans les activités en faveur du traitement du VIH/SIDA partout dans le monde. Il demande instamment que la Région de l'Asie du Sud-Est, qui compte 25 % de la population mondiale et représente 40 % de la charge de morbidité, reçoive sa juste part de ressources.

Le Dr WINT (Jamaïque) remercie le Directeur général de son exposé qui rend compte de réalisations importantes, en particulier en ce qui concerne la lutte contre les maladies, l'éradication de la poliomyélite, les mesures prises en réponse aux catastrophes naturelles et l'éventuelle pandémie de grippe. Les Etats Membres de la région des Caraïbes sont particulièrement vulnérables aux conséquences sociales et économiques des catastrophes sur le secteur de la santé. Aussi se réjouit-il de l'intensification annoncée de la collaboration et de la coopération de l'OMS, notamment pour la prévention des maladies chroniques, la lutte contre la violence au foyer et dans la communauté et la gestion de la crise grandissante des ressources humaines, qui menace la viabilité des systèmes de santé.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) loue le rapport du Directeur général. Une gestion appropriée, efficace et efficiente est essentielle et il est de la plus haute importance de réformer le système à tous les niveaux de l'Organisation. Un pourcentage important du budget est alloué aux Régions et aux pays. Une meilleure utilisation de ces ressources et, le cas échéant, une meilleure coordination des activités de gestion entre le Siège, les Régions et les pays seraient souhaitables.

La pauvreté est synonyme de manque d'opportunités et d'accès aux technologies et de services de santé moins bien équipés. Il importe d'améliorer les déterminants sociaux de la santé, laquelle doit être envisagée dans une perspective globale et pas simplement en termes de politiques et de programmes.

Le Dr TANGI (Tonga) remercie le Directeur général de son exposé clair, vivant et précis. Mettant en avant les atouts de l'OMS, il évoque en particulier le dévouement de son personnel à tous les niveaux, ceux qui concourent dans l'anonymat aux réalisations obtenues, le recours aux technologies les plus sophistiquées et la possibilité d'utiliser à tout moment les techniques les plus récentes.

Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) salue l'excellent rapport du Directeur général. Mettant l'accent sur le rôle essentiel de l'aide de l'OMS grâce à laquelle les pays peuvent se doter de capacités et d'infrastructures plus solides pour affronter leurs problèmes, il indique qu'une part plus importante de cette aide devrait aller à la création d'outils et de services que les pays puissent intégrer à leurs systèmes de santé publique.

M. SHUGART (Canada) remercie le Directeur général et ses collaborateurs de leurs efforts enthousiastes au cours de l'année écoulée. Il souhaiterait à ce stade soulever la question du onzième programme général de travail en raison de l'importance stratégique des questions en jeu.

Pour agir efficacement contre la grippe pandémique, le fardeau des maladies transmissibles liées à la pauvreté et les maladies non transmissibles chroniques, il est indispensable que l'OMS fonctionne correctement et dispose de ressources suffisantes. Le Canada soutient sans réserve les efforts fournis

par l'Organisation pour plus d'efficacité, d'efficience et de transparence et il juge que, parmi les institutions spécialisées du système des Nations Unies, l'OMS est passée maître dans l'approche fondée sur les résultats. Le Canada salue le travail accompli sur le onzième programme général de travail et les mesures qui ont été prises pour engager à ce sujet un large processus de consultation. Le document contient des informations contextuelles solides, mais il devrait être davantage axé sur le rôle spécifique de l'OMS, ses forces et ses avantages comparatifs, et en particulier ses priorités. L'Organisation dispose de ressources financières limitées. Elle ne peut être tout pour tous tout le temps.

En matière de gouvernance, le Canada juge très préoccupante la forte dépendance du programme de l'OMS à l'égard des contributions volontaires qui représentent plus de la moitié des fonds alloués aux activités de l'Organisation dans le monde. Pour que l'OMS soit pleinement efficace, il faudrait que des fonctions essentielles comme la surveillance des maladies et les activités de riposte ne dépendent pas trop de contributions volontaires imprévisibles.

Même s'il verse aussi des contributions volontaires, le Canada fait partie des pays qui demanderont que certaines mesures soient prises par le Secrétariat. Pour que soient résolues d'éventuelles contradictions, il faudrait que l'OMS indique clairement quelles sont ses fonctions et priorités essentielles ; le programme général de travail pourrait lui offrir un moyen de le faire.

Le DIRECTEUR GENERAL note que c'est aux anonymes auxquels a rendu hommage le membre désigné par les Tonga que devraient aller les félicitations qui lui sont souvent adressées en tant que Directeur général. L'OMS compte quelque 150 bureaux de pays partout dans le monde, six bureaux régionaux et un Siège. Les membres de son personnel, venus d'horizons et aux origines multiples, savent opposer un front uni aux difficultés, comme dans le cas de la flambée de grippe aviaire en Turquie. Les six bureaux régionaux ont mis leur personnel et leurs ressources à la disposition de l'Organisation. C'est ce qui assure sa crédibilité qui, avec sa réputation, figure parmi ses principaux atouts, qu'il faut protéger et consolider.

Le retard apporté à la publication du projet de stratégie sur la lutte contre les infections sexuellement transmissibles<sup>1</sup> vient uniquement de ce qu'il est nécessaire, pour un document aussi important, de veiller à ce que toutes les informations données soient parfaitement exactes. A l'avenir, tout sera mis en oeuvre pour que les rapports paraissent à temps, y compris par des moyens électroniques.

Avec la nomination à New York du Dr D. Nabarro au poste de Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine, le Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies a quelqu'un pour valider les données techniques, tenir le Secrétaire général informé de la situation et coordonner les activités de la FAO, de l'OMS et d'autres organismes. A l'évidence, c'est là un grand avantage pour l'OMS et un excellent exemple de la façon dont fonctionne le système des Nations Unies.

Le Directeur général dit avoir beaucoup profité du travail du précédent Directeur général, le Dr Brundtland, sur le processus de réforme, comme il a profité de l'action conduite par le Dr Nakajima sur la poliomyélite et les autres maladies émergentes et de celle du Dr Mahler sur les soins de santé primaires. Les contributions d'anciens membres du personnel de l'OMS se sont également révélées précieuses. Ainsi, lorsqu'est salué le travail de l'Organisation, c'est à tous les membres du personnel, aux anciens comme à ceux qui sont actuellement en fonctions, que devraient aller ces félicitations.

Le PRESIDENT remercie les membres du Conseil de leurs paroles émouvantes de sympathie pour les victimes du séisme qui a frappé son pays.

---

<sup>1</sup> Document EB117/8 Rev.1.

Le Professeur AYDIN (Turquie)<sup>1</sup> exprime sa gratitude au Directeur général et au Directeur du Bureau régional OMS de l'Europe et à son personnel pour avoir fait bénéficier son pays de leur coopération. La Turquie est très reconnaissante de l'aide rapide et fort efficace que lui ont apportée le Bureau régional de l'Europe et l'équipe dépêchée sur place à sa demande. Les clés du succès de la lutte contre la grippe aviaire résident dans une coopération soutenue et une sensibilisation à l'échelle mondiale. La Turquie fait tout ce qui est en son pouvoir pour communiquer en toute transparence les informations dont elle dispose à l'OMS et aux autres organisations internationales concernées. Le Professeur Aydin remercie de leur aide tous ceux qui ont contribué aux progrès réalisés jusqu'ici dans la lutte contre cette flambée.

**3. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION DU CONSEIL EXECUTIF : Point 3 de l'ordre du jour (document EB117/3)**

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, résume les conclusions du rapport. Elle indique que des progrès importants ont été faits lors de la troisième réunion du Comité, tenue la semaine précédente. Le rapport du Comité devrait beaucoup aider le Conseil pour la discussion sur plusieurs des points inscrits à son ordre du jour. Il met en évidence les domaines dans lesquels le Conseil est invité à prendre des mesures spécifiques. A cet égard, il convient en particulier de noter les recommandations relatives à la périodicité des réunions et à la nécessité de tenir une réunion extraordinaire en février 2006.

Le PRESIDENT dit que les observations doivent être faites au moment où est examiné le point de l'ordre du jour correspondant.

(Voir la suite du débat et l'adoption d'une décision sur le sujet dans le procès-verbal de la dixième séance, section 2.)

**La séance est levée à 13 heures.**

---

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

## DEUXIEME SEANCE

Lundi 23 janvier 2006, 14 h 30

Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)

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

**Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS** : Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB117/30)

**Il est présenté un film vidéo sur les activités d'intervention engagées par la population et le Gouvernement du Pakistan ainsi que par la communauté internationale à la suite du séisme survenu en Asie du Sud.**

Le Dr ALWAN (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) dit, en présentant le rapport, que l'Inde et le Pakistan ont tous deux réagi rapidement et avec efficacité après le séisme. Le rôle de l'OMS étant de prêter un appui aux autorités nationales, les moyens et les ressources humaines du Bureau régional de la Méditerranée orientale ont été pleinement mobilisés, avec l'aide du Siège et des Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est est lui aussi intervenu rapidement à l'appui des mesures prises au niveau national en Inde. L'OMS a d'autre part collaboré étroitement avec le système du coordonnateur résident des Nations Unies, l'UNICEF, le FNUAP et d'autres membres du groupe pour la santé dans l'action humanitaire du Comité permanent interorganisations des Nations Unies. Le groupe a amplement fait la preuve de son utilité.

Les opérations conservent un caractère d'urgence, en partie à cause des températures très basses dans la région et en partie à cause de l'ampleur de la catastrophe. Dans bon nombre des zones touchées, il reste difficile d'offrir un abri à tous. Le système de surveillance et d'alerte précoce dans lequel l'OMS avait investi fonctionne de façon satisfaisante. Les infections des voies respiratoires sont un grave sujet de préoccupation, mais il n'y a eu aucune flambée de maladie. Le taux de mortalité reste en deçà du seuil fixé pour les situations d'urgence.

Les priorités du plan hivernal, mis au point par le groupe pour la santé et le Gouvernement du Pakistan, sont notamment le renforcement des soins de santé primaires et des services hospitaliers ainsi que le maintien des tâches de santé publique. Dans les principaux camps, la population a raisonnablement accès à ces services, mais leur extension aux réfugiés vivant dans des camps reculés reste problématique. Les campagnes de vaccination se poursuivent. Plus d'un million d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole, et les programmes de lutte antituberculeuse fonctionnent. De nombreux agents ont reçu une formation pour pouvoir prendre en charge les problèmes de santé mentale, fréquents chez ceux qui survivent à une catastrophe d'une telle ampleur.

Les travaux s'inscrivent encore dans la phase d'urgence. Il faut des bâtiments supplémentaires pour les unités de santé primaire, et des structures préfabriquées sont en cours d'installation, encore que certaines aient été livrées avec retard. Les donateurs se sont montrés généreux, mais il faudra des moyens financiers plus importants pour assurer toutes les composantes du plan hivernal et soutenir l'action de redressement. L'OMS a participé à l'évaluation des besoins en matière de reconstruction et elle aide actuellement à mener la phase de relèvement.

L'action de l'OMS au Pakistan lui a permis d'acquérir une expérience précieuse. Un bilan préliminaire a été fait et les analyses ultérieures viseront à recenser les insuffisances. Les enseignements tirés après le séisme et le tsunami en Asie du Sud permettront de renforcer l'action de l'Organisation en situation de crise. La préparation aux situations d'urgence est elle aussi déterminante, et il faudra donc privilégier à l'avenir l'aide aux pays pour qu'ils mettent au point des stratégies globales de préparation et de secours.

Le Dr GEZAIRY (Directeur régional pour la Méditerranée orientale) exprime sa gratitude aux autres bureaux régionaux qui ont immédiatement envoyé des experts dans les zones touchées, ce qui a permis d'apporter une aide très précieuse, et il remercie d'autre part le Siège de son appui. Le groupe pour la santé du Comité permanent, qui agissait pour la première fois, a fait la preuve de son utilité : tous les participants savaient ce qu'ils devaient faire.

Bien qu'il se soit produit des cas de poliomyélite, il n'y a pas eu de flambée majeure ni d'épidémie dans la région touchée par le séisme. On a utilisé pleinement les compétences des spécialistes pour la surveillance de la poliomyélite et d'autres aspects de la lutte contre les maladies. Une attention particulière a d'autre part été accordée au problème de la santé mentale. L'intervention de l'Organisation a été satisfaisante, et d'importants enseignements ont été tirés quant aux moyens de faire face à ce genre de catastrophe à l'avenir.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, rappelle l'ampleur de la tragédie : 73 000 personnes ont perdu la vie et 140 000 ont été blessées. L'appui et l'intervention rapide de l'OMS ont toutefois réconforté le pays. Il faut rendre hommage aux Pakistanais pour les efforts qu'il ont déployés et souligner la qualité de la coordination entre le Gouvernement pakistanais, l'OMS, d'autres institutions du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales nationales et internationales. Le programme de vaccination lancé le 16 octobre 2005 a permis d'éviter d'autres décès, mais les deux mois et demi à venir seront déterminants pour les survivants, car de nombreux facteurs leur sont défavorables – les conditions climatiques extrêmes de l'hiver, les traumatismes subis et la perte dans bien des cas de leur foyer et de membres de leur famille. Cependant, la situation est pour l'instant maîtrisée, et il n'y a eu ni décès ni flambée de maladie dans les camps de réfugiés.

La phase de reconstruction constitue un autre défi ; il faut de toute urgence mettre en place des unités de soins de santé primaires, et il faudra reconstituer les ressources humaines puisque environ 35 % des médecins et des agents infirmiers du Cachemire ont perdu la vie. Les traumatismes mentaux posent un autre problème. On a organisé des équipes pour leur prise en charge, en y incluant notamment des spécialistes internationaux qui avaient travaillé après le tsunami en Asie du Sud.

Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, rappelle que les catastrophes survenues récemment ont entraîné d'énormes pertes sur les plans humain, écologique et économique, ce qui montre qu'il faut être mieux préparé aux catastrophes et intervenir plus efficacement en temps voulu dans les situations d'urgence. Pour fournir l'assistance humanitaire nécessaire lors de la phase aiguë d'une crise et fournir un appui durable pour le redressement et la reconstruction à long terme, il faut que la communauté internationale fasse preuve de solidarité et de détermination. Le tsunami en Asie du Sud et le séisme au Pakistan ont prouvé l'importance de bons systèmes d'alerte précoce et montré qu'il fallait investir massivement pour renforcer les capacités, évaluer les besoins, établir des cartes de vulnérabilité et organiser les interventions.

A l'heure actuelle, très peu de pays disposent d'un programme de préparation aux catastrophes ou de personnel capable d'en assurer la gestion et, faute de systèmes et de ressources consacrés aux situations d'urgence, il leur est difficile de mener les interventions nécessaires après une catastrophe et de se préparer à une future situation d'urgence.

Il reste à appliquer les enseignements tirés des catastrophes survenues dans le passé aux niveaux national et local, notamment pour ce qui concerne les grandes orientations, la planification et

l'affectation des ressources, et les pays devraient prendre des mesures pour remédier à cette situation. L'appui de l'OMS est nécessaire pour la mise en place de capacités nationales de préparation et d'intervention, notamment de bons systèmes d'information et de logistique, et pour la coordination de l'action internationale d'aide aux pays.

M. GUNNARSSON (Islande) rend hommage au Président, qui doit à la fois diriger les travaux du Conseil et superviser les opérations de secours dans son pays. L'OMS, l'Organisation des Nations Unies et le reste de la communauté internationale doivent coordonner leurs activités pour pouvoir agir promptement dans les situations d'urgence. La Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006) a montré que la communauté internationale pouvait être financièrement généreuse lorsque c'était nécessaire. M. Gunnarsson exhorte le Directeur général à étudier la possibilité de créer au Siège un fonds de secours en cas de catastrophe qui permettrait de financer dans l'immédiat les opérations d'urgence.

Le PRESIDENT, s'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Pakistan, fait savoir que le Premier Ministre de son pays et lui-même ont récemment débattu de la création d'un tel fonds avec le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Le Dr ALI MOHAMMED SALIH (Iraq) pense lui aussi qu'il faudrait imputer sur le budget de l'OMS un fonds de secours en cas de catastrophe. Une telle mesure est déjà autorisée par l'article 58 de la Constitution, qui dit en substance : « Un fonds spécial, dont le Conseil disposera à sa discrétion, sera constitué pour parer aux cas d'urgence et à tous événements imprévus. ».

Le Dr SINGAY (Bhoutan) rappelle que l'OMS, le reste de la communauté internationale et des organisations non gouvernementales ont vite apporté de l'aide à la suite de la catastrophe. Même s'il est nécessaire de renforcer la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, il faut aussi consolider à long terme les systèmes de santé pour qu'ils puissent intervenir durablement en situation d'urgence.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) considère que tous les pays situés dans des régions exposées au risque de séisme doivent avoir un plan de préparation et d'action en situation d'urgence suivant les grandes lignes esquissées dans le paragraphe 28 du rapport. Les plans, qui seront établis à partir de données factuelles, devront être réévalués régulièrement.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) précise que son Gouvernement a contribué en espèces et en nature aux actions de secours menées après la catastrophe. Le monde doit se doter des moyens nécessaires pour faire face aux catastrophes naturelles. Les besoins fondamentaux sont l'approvisionnement en eau potable sûre, l'assainissement, la vaccination et la prévention des maladies transmissibles. La participation communautaire est indispensable pour que les gens puissent eux-mêmes agir dans les 24 heures qui suivent une catastrophe, avant que l'aide n'arrive de l'extérieur. Lors du séisme survenu récemment, toutes les infrastructures de la région ont été détruites, de sorte que la population a dû compter entièrement sur l'assistance extérieure.

Il faut féliciter l'OMS pour la rapidité et la bonne organisation de son intervention et remercier pour leur appui généreux les pays donateurs, les institutions du système des Nations Unies, la Banque mondiale, la Banque asiatique de Développement et la Banque islamique de Développement. Le Dr Sopida Chavanichkul invite le Directeur général à poursuivre la collaboration avec les institutions partenaires dans le domaine de la préparation aux catastrophes et des secours, et à renforcer les capacités nationales en matière de services médicaux d'urgence.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran)<sup>1</sup> rappelle que deux séismes dévastateurs ont frappé son pays en 1990 et 2003 et que plusieurs enseignements en ont été tirés. La préparation dans le pays lui-même est déterminante : il faut améliorer la préparation aux situations d'urgence aux niveaux national et local et créer un centre de coordination des secours dans la capitale du pays concerné. Il faudrait créer un fonds mondial pour les secours d'urgence, comme d'autres intervenants l'ont déjà proposé. La surveillance des maladies revêt également un rang de priorité élevé en situation d'urgence. Une aide psychosociale en faveur des survivants est assurément nécessaire : à la suite du séisme survenu à Bam en décembre 2003, la santé mentale s'est vu accorder un rang de priorité élevé pour la première fois dans une catastrophe naturelle frappant la région. Un autre aspect important est l'amélioration des conditions de vie et de l'état de santé des personnes qui survivent à une catastrophe.

Le Dr ALWAN (représentant du Directeur général pour les interventions sanitaires en cas de crise) précise que l'OMS est en train de réaffecter des fonds à la préparation aux situations d'urgence et à l'action de secours et qu'elle a créé un groupe qui se consacrera à la préparation aux catastrophes et à l'action de secours. Dans trois semaines, une consultation mondiale d'experts va avoir lieu en vue de renforcer la capacité d'aide de l'OMS aux Etats Membres pour qu'ils puissent élaborer des plans multisectoriels exhaustifs de préparation et de secours en situation d'urgence. Les services médicaux d'urgence et la prise en charge de très nombreux blessés sont également prioritaires. On est encore mal renseigné sur les activités de préparation aux situations d'urgence dans les pays : l'OMS est en train de mettre au point une base de données mondiale sur les ressources humaines, les institutions et la logistique, qui pourra servir à répartir rapidement le personnel et d'autres ressources en cas de catastrophe.

Certains membres ont suggéré la création d'un fonds de secours d'urgence. L'OMS s'emploie actuellement à élargir l'accès à des financements destinés aux situations d'urgence, mais un fonds mondial exigerait de la communauté internationale des apports supplémentaires. En octobre 2005, la Région de la Méditerranée orientale a créé un fonds régional de solidarité auquel la plupart des Etats Membres de la Région ont accepté de contribuer.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, section 3.)

**Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action :** Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB117/5)

- **Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi** (documents EB117/31 et EB117/31 Add.1)

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), dont l'intervention est accompagnée d'une présentation illustrée, indique que les documents EB117/5 et EB117/31 apportent une mise à jour sur les faits relatifs à la grippe aviaire et à la préparation à une éventuelle pandémie de grippe, sur les mesures pertinentes prises par l'OMS entre mai et novembre 2005, sur l'évaluation du risque de pandémie et sur les réunions importantes qui se sont tenues depuis novembre 2005.

A l'OMS, le niveau d'alerte à la pandémie reste le même – il s'agit de la phase 3 – bien que la flambée de grippe aviaire continue de se propager, puisque des volailles ont été touchées dans plusieurs pays en novembre et décembre 2005, particulièrement en Chine et en Turquie. Des cas humains ont continué à se produire de façon sporadique dans six pays, dont cinq en Asie, et des rapports sur des cas humains ont été communiqués en 2006 par la Chine, l'Indonésie et la Turquie. Il n'y a eu jusqu'à présent aucune preuve de transmission interhumaine. Le Gouvernement turc a signalé des données utiles qui aident actuellement à mieux comprendre le comportement du virus et la situation sur le terrain. D'autres études sont faites en concertation avec ce même Gouvernement pour

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

déterminer l'ampleur du problème et mieux connaître les facteurs de risque pour différents groupes cibles et les différentes mesures de lutte nécessaires.

Lors de la Conférence conjointe FAO/OMS/OIE/Banque mondiale sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005), il s'est dégagé un consensus sur les mesures techniques que les pays devraient prendre dans le cadre de leur plan national intégré. Huit des douze séries de mesures arrêtées intéressaient l'OMS, qui a entamé les travaux aussitôt. Par exemple, une réunion sur la communication en cas de pandémie rassemblant en décembre 2005 d'importants partenaires comme la FAO, l'UNICEF et l'OIE a été l'occasion d'examiner les questions de stratégie et l'appui de l'OMS aux Etats Membres. D'autre part, une réunion du réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie a été organisée dans le but de renforcer la solidarité régionale et mondiale face à une épidémie. Lors d'une réunion organisée à Genève le 12 décembre 2005 pour examiner la stratégie d'endiguement à adopter dans un premier temps, l'accord s'est fait sur les principes et la doctrine qui régiraient les modes opératoires normalisés en cas d'apparition d'une pandémie de grippe. Cette réunion a été suivie de la réunion conjointe Japon/OMS sur l'intervention initiale face au risque de pandémie de grippe (Tokyo, 12-13 janvier 2006). Un groupe spécial a été créé pour renforcer les capacités internes de manière que l'OMS puisse agir rapidement afin d'aider les pays à poser le diagnostic, évaluer le risque et prendre en charge les cas cliniques.

Grâce à un don généreux des laboratoires Roche, l'OMS a acquis de l'oseltamivir pour assurer 5 millions de traitements : 3 millions dans le cadre du stock international destiné à intervenir en cas d'urgence au tout premier stade d'une pandémie, et 2 millions dans le cadre de l'aide aux pays démunis en cas de flambée de maladie humaine due au virus H5N1. La mise au point d'un vaccin contre la grippe pandémique est une autre question importante à laquelle deux réunions ont déjà été consacrées et trois autres vont l'être prochainement ; les points essentiels sont la recherche-développement, les moyens d'accroître la capacité de production et les moyens d'améliorer l'accès à des vaccins abordables.

Compte tenu des débats intervenus à Genève et des premiers travaux engagés, il a été mis au point un plan d'action stratégique en cas de pandémie de grippe comportant quatre axes stratégiques prioritaires pour l'Organisation au cours des deux prochaines années. A la suite de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006), le Dr Chan a le plaisir d'annoncer que US \$1,9 milliard ont été promis : US \$1 milliard sous forme de dons et US \$900 millions sous forme de prêts.

Plusieurs points importants se sont dégagés à Beijing lors d'une réunion officielle des donateurs, des partenaires et des Etats Membres. Le pays touché devrait lui-même « agir au premier plan » et privilégier l'élaboration d'un plan national intégré, la discussion avec les bailleurs de fonds potentiels pour la mobilisation des ressources, la mise en place de solides mécanismes pour une mise en oeuvre rapide et, enfin, la surveillance et la transparence vis-à-vis des donateurs.

En ce qui concerne la coordination au sein du système des Nations Unies, le Dr Chan est en contact régulier avec le Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine. La coordination n'est pas simple : en raison des différents mécanismes financiers en jeu, il faudra différents mécanismes de coordination pour garantir la compatibilité des activités aux niveaux national, régional et mondial et la synergie des résultats.

Le Dr ALI MOHAMMED SALIH (Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que la menace de pandémie de grippe aviaire préoccupe énormément tous les pays qui ont ensemble pour responsabilité de prévenir une telle pandémie ou d'en atténuer les effets, parce qu'il faut des systèmes de surveillance sensibles et une action rapide de notification et de riposte pour se conformer aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005). Cependant, bon nombre de pays n'ont malheureusement pas les moyens de communication nécessaires pour s'acquitter de ces obligations ; ils manquent de matériel, de logiciels et de formation. La collaboration internationale est de plus en plus nécessaire pour le renforcement des systèmes de surveillance des maladies ayant un potentiel épidémique. Les pays de la Région souscrivent toutefois à la proposition d'application immédiate sur une base volontaire des dispositions pertinentes du



Règlement. Il faut espérer que des ressources seront mobilisées en conséquence, particulièrement pour les pays en développement, et que l'OMS fournira un appui technique lorsque celui-ci sera demandé.

Il faut féliciter l'OMS de ses efforts pour atténuer le risque de grippe pandémique et améliorer l'état de préparation. Les Etats Membres de la Région ont établi leurs plans de préparation au mieux de leurs possibilités, mais beaucoup ne se sentent pas prêts parce qu'ils n'ont pas les moyens nécessaires de diagnostic et de confirmation du diagnostic de grippe aviaire. Se procurer à un prix abordable les antiviraux à stocker représente un autre problème, tout comme l'incertitude concernant la distribution des vaccins appropriés. On pourrait réduire les écarts en matière de ressources et d'accès en procédant à un transfert de technologie pour la production d'antiviraux et de vaccins vers la Région de la Méditerranée orientale et d'autres Régions et en aidant les pays moins favorisés à renforcer les aspects de leurs plans nationaux de préparation qui n'ont pas à voir avec les produits pharmaceutiques.

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par l'Iraq, Le Dr Ali Mohammed Salih souligne que, pour améliorer le niveau de préparation des pays en développement, il faut former le personnel de santé aux mesures à prendre sur le terrain, particulièrement dans les pays exposés au risque de maladie. Une formation est d'autre part nécessaire pour la surveillance et la notification. L'Iraq s'est engagé à appliquer les règles en matière de préparation mais, à cause des problèmes de sécurité, les mouvements du personnel de l'OMS sont limités, ce qui prive son pays de leurs compétences. Le Dr Ali Mohammed Salih demande que tout soit fait pour donner une plus grande liberté de mouvement au personnel de l'OMS, surtout du fait que l'Iraq peut assurer la protection nécessaire dans les zones du pays où la sécurité règne.

Le PRESIDENT se félicite de la proposition tendant à ce que des antiviraux soient stockés par le Bureau régional de la Méditerranée orientale. En ce qui concerne les restrictions actuelles aux mouvements du personnel de l'OMS en Iraq et à leurs répercussions éventuelles sur l'apparition et la propagation de la grippe aviaire, le Directeur général est déjà en train d'étudier la situation.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom de l'Union européenne et de ses 25 Etats Membres, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des pays candidats à l'adhésion – Croatie, ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, des pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels – Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro –, fait ressortir combien il est important de renforcer la préparation et l'action face au risque de pandémie de grippe. La souche asiatique du virus de la grippe aviaire est devenue une menace transrégionale non seulement pour les êtres humains, mais aussi pour les volailles et d'autres oiseaux. Sa transmission occasionnelle par des oiseaux migrateurs montre qu'il peut passer d'une Région à l'autre, atteindre des pays en développement et avoir de graves conséquences économiques et sociales ; aucune région du monde ne peut ignorer cette menace. Pour atténuer le risque, il est essentiel d'agir pour lutter contre la grippe aviaire là où elle se manifeste et là où elle pourrait se propager. L'action rapide de l'OMS, en collaboration avec le Ministère turc de la Santé, la Communauté européenne et le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, à la suite de l'apparition récente de cas humains de grippe aviaire en Turquie, a montré que les principales institutions chargées de la lutte contre les maladies dans la Région européenne étaient prêtes à coopérer. Cette collaboration aidera par ailleurs à préciser dès que possible s'il y a eu transmission interhumaine – information cruciale pour l'évaluation du potentiel de propagation pandémique de la maladie. Les faits récemment survenus dans des pays situés aux confins de l'Europe et de l'Asie sont néanmoins préoccupants et montrent qu'il faut s'attaquer aux causes fondamentales de la grippe aviaire et aider les pays touchés.

L'Union européenne se félicite de la Déclaration de Beijing adoptée la semaine précédente à la Conférence internationale des donateurs et dans laquelle les pays ont manifesté la volonté politique d'unir leurs forces pour lutter contre la grippe aviaire et se préparer à une éventuelle pandémie de grippe humaine. Dans la Déclaration sont exposés des principes fondamentaux, notamment la nécessité de mobiliser un appui international. L'Union européenne se félicite en particulier de l'engagement sans équivoque en faveur de la transparence et la transmission de l'information, ainsi que de la demande adressée à tous les partenaires de signaler rapidement les cas humains et animaux

de grippe aviaire par les voies internationales appropriées, conformément aux normes de l'OIE relatives aux services vétérinaires et au Règlement sanitaire international (2005). La communication rapide de l'information, y compris des données sur les prélèvements biologiques provenant de cas suspects ou confirmés chez l'être humain et chez l'animal, permettra de mettre au point des mesures globales et adéquates de préparation et d'intervention.

Tout en se félicitant des initiatives et des stratégies de coordination adoptées par diverses instances internationales ces derniers mois, l'Union européenne considère que la FAO, l'OMS et l'OIE sont les principales organisations internationales responsables des différents aspects de la grippe aviaire et de la grippe pandémique humaine. Elle souscrit sans réserve au cadre stratégique mondial élaboré et préconisé par la FAO, l'OMS et l'OIE pour la lutte contre la grippe aviaire et la préparation à une éventuelle pandémie de grippe – cadre qui respecte le principe de bonne pratique élaborée, diffusée et appliquée conformément aux normes internationales pertinentes sur la base des conclusions de la Conférence conjointe tenue récemment sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005). L'Union européenne est prête à mettre à profit son expérience collective en matière de prévention et de préparation pour la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine. Reconnaissant que la transparence et l'échange d'informations sont des volets essentiels de toute stratégie d'endiguement, elle est également prête à faire participer les pays et institutions concernés aux travaux de ses organes qui s'occupent de la grippe aviaire et de la grippe pandémique humaine, dans l'espoir que son approche apportera une valeur ajoutée à leurs stratégies et contribuera à la mise en oeuvre des mesures énoncées dans le cadre stratégique de la FAO, de l'OMS et de l'OIE. Les partenaires de l'Union européenne sont instamment invités à faire de même. L'Union reconnaît que l'appui à l'élaboration, par les pays eux-mêmes, de stratégies nationales d'intervention fondées sur une approche multisectorielle privilégiant le renforcement de la santé animale et de la santé publique, y compris les systèmes de surveillance et d'alerte, ainsi que l'atténuation des effets socio-économiques sur les plus démunis doivent être au coeur d'une action internationale coordonnée dans le cadre de la stratégie mondiale de lutte contre la grippe aviaire proposée par la FAO, l'OMS et l'OIE. La menace est mondiale mais l'action coordonnée peut, elle, être mise en route et dirigée au niveau national, en concertation avec la société civile, notamment les organisations paysannes et les représentants du secteur privé. Il sera vital de fournir, dans le cadre de partenariats stratégiques à long terme, un soutien technique et financier suffisant aux pays en développement, notamment aux pays les moins avancés – qu'ils soient touchés ou exposés au risque – si l'on veut maîtriser au niveau planétaire la menace que représente la grippe aviaire sur les plans sanitaire, financier, commercial et sécuritaire.

La Conférence internationale des donateurs tenue à Beijing est venue à point nommé, et il est extrêmement encourageant de constater que la communauté internationale s'est engagée à verser un montant total de US \$1,9 milliard, ce qui devrait plus que couvrir les besoins financiers estimatifs pour les prochaines années. L'Union européenne a également manifesté sa volonté en annonçant son intention de verser environ US \$260 millions. Elle a déjà pris plusieurs mesures pour renforcer dans les pays la préparation nationale à une éventuelle pandémie de grippe ; l'une des plus utiles a été l'exercice de simulation (« common ground ») qui a été mené en novembre 2005 dans tous les pays de l'Union et avait pour but d'y vérifier les structures et la compatibilité des plans nationaux au cas où surviendrait une pandémie de grippe. Les résultats seront publiés dans un rapport exhaustif pour permettre une adaptation et une amélioration de la préparation à une pandémie au niveau des pays et au niveau de l'Union européenne. Dans ce contexte, le Règlement sanitaire international (2005) est un instrument essentiel. Etant donné la gravité de la situation et les risques pour la santé dans le monde entier, l'OMS devrait envisager la possibilité d'anticiper l'application des parties du Règlement cruciales pour le dépistage précoce, la notification et l'endiguement d'un début de pandémie, en attendant leur entrée en vigueur en 2007. L'Union européenne, qui a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration et l'adoption de cet instrument, souscrira aux propositions correspondantes d'application volontaire du Règlement.

Le rapport qui fait l'objet du document EB117/5 souligne à juste titre l'urgente nécessité d'aider les pays à se doter de systèmes de surveillance et de moyens de laboratoire suffisants pour accroître les chances d'interventions préventives efficaces au début d'une pandémie. En particulier l'OMS doit poursuivre et intensifier son assistance aux pays pour qu'ils mettent en place les capacités de base

requis en vertu du Règlement sanitaire international et mobiliser et affecter des ressources techniques, en faisant appel aux moyens disponibles dans les bureaux régionaux et les centres collaborateurs pour développer et accélérer les activités de formation dans les domaines de la surveillance des épidémies, de l'alerte et des interventions, des capacités de laboratoire, de la biosécurité et du contrôle de qualité.

L'Union européenne s'associe à la proposition tendant à ce que le Directeur général soumette à l'Assemblée de la Santé un rapport annuel sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres à appliquer le Règlement.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) a pris connaissance avec grand intérêt du rapport publié sous la cote EB117/5 et félicite l'OMS du rôle directeur qu'elle a joué pour alerter le monde face au risque de pandémie de grippe. Le Gouvernement vietnamien a pris des mesures résolues pour éviter d'autres flambées de grippe aviaire parmi les volailles, prévenir l'infection humaine par le virus H5N1 et se préparer à une éventuelle pandémie de grippe. Les mesures associent la volonté politique à un niveau élevé, la transparence ainsi que la collaboration et les opérations multisectorielles ; la surveillance et la notification des cas de grippe aviaire parmi les volailles, la vaccination de masse, la désinfection et le contrôle des mouvements de volailles ; l'amélioration de la surveillance et du dépistage des cas humains ainsi que l'organisation de campagnes massives d'information, d'éducation et de communication. Grâce à ces mesures, qui sont venues s'ajouter à une aide internationale, le Viet Nam a pu endiguer la grippe aviaire parmi les volailles. Aucun cas humain n'a été signalé depuis plus de deux mois. Cependant, le Gouvernement reste vigilant et est absolument prêt au cas où la maladie réapparaîtrait.

L'OMS doit continuer de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils améliorent leurs moyens de surveillance. Pour des pays comme le Viet Nam où il semble que le virus se soit solidement établi, l'appui au dépistage précoce ainsi qu'à des mesures rapides d'intervention et d'endiguement est prioritaire.

Il est extrêmement important de développer les capacités mondiales de production de vaccin antigrippal, mais les progrès ont-ils été satisfaisants à cet égard ? Dans la négative, le Conseil devrait examiner ce qu'il faut faire pour accélérer les choses et développer les capacités mondiales.

Constituer des stocks d'antiviraux coûte cher et prend du temps. Vu les informations sur la résistance aux amantadines et aux inhibiteurs de la neuraminidase (comme l'oseltamivir), il faut de toute urgence donner des orientations claires pour garantir l'adoption de mesures nationales rentables et éviter l'apparition d'une résistance. Ces orientations devront être données en temps voulu et il faudrait aider les Etats Membres à définir des politiques rationnelles d'achat et de prescription. Assurer une prophylaxie de masse par l'oseltamivir au début d'une pandémie pour atténuer le risque d'apparition d'un virus globalement transmissible est une initiative très ambitieuse – peut-être trop – qui exigera une planification préalable détaillée. Le résultat dépendra de la capacité locale à détecter l'apparition d'un nouveau virus et à réagir rapidement. Etant donné que l'Etat Membre le premier touché devra collaborer pleinement et sans tarder, le Conseil souhaitera peut-être recommander que l'Assemblée de la Santé demande l'accord de tous les Etats Membres sur la collaboration avec le Secrétariat à la mise en oeuvre de la mesure proposée, notamment l'importation du médicament, son déploiement et la surveillance de son efficacité.

Une question importante n'a pas été évoquée dans le rapport : il s'agit de l'intégration et de la pérennité de l'appui technique et financier aux niveaux national, régional et mondial. L'amplification de l'action des organisations nationales et internationales et de la communauté des donateurs face à la grippe aviaire et à la grippe pandémique complique la situation. De nombreuses activités sont en cours dans le but de développer la surveillance, les capacités de laboratoire et la mise au point de vaccins, mais on ne s'est pas suffisamment intéressé à la pérennité des programmes. Il y a aussi un risque de voir se mettre en place de nouvelles structures mal adaptées aux systèmes existants. Peut-être faudrait-il préconiser l'intégration et la pérennité, qui devraient toujours être considérées comme des éléments primordiaux dans toutes les initiatives dirigées contre la grippe aviaire et la grippe pandémique.

Le rapport de l'OMS intitulé « Comment faire face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire – Mesures stratégiques recommandées » énonce comme objectif la nécessité de faire de la

recherche pour guider les mesures d'intervention.<sup>1</sup> La recherche est cruciale car les connaissances scientifiques approfondies sont indispensables pour formuler de bonnes politiques de santé publique. Ces deux dernières années, des spécialistes scientifiques de l'OMS et d'ailleurs ont examiné les sujets de recherche avec des chercheurs vietnamiens, mais les progrès ont été lents. L'OMS pourrait intervenir pour faciliter ces travaux. Même si les techniques d'information et les systèmes d'information géographiques sont des aides précieuses pour la surveillance et la communication, il ne faut pas oublier que les techniques d'information des différents Etats Membres ne sont pas toutes de la même nature ni de la même qualité. La première priorité devrait être de renforcer les capacités nationales de manière qu'elles soient compatibles avec les systèmes nationaux en place et qu'elles s'inscrivent dans la durée.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) remercie l'OMS pour son rôle directeur, pour le travail accompli et pour le soutien efficace apporté aux Etats Membres. Elle aimerait également souligner la clarté et l'objectivité des rapports préparés par le Secrétariat sur le point examiné. Des messages clairs et des lignes directrices fondées sur des connaissances scientifiques sont plus importants que jamais, étant donné la menace de pandémie qu'affrontent tous les Etats Membres. On a déjà vu combien il est difficile de maintenir l'équilibre entre des messages clairs et non équivoques qui encouragent les Etats Membres à accélérer leur préparation et les populations à y collaborer et des messages qui provoquent une panique générale. Pour ce volet aussi, les conseils et l'action directrice de l'OMS sont nécessaires. Le Dr Hansen-Koenig apprécie particulièrement les efforts consentis dans le domaine des vaccins et aimerait être informée des faits les plus récents concernant le vaccin pandémique non spécifique universel mentionné par le Directeur général dans son allocution de clôture de la réunion organisée en novembre 2005 sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine. Elle approuve la proposition visant à faire appliquer dès à présent sur une base volontaire les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) et exprime l'espoir que le Secrétariat aidera tous les Etats Membres à y parvenir.

Le Dr ACHARYA (Népal) précise que son pays, sans être pour l'instant touché par la flambée de grippe aviaire survenue en Asie, est considéré comme à risque. L'absence de contrôles frontaliers entre l'Inde et le Népal est un grave problème qui pourrait faciliter l'introduction de la maladie au Népal si l'Inde était touchée par une flambée de grippe aviaire. Bien que le trafic frontalier avec le Tibet soit moins dense, cette voie d'accès comporte un risque analogue, car des flambées de la maladie ont été enregistrées au Tibet en 2004 et 2005. Les autorités ont pris conscience de la nécessité d'améliorer la préparation nationale aux maladies émergentes comme la grippe aviaire et ont créé un groupe spécial multisectoriel qui a rédigé un plan national de préparation et d'intervention face à la grippe aviaire et à la grippe pandémique – plan qui doit encore être approuvé par le Gouvernement. Il s'agit de faciliter la mise en oeuvre des mesures dans le secteur de la santé et le secteur de l'agriculture pour éviter ou endiguer la grippe aviaire parmi les volailles et les êtres humains, ainsi que de réduire le risque et d'atténuer l'impact au cas où une pandémie de grippe se déclarerait. Au niveau national, les systèmes de surveillance de la santé humaine et animale doivent être renforcés. Dans le secteur de la santé, on a organisé au niveau des districts un système d'équipes d'intervention rapide chargées d'enquêter sur les flambées, et les membres des équipes ont reçu une formation pour prendre en charge les pathologies de type grippal. Les moyens de laboratoire pour assurer la surveillance de la grippe et riposter à une éventuelle pandémie doivent être nettement renforcés – qu'il s'agisse du matériel ou de la formation. La priorité actuellement accordée dans le monde à la capacité de préparation et d'intervention face à la grippe pandémique pourrait être une occasion d'améliorer la préparation aux épidémies au Népal.

Etant donné les répercussions transfrontières de la grippe aviaire et d'une éventuelle pandémie de grippe, les pays de la Région doivent resserrer leur collaboration pour contrôler le commerce des animaux et renforcer les mécanismes de surveillance et de notification des maladies dans le secteur de

---

<sup>1</sup> Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.8.

la santé afin de déceler les personnes infectées et de freiner la propagation de la grippe aviaire. Plusieurs mesures sont nécessaires, notamment l'intégration des interventions dans les programmes menés par les pouvoirs publics ; l'augmentation des ressources financières ; l'amélioration de la collaboration inter pays ; l'instauration de partenariats public-privé ; enfin, la fourniture d'une assistance technique pour renforcer les capacités des programmes concernés.

M. GUNNARSSON (Islande), après avoir rappelé que les participants à la réunion conjointe sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005) et à la réunion des donateurs (Beijing, 17-18 janvier 2006) se sont prononcés en faveur de l'application immédiate sur une base volontaire des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005), dit approuver le projet de résolution contenu dans le document EB117/31. Vu les préoccupations suscitées actuellement par une maladie transmise par les oiseaux, il faut insister sur la transparence et l'indemnisation des paysans pauvres, sans oublier la nécessité de mettre au point des antiviraux et des vaccins au cas où la situation évoluerait vers une transmission interhumaine de la maladie. Après l'excellent résumé des questions présenté par le Directeur général à la réunion sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine et dont le texte figure dans l'annexe du document EB117/31, M. Gunnarsson aimerait savoir où l'on en est concernant la mise au point de vaccins, notamment de vaccins « intelligents ».

Le Dr NYIKAL (Kenya), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, souligne que de nombreux pays d'Afrique sont fortement exposés au risque de grippe aviaire, car ils se trouvent sur la route des oiseaux migrateurs venus d'Europe. En Afrique, une grande partie des volailles sont des animaux de basse-cour élevés en liberté qui se trouvent souvent en contact avec des oiseaux sauvages et avec les êtres humains. Etant donné que les gens les rentrent souvent le soir dans leur habitation, il y a une forte probabilité de voir apparaître la maladie chez l'être humain même sans transmission interhumaine.

Lors de la réunion régionale sur la grippe pandémique (Brazzaville, 12-13 janvier 2006), les participants ont dégagé les domaines où il faudrait renforcer la préparation dans les pays africains et fournir un appui à cette fin : systèmes de surveillance et d'alerte précoce ; amélioration des moyens de laboratoire et liaison entre les laboratoires travaillant sur les aspects humain et animal ; maillage international des laboratoires ; préparation de plans nationaux d'intervention ; développement des capacités nationales et communautaires ; éducation et information de la population ; constitution de stocks d'antiviraux et de vaccins appropriés ; mesures de biosécurité ; enfin, ressources nécessaires pour abattre les animaux et indemniser les paysans. L'Afrique s'attend à recevoir des fonds de donateurs bilatéraux et multilatéraux, ce qui pourrait poser des problèmes de coordination au niveau national.

Le Dr Nyikal approuve l'idée d'appliquer immédiatement sur une base volontaire le Règlement sanitaire international (2005) et s'associe au projet de résolution, auquel il faudrait toutefois ajouter, au paragraphe 5.5) du dispositif, un alinéa d) ainsi rédigé : « en élaborant un cadre pour l'évaluation de l'application volontaire par les Etats Membres du Règlement sanitaire international (2005) ; ».

Appelant l'attention sur le plan national de préparation établi par le Kenya, le Dr Nyikal insiste sur le fait que son pays aura du mal à l'appliquer parce qu'il manque de ressources.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) rend hommage à l'OMS pour le travail accompli et se félicite de la nomination du Sous-Directeur général responsable des maladies transmissibles, qui a acquis une très grande expérience de la lutte contre la grippe aviaire dans son pays en tant que représentant du Directeur général pour la grippe pandémique.

En ce qui concerne la sécurité antivirale, les capacités de production et les fonds ont manqué pour fournir aux pays en développement des antiviraux : ainsi, au prix de US \$3, un seul comprimé de phosphate d'oseltamivir représente 80 % du salaire journalier minimum en Thaïlande. Après que le Gouvernement thaïlandais ait suivi l'exemple du Brésil et commencé à produire une version générique vendue moitié moins cher, les fabricants initiaux ont proposé de vendre les comprimés au prix de US \$1,4 l'unité. De même, les pays en développement, qui seraient sans doute les premiers touchés

par une pandémie, auront manifestement des difficultés à obtenir des vaccins contre la grippe pandémique, car ils n'ont pas les moyens financiers de faire de la recherche-développement, et la capacité actuelle de production dans le monde (moins de 500 millions de doses par an) couvrira moins de 10 % de la population mondiale.

Plusieurs centaines de milliers de gens en Thaïlande vivent de l'élevage de volailles, et l'épidémie actuelle de grippe aviaire a déjà fait se contracter d'un tiers cette activité économique. Evoquant le traitement discriminatoire auquel se heurtent les éleveurs qui, s'ils décident de vacciner leurs volailles avant l'exportation, pourraient les voir refusées par les pays importateurs qui autorisent la vaccination de leurs propres volailles, le Dr Suwit Wibulpolprasert se prononce en faveur d'une collaboration véritable, d'une harmonisation des politiques et de la transparence dans le règlement des questions liées au commerce international des volailles. Vu le temps consacré par les experts à l'examen de la question, il est à craindre que plus le délai d'apparition d'une pandémie sera long, plus ses répercussions seront graves.

Le Dr Suwit Wibulpolprasert est favorable au projet de résolution, mais il souhaiterait que soit donnée une définition claire des cas humains suspects au paragraphe 4.3) sous forme d'une note de bas de page ou par la mention de cas humains « probables » ou « fortement suspects ». Il demande qu'à la suite du paragraphe 4.3), pour souligner l'importance de la collaboration sur la santé humaine et animale, un nouvel alinéa soit inséré comme suit : « à renforcer la collaboration sur les gripes humaine et zoonotique entre les organismes responsables de la santé humaine et animale afin de renforcer la surveillance et de prendre des mesures immédiates pour endiguer les poussées de grippe aviaire chez l'homme et l'animal ». L'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe mentionnée au paragraphe 4.6) devrait comprendre des experts des pays touchés. Il aimerait d'autre part avoir des précisions sur les « mesures prévues aux titres II et III du Règlement qui incombent à l'OMS » au paragraphe 5.2). Etant donné qu'il sera crucial de recevoir le plus tôt possible une assistance internationale, il propose de supprimer, dans l'alinéa b) du paragraphe 5.5), le membre de phrase « surtout lorsque les mesures de lutte contre la propagation internationale ont peu de chances d'être concluantes » et d'insérer « surtout les pays touchés » avant « ne disposant pas d'une capacité opérationnelle suffisante ».

Le Professeur FIŠER (République tchèque) a pris note avec satisfaction de la rapidité avec laquelle le Bureau régional de l'Europe a réagi à l'apparition de cas humains de grippe aviaire provoquée par le virus H5N1 en Turquie en créant un groupe comprenant des experts de l'OMS, de la Commission européenne et du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies. Echanger l'information et en coordonner la diffusion entre l'OMS et le Centre européen sont de la plus haute importance, pour la Région européenne en particulier, si l'on veut parer au risque de pandémie de grippe. Des négociations ont été engagées dans son pays avec des fabricants pour que le « vaccin antipandémique » soit disponible le plus tôt possible au cas où surviendrait une flambée de grippe pandémique, mais certains fabricants ont fait savoir que les quantités de vaccins fournis dépendraient avant tout des quantités de vaccins contre la grippe saisonnière commandées les années précédentes. La République tchèque considère cette façon de faire comme discriminatoire et souhaiterait que la question fasse l'objet d'un débat.

Le Dr HUDA (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne) déclare que les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, malgré tous leurs efforts, sont loin d'être prêts à affronter une pandémie de grippe. Beaucoup n'ont pas les moyens de diagnostiquer la grippe aviaire, de sorte qu'un système mondial d'alerte et d'intervention est nécessaire. C'est pourquoi elle pense elle aussi qu'il faut appliquer immédiatement sur une base volontaire le Règlement sanitaire international (2005), ce qui exigera une mobilisation des ressources. Elle recommande que le Secrétariat renforce ses capacités techniques dans le domaine de la santé publique vétérinaire pour être mieux en mesure de répondre aux demandes des Etats Membres, et elle insiste sur la nécessité d'un transfert de technologie vers certains pays de sa Région pour la production d'antiviraux et de vaccins antigrippaux – de manière à combler tant soit peu l'écart entre pays développés et pays en développement pour ce qui est de l'accès à ces produits médicaux.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) fait observer que le Bhoutan, qui est une voie de passage et une destination pour les oiseaux migrateurs, est un pays à haut risque. Bien qu'aucun cas de grippe aviaire n'ait été décelé, le pays veille à maintenir une étroite collaboration entre les divers organismes concernés et le Ministère de l'Agriculture. Il n'a qu'une infrastructure de santé publique précaire, il ne dispose pas de moyens de fabriquer des antiviraux et des vaccins, et il faut donc privilégier les interventions autres que pharmaceutiques. Il n'y a pas non plus dans le pays de collaboration véritable avec d'autres secteurs concernés ni les ressources nécessaires pour lutter contre une pandémie. Il faut donc développer les capacités de santé publique. Le Dr Singay est en faveur de la proposition visant à appliquer sur une base volontaire le Règlement sanitaire international (2005), mais il se demande quelle sera l'efficacité de cette mesure en l'absence d'infrastructures et de moyens suffisants dans le domaine de la santé publique.

M. SHUGART (Canada) déclare que pour ce qui est des ressources humaines au niveau national ou au Secrétariat, il faudrait élaborer des plans d'intervention et de formation pendant qu'il est encore temps. S'agissant de la communication entre pays et avec l'OMS tout comme avec le grand public, a-t-on tiré des enseignements de la flambée de grippe aviaire survenue en Turquie ? Dans le monde entier, les médias s'intéressent de plus en plus à la question et l'aspect communication est donc particulièrement important. Etant donné que les financements vont commencer à arriver dans le sillage de la récente Conférence internationale des donateurs organisée à Beijing, il faut être vigilant pour ne pas céder à la tentation de laisser les divers acteurs travailler individuellement. Le Canada insiste sur le fait qu'il doit y avoir un seul plan mondial, élaboré au Siège de l'OMS, pour faire face à la grippe aviaire et pandémique. Tous les organismes concernés doivent contribuer au plan et tous doivent y adhérer, en l'adaptant à leurs capacités et leur situation, faute de quoi les problèmes seront inévitables.

Le Canada souscrit au projet de résolution sur l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005), auquel il propose deux amendements : l'insertion au paragraphe 5.5) du membre de phrase « et à l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005) » et l'adjonction au paragraphe 5.7) des mots « et de faire ensuite rapport chaque année sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres pour l'application volontaire et la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) ». Le premier amendement a pour but de préciser que la communauté mondiale applique déjà le Règlement tandis que le second rappellera l'importance du Règlement, notamment les premières années, puisqu'il faudra faire rapport régulièrement. Ce sera une discipline utile, tant pour le Secrétariat que pour les Etats Membres.

Le Dr SEPÚLVEDA (suppléant de M. Bailón, Mexique) déclare que son pays a joué un rôle actif dans les réunions internationales relatives à la préparation et à l'action face à une pandémie de grippe. Lors d'une réunion ministérielle internationale qui s'est tenue à Ottawa en septembre 2005, le Ministre mexicain de la Santé a fait connaître la position de son pays : premièrement, garantir un accès équitable aux antiviraux et aux vaccins pour tous les pays, en particulier ceux qui manquent de ressources ; deuxièmement, aider à constituer un stock mondial d'antiviraux géré par l'OMS, pour aider les pays qui en auraient le plus besoin en cas de pandémie ; il croit savoir que, grâce à un don d'oseltamivir, une réserve de ce type est en train d'être constituée, comme l'avait initialement proposé la Thaïlande. Il a d'autre part été suggéré que des pays versent une partie de leurs réserves nationales à la réserve mondiale de l'OMS. Troisièmement, le Mexique est en faveur d'accords sur le transfert de technologie et la formation des personnels, ce qui permettrait aux pays en développement qui en ont la capacité de produire des vaccins. Ces propositions ont reçu l'appui des pays du G7. Le Mexique a établi un plan national pour lutter contre une pandémie de grippe à partir des propositions communiquées aux Etats Membres par le Secrétariat en août 2005. Le Parlement mexicain a autorisé l'affectation de US \$50 millions pour soutenir la surveillance épidémiologique et US \$10 millions supplémentaires pour la diffusion de l'information. Le Mexique souscrit aux définitions et aux mesures préconisées par le Secrétariat pour atténuer les répercussions d'une éventuelle épidémie de grippe.

Mme HALTON (Australie) félicite l'OMS pour l'autorité dont elle a fait preuve et pour le caractère prioritaire qu'elle a su accorder à la question. Par ailleurs, le détachement d'un membre du personnel, devenu Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine, est un exemple de la coopération multisectorielle indispensable aux niveaux tant international que national et interrégional. Une telle action à un niveau élevé transmet un message fort à la communauté internationale en lui montrant que l'OMS étudie sérieusement la question.

Il faut se féliciter de l'ouverture d'esprit de plusieurs pays ; leur volonté d'agir rapidement dans ce sens a permis à la communauté internationale de réagir rapidement. Cet esprit d'ouverture et de coopération doit perdurer si l'on veut éviter une pandémie. Mme Halton pense également qu'il faut mener une action de communication équilibrée ; l'information doit être transmise de façon concrète et avec sensibilité, sans provoquer de panique.

Son pays, qui est situé dans la région Asie-Pacifique, est depuis longtemps un ardent partisan d'une intervention internationale et il se félicite de l'initiative récente du Gouvernement canadien ainsi que des résultats de la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006) qui sont tous deux des signes encourageants de la dynamique, de la mobilisation et de l'attention que mérite la question.

Le Gouvernement australien, qui a accueilli avec satisfaction l'adoption du Règlement sanitaire international (2005), souscrit donc en principe au projet de résolution, où il est notamment demandé aux Etats Membres d'appliquer immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions pertinentes du Règlement avant leur entrée en vigueur. Il a déjà commencé à analyser la capacité du pays à s'acquitter des obligations imposées par le Règlement à partir de juin 2007 et même avant cette date. Mme Halton invite instamment d'autres Etats Membres à entamer dès à présent cette analyse. Certains pays de la région Asie-Pacifique ne disposent que de moyens limités pour assurer la surveillance, se préparer et intervenir face à une maladie infectieuse émergente. Cela a des répercussions non seulement à moyen et à long terme en ce qui concerne l'assistance que l'OMS et la communauté internationale apporteront à ces pays pour qu'ils s'acquittent des obligations de base du Règlement, mais aussi à court terme pour l'application immédiate du Règlement. L'Australie réaffirme sa volonté d'oeuvrer en partenariat aux niveaux régional et mondial pour développer les capacités de prévention et d'endiguement de flambées de ces maladies.

**La séance est levée à 18 heures.**



## TROISIEME SEANCE

Mardi 24 janvier 2006, 9 h 15

Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)

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

**Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action :** Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB117/5) (suite)

- **Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi** (documents EB117/31 et EB117/31 Add.1) (suite)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) attire l'attention des membres du Conseil sur une incohérence figurant dans le document EB117/5 qu'il convient de clarifier. Alors qu'il est dit au paragraphe 1 que l'agent étiologique, la souche H5N1 du virus grippal A, a franchi la barrière d'espèce et infecté des êtres humains, l'infection étant mortelle dans plus de la moitié des cas, au paragraphe 4 il est dit qu'aucun cas humain n'a été associé aux flambées les plus récentes chez l'animal. Si l'agent étiologique n'a pas franchi la barrière d'espèce, quelle est alors l'étiologie des cas humains ? Ces renseignements contradictoires sont source d'inquiétude, voire de psychose. Les informations fournies par l'OMS doivent être d'autant plus claires et exactes que les médias transmettent ces informations au grand public. En outre, il est essentiel que les hypothèses sur lesquelles repose la stratégie d'action face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire soient constamment mises à jour pour tenir compte de tout nouvel élément d'appréciation.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) salue les efforts accomplis par l'OMS pour mobiliser les ressources nécessaires afin de venir en aide à la Turquie et prend note de la participation du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies et de la Commission européenne à ces efforts. Au-delà de la réaction immédiate à une situation de crise, les pays doivent aussi tenir compte du long terme en créant des capacités durables de réaction à tous les niveaux. Comme les autres Etats Membres de l'Union européenne, la France soutient le projet de résolution appelant à une application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) par les Etats Membres.

Des capacités durables nécessitent des ressources humaines accrues, ce qui suppose des activités de formation qui ne sont pas mentionnées dans le projet de résolution. En accord avec d'autres Etats Membres de l'Union européenne, il propose l'insertion d'un paragraphe 5.7) qui serait libellé comme suit : « de mobiliser et d'affecter spécifiquement les ressources techniques de l'OMS là où cela est possible, en utilisant les capacités disponibles dans les bureaux régionaux et les centres collaborateurs, pour développer et accélérer les activités de formation dans les domaines de la surveillance, de l'alerte et des interventions en cas d'épidémie, ainsi que des capacités de laboratoire, de la biosécurité et du contrôle de qualité, afin d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international ; ». L'Union européenne soutient par ailleurs tous les amendements proposés par les membres désignés par le Canada, le Kenya et la Thaïlande. Toutefois, dans le nouveau paragraphe 4.4) proposé par la Thaïlande, il conviendrait d'ajouter le mot « nationaux » après « organismes », dans la mesure où cet amendement concerne l'action qui doit être menée par les Etats Membres.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) salue les efforts déployés par l'OMS pour faire face à la menace de grippe pandémique aviaire et humaine. Les répercussions économiques et sociales potentiellement catastrophiques qu'elle entraînerait font que des stratégies de coordination aux niveaux national et international sont indispensables à toute action. Le public doit aussi rester bien informé des faits. Le Japon renforce ses moyens d'action face aux scénarios probables et continuera à soutenir techniquement et financièrement les mesures de préparation à la grippe pandémique, en coopération avec la communauté internationale.

Le Japon approuve l'application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005). La communication avec les habitants ou avec le personnel soignant au niveau local, susceptibles d'être les premiers à détecter un cas, est d'une importance vitale. Les Etats Membres doivent informer l'OMS des mesures qu'ils ont prises pour faire face à la grippe aviaire en appliquant sur une base volontaire le Règlement sanitaire.

Comme le prévoit le projet de résolution, le Japon reconnaît la nécessité de renforcer ses systèmes de surveillance et d'alerte rapide. Il appelle le Directeur général à étudier les possibilités d'améliorer les systèmes de surveillance de la grippe aviaire en utilisant les systèmes d'information géographique, en particulier dans les zones rurales, pour lutter contre les maladies infectieuses et limiter les conséquences des catastrophes naturelles, comme le Japon en a fait lui-même l'expérience, en mettant au point un système d'information en vue de la prévention des catastrophes à la suite du grave tremblement de terre qui a secoué la région de Kobe-Hyogo en 1995.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) fait part de sa préoccupation face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire. En Guinée-Bissau, comme dans d'autres pays africains, les parcs naturels abritent diverses espèces d'oiseaux migrateurs. En outre, l'élevage de volailles domestiques en liberté entraîne des contacts avec les oiseaux sauvages et accroît la probabilité d'une transmission du virus à l'homme. Il salue les efforts accomplis par le Bureau régional de l'Afrique pour contrer cette menace. L'application volontaire des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) avant son entrée en vigueur offre, sur le plan stratégique, un avantage majeur, et permettrait de renforcer la phase de surveillance épidémiologique si importante. Son pays espère recevoir le soutien financier et technique nécessaire pour pouvoir mettre en oeuvre ces dispositions ; l'orateur soutient par conséquent le projet de résolution, avec les amendements proposés.

Le Dr ANDRADE GAIBOR (Equateur) dit que l'Equateur est lui aussi exposé à la menace de grippe aviaire venant des oiseaux migrateurs et qu'il se prépare à faire face à une pandémie de grippe, pour ce qui est à la fois de la préparation et de l'action, conformément aux recommandations de l'OMS et de l'OPS. Le Gouvernement équatorien a renforcé certaines de ces recommandations en améliorant la surveillance épidémiologique, les plans d'intervention et de réaction en cas d'urgence, les mesures de détection, de diagnostic et de traitement, les protocoles, les stratégies de vaccination et le maintien des services essentiels, les plans de communication, de recherche et d'évaluation, les mesures de gestion des risques et de notification. Il est particulièrement important que les autorités locales puissent disposer d'informations fiables afin d'éviter les fausses alertes, et que les capacités institutionnelles soient renforcées à la fois dans le secteur de la santé et dans le secteur agricole. Les mesures de préparation doivent s'étendre aux hôpitaux, qui doivent être équipés des moyens de diagnostic, d'action d'urgence et de traitement appropriés. Il faut aussi que les organismes de défense civile soient correctement informés et associés aux plans d'urgence. Des stratégies d'information doivent être élaborées pour informer et éduquer le grand public. Il convient de fixer les priorités pour le cas où une pandémie se produirait, et de faire en sorte que les médicaments soient disponibles et d'un coût abordable.

M. BARBOSA DA SILVA Jr (suppléant du Dr Buss, Brésil) dit que la grippe pandémique oblige l'OMS à consolider son rôle en matière de coordination et d'orientation technique. Le renforcement des capacités mondiales à faire face à cette menace est à porter au crédit de l'OMS. L'orateur appelle à améliorer le système de surveillance, notamment les capacités de laboratoire dans le monde entier, et à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005). Il soutient la

proposition visant à une application volontaire des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire, à une collaboration plus étroite entre les ministères de la santé et les autorités chargées de la santé animale, et à une augmentation des capacités de production des vaccins.

Au Brésil, toutes les personnes de plus de 60 ans peuvent être vaccinées gratuitement contre la grippe saisonnière, la couverture dépassant 80 % dans ce groupe d'âge. La production doit atteindre 40 millions de doses par an. Toutes les possibilités d'obtenir des antiviraux à des prix abordables doivent être étudiées, et l'accès des fabricants des pays en développement aux nouvelles technologies facilité. Il salue l'OMS pour le soutien qu'elle apporte aux pays pour se préparer à la pandémie et pour les ressources mobilisées qui serviront à indemniser les agriculteurs défavorisés et à mettre en oeuvre les mesures appropriées. Il demande des renseignements plus précis sur les stocks mondiaux de vaccins.

Le Dr TANGI (Tonga) fait remarquer que le niveau de l'alerte pandémique se limite actuellement à la phase 3. Les Tonga et les autres petits pays insulaires en développement du Pacifique expriment leur reconnaissance à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande pour avoir mis à leur disposition leurs plans d'action pour lutter contre la pandémie. L'orateur craint qu'en cas de pandémie, l'aide aux pays les moins avancés, sous la forme de médicaments et de vaccins, ne soit pas immédiatement disponible. Il est nécessaire d'adopter des méthodes modernes de préparation davantage axées sur la prévention. L'expérience acquise lors de la pandémie de grippe de 1918 a montré que l'application par le Gouvernement australien de politiques de quarantaine maritime strictes, notamment de contrôles aux frontières, avait empêché l'importation du virus dans certaines îles du Pacifique.

Il propose d'apporter un amendement au paragraphe 4.3) du projet de résolution, en ajoutant à la fin du texte le membre de phrase suivant : « et à diffuser des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes en temps utile et régulièrement ; ».

Le Dr WINT (Jamaïque) félicite l'OMS pour son rôle directeur dans les activités de préparation et d'intervention face à la grippe pandémique. Il fait remarquer que sa sous-région est tout aussi vulnérable du fait des voyages, des échanges internationaux et des migrations aviaires. Il est indispensable de développer une nouvelle culture de la surveillance dans le secteur agricole. Le secteur de la santé n'est pas équipé pour lutter contre la grippe : peu de capacités de diagnostic et aucun vaccin ni agent antiviral. La Jamaïque a besoin des conseils de l'OMS sur l'accès aux antiviraux, et le Dr Wint approuve la suggestion visant à constituer des stocks au niveau régional. Il soutient le projet de résolution mais souligne que seule une augmentation des ressources permettra une mise en oeuvre en temps voulu dans sa région. Il fait sienne l'opinion du membre désigné par l'Australie selon laquelle les systèmes de santé doivent être revus et des plans d'urgence établis.

Le Dr ILIESCU (Roumanie) remercie le Siège et le Bureau régional de l'Europe de l'aide rapide, efficace et spécialisée qui a été fournie à son pays suite aux récents cas de grippe aviaire. Il n'y a eu aucun cas humain. De nombreuses mesures de préparation ont été prises : introduction d'un système de surveillance active à l'échelle du pays, larges campagnes de vaccination, traitement antiviral et promulgation d'une législation, entre autres. La communication aux niveaux national et international a permis une approche rationnelle de ce sujet sensible. La Roumanie dispose de capacités de vaccination qui, moyennant certains ajustements techniques et un soutien financier, lui permettraient d'être autonome. Le Dr Iliescu souligne l'importance de mesures préventives et de la coopération à tous les niveaux.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) exprime sa reconnaissance pour les informations fournies par l'OMS. Le Bahreïn a mis en place une infrastructure institutionnelle et pris des mesures préventives, telles que l'établissement de plans nationaux d'urgence, nécessaires pour faire face à d'éventuelles flambées de grippe aviaire ou humaine. Des informations ont notamment été fournies par l'intermédiaire du Bureau régional de la Méditerranée orientale. Des antiviraux ont été achetés et des accords conclus avec les laboratoires pharmaceutiques, en particulier pour la fourniture de matériels de

diagnostic. L'orateur souligne l'importance d'une coordination entre l'OMS et l'OIE afin de garantir une large disponibilité des vaccins contre la grippe aviaire et appelle instamment tous les pays à échanger leurs informations.

M. XING Jun (Chine)<sup>1</sup> se félicite du rapport et des travaux importants accomplis par l'OMS pour améliorer la surveillance et la constitution de stocks de vaccins et pour sensibiliser davantage l'opinion publique au risque. Des délégués en provenance de plus d'une centaine de pays et de plus d'une vingtaine d'organisations internationales ont participé récemment à la Conférence internationale des donateurs sur la grippe aviaire et humaine (Beijing, 17-18 janvier 2006). Dans la Déclaration de Beijing, ils se sont engagés à adopter une stratégie consolidée de lutte contre la pandémie, à établir des partenariats stratégiques au niveau international, à renforcer les infrastructures de santé vétérinaire et de santé publique, et à veiller à la transparence dans le partage de l'information. Un montant total de US \$1,9 milliard a été promis pour lutter contre la grippe aviaire. La Conférence aura une incidence importante sur la prévention et la lutte au niveau mondial. Il conviendrait que l'OMS tire parti de sa supériorité technique dans ce domaine et que le Secrétariat renforce sa collaboration avec les Etats Membres et leur fournisse un soutien technique efficace pour qu'ils puissent améliorer leurs capacités de surveillance et d'intervention.

La grande expérience de la Chine en matière de prévention et de lutte lui a permis d'établir des plans d'intervention d'urgence et de réaliser en temps voulu les diagnostics et les traitements nécessaires. Elle a mis au point un système de surveillance et de notification des agents pathogènes d'origine mal définie, qui pourrait être très efficace pour détecter les virus hautement pathogènes de la grippe aviaire ; ce système est actuellement en cours d'amélioration. La Chine est prête à partager son expérience des remèdes traditionnels dans la lutte contre les maladies virales. La maladie ne connaît pas de frontière, et la Chine souhaite vivement se joindre à la communauté internationale pour stopper la propagation de la grippe aviaire.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> remercie le Directeur général pour son action dans ce domaine et sa prise de position publique pour attirer l'attention sur cette menace. Le Directeur général et l'Organisation ne reçoivent pas toujours la reconnaissance qu'ils méritent, comme le montre la manière dont ont été rapportés les propos du Directeur général devant le Conseil selon lesquels l'accent mis sur la menace de grippe aviaire n'est pas exagéré, sous le titre « L'OMS se défend d'exagérer la menace de grippe aviaire ». La participation du Directeur général à la Conférence des donateurs de Beijing a été appréciée. En revanche, l'absence de son homologue de la FAO était regrettable : il est important que l'on voie que les hauts dirigeants des organisations internationales travaillent ensemble. Il faut se féliciter de l'engagement pris d'afficher sur le site Web de l'OMS un protocole d'intervention rapide d'ici à la fin de la semaine.

Le Dr Steiger partage sur de nombreux points l'avis des orateurs précédents, y compris celui du membre désigné par le Viet Nam sur le fait que les pays doivent s'engager officiellement à respecter une stratégie conjointe et faire tout ce qui est en leur pouvoir pour accélérer l'entrée des marchandises et du personnel nécessaires lorsqu'une pandémie est sur le point de se déclarer. De nombreux intervenants ont mentionné les investissements nécessaires pour aider les pays à se préparer à se conformer aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005). Les fonds déjà promis par la communauté internationale à la Conférence de Beijing, qui seront dans une large mesure utilisés pour la construction d'infrastructures de laboratoire et de surveillance, doivent être considérés comme faisant partie de ces investissements. Les pays en développement pourraient à leur tour, en définissant leurs besoins, aider les donateurs à coordonner leurs efforts. Il convient aussi de ne pas oublier qu'il est parfois préférable de faire certaines choses au niveau régional plutôt qu'au niveau national. Le Dr Steiger partage l'avis du membre désigné par les Tonga selon lequel les contrôles aux frontières pourraient être efficaces, comme son propre pays en a d'ailleurs fait l'expérience dans les Samoa

---

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

américaines. Toutefois, des experts aux Etats-Unis avancent que même si 99 % des personnes exposées à des maladies en provenance d'une région touchée se voyaient refuser l'entrée ou faisaient l'objet d'un dépistage, cela ne ferait que retarder l'arrivée de la pandémie de trois semaines ou un mois.

Les efforts visant à harmoniser les normes en matière de vaccin sont tout à fait louables. Les pays à revenu intermédiaire doivent être encouragés à mettre en place les capacités requises pour la fabrication des vaccins, mais il convient aussi de veiller à respecter les droits de propriété intellectuelle et les réglementations. Les entreprises ne souhaiteront plus investir dans les vaccins contre la grippe si les incitations qui existent sont supprimées.

La constitution de stocks d'antiviraux aux niveaux national, régional et international ne doit pas être assimilée à une préparation nationale ou internationale pour contrecarrer la menace de grippe aviaire. Selon un article paru récemment dans *Nature*, l'oseltamivir n'est que d'une efficacité limitée.

L'information publique relative à la menace doit être coordonnée et se garder de provoquer la panique. Il importe que les messages soient clairs, cohérents et homogènes.

Les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) doivent être mises en oeuvre sur une base volontaire dès que possible par l'intermédiaire des points focaux nationaux, et le Dr Steiger attend avec impatience la réunion internationale qui se tiendra sur le sujet dans la Région européenne en avril 2006. Il souscrit au projet de résolution figurant dans le document EB117/31, mais propose que les mots « toutes » et « éventuelles » soient supprimés de l'alinéa 4.6). Les gouvernements nationaux ne souhaiteront sans doute pas être liés à l'avance par les recommandations formulées par un futur Directeur général. Il souhaite également que le Conseiller juridique clarifie l'utilisation du terme « application » en ce qui concerne le Règlement. Etant donné que celui-ci n'entrera en vigueur qu'en juin 2007, son application dans l'intervalle doit certainement être volontaire.

Mme EZHLOVA (Fédération de Russie)<sup>1</sup> dit que la Fédération de Russie élabore actuellement un plan national d'alerte rapide et soutient les propositions des membres du Conseil visant à lutter contre la menace de grippe pandémique aviaire et humaine, y compris l'application volontaire et la mise en oeuvre précoce du Règlement sanitaire international. Elle affectera plus de US \$40 millions à la prévention et à la lutte menées sur son propre territoire et dans la Communauté des Etats indépendants, la majeure partie de ces fonds devant servir à soutenir et à renforcer son réseau de laboratoires. Pour assurer un dépistage et un diagnostic précoces, il faudrait que soit élargi le réseau mondial des centres collaborateurs et des laboratoires de référence de l'OMS, et la Fédération de Russie est prête à proposer la création d'un tel centre sur la grippe pour les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale au Centre national de Recherche en Virologie et en Biotechnologie (Vector) de la région de Novosibirsk.

Les maladies infectieuses, y compris la grippe pandémique aviaire et humaine, seront à l'ordre du jour du prochain sommet du G8 qui sera présidé par la Fédération de Russie. Le plan national d'alerte rapide qui est en cours de préparation inclura une série de mesures qui seront menées à bien par les organismes fédéraux. Grâce à un ensemble de mesures sanitaires vétérinaires prises à temps, la Fédération de Russie a pu endiguer en 2005 une flambée de grippe aviaire qui a touché la volaille, et la transmission aux personnes en contact avec des oiseaux malades ou morts a été évitée. La Fédération de Russie est prête à partager ses connaissances et son expérience de la lutte contre la grippe aviaire.

Le Dr NABARRO (Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine) dit que les dirigeants des pays confrontés à la menace d'une pandémie de grippe sont fermement déterminés à réagir. La nécessité de voir la FAO et l'OMS jouer un rôle directeur d'un point de vue technique est largement soulignée. Il convient de féliciter l'OMS pour la stratégie qu'elle a mise au point et le degré élevé de coopération dont ont fait preuve les bureaux régionaux et le Siège

---

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

pour parvenir à un consensus sur celle-ci. Il est vital de disposer d'un plan d'action mondial unique, accompagné de protocoles et de directives. Le rôle du Dr Nabarro consiste à inciter l'ensemble des acteurs du système des Nations Unies à trouver les moyens de soutenir le rôle directeur joué par la FAO et l'OMS sur le plan technique.

Il ne faut pas laisser le seul secteur de la santé faire face à cette menace ; il faut au contraire parvenir à mobiliser l'ensemble des pouvoirs publics, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et les médias pour que les mesures nécessaires soient prises. Un solide partenariat doit s'instaurer entre tous les acteurs concernés. Le travail accompli par l'OMS pour créer un groupe de communication spécial auquel participeront les médias est à louer. L'engagement et la participation sont essentiels pour protéger les pays vulnérables d'une menace qui nuirait à leurs économies et porterait atteinte aux moyens de subsistance de tous, et en particulier des populations défavorisées.

Lorsqu'une assistance extérieure est offerte, il est important de s'assurer qu'elle est accessible ; des sommes importantes ont été promises lors de la Conférence de Beijing, mais certains gouvernements se sont plaints des difficultés rencontrées pour avoir accès à l'aide : certaines ressources faisaient double emploi alors que d'autres faisaient défaut. Il convient avec le représentant des Etats-Unis d'Amérique que les pays bénéficiaires doivent aider les donateurs à coordonner leurs efforts, tout en gardant à l'esprit qu'il existe différents circuits pour apporter une assistance technique. Les Nations Unies se sont engagées à coordonner l'aide qu'elles fournissent aux pays, et à favoriser le plus possible les synergies tout en réduisant les doubles emplois dans la lutte contre la menace pandémique.

Le DIRECTEUR GENERAL sait gré au Dr Nabarro d'avoir bien voulu assumer les fonctions de Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour la grippe aviaire et humaine. Assurer la coordination entre des partenaires parfois réticents est une tâche difficile et ingrate ; en l'occurrence, il aura affaire aux organismes qui ont le plus de personnel sur le terrain et dont les responsabilités ont trait à l'alimentation, c'est-à-dire en particulier la FAO, l'UNICEF et le PAM.

M. RAJALA (Commission européenne) dit que la Commission s'associe à la déclaration faite au nom de l'Union européenne. La Commission européenne a renforcé sa capacité de surveillance pour faire face aux pandémies de grippe et, en décembre 2005, elle a publié deux documents à ce sujet. En mettant en place le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, l'Union a aussi renforcé ses moyens de prévention et de lutte. La Commission a coparrainé la Conférence de Beijing, fourni du personnel et des compétences techniques pour aider la Turquie à faire face à la crise actuelle, et se tient prête – et aspire – à mettre des services de formation et des ressources humaines à la disposition des Etats Membres de l'OMS pour les aider à renforcer leurs moyens et leur aptitude à se préparer et à réagir.

Le Dr BALE (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, indique qu'en prévision d'une possible pandémie de grippe, la Fédération a, dès février 2002, mis en place une équipe spéciale, l'Influenza Vaccine Supply International Task Force, pour mettre au point et tester des prototypes de vaccin et des vaccins « intelligents » dans le but de parvenir à une homologation rapide et à une production à grande échelle de vaccins contre la pandémie. C'est sur au moins 28 vaccins expérimentaux que travaillent actuellement les 13 membres de cette équipe spéciale dans le monde entier. Comme il n'est pas certain que la souche H5N1 sera à l'origine de l'éventuelle pandémie, on utilise pour les prototypes six souches virales principales couvrant toute une gamme de types vaccinaux. Les techniques de production de beaucoup de ces vaccins expérimentaux reposent sur l'utilisation d'oeufs mais aussi de cultures cellulaires, qui pourraient permettre une production plus rapide. De multiples posologies différentes ainsi que trois types d'adjuvants sont actuellement à l'essai. Dans certains cas, des simulations de dossiers ont déjà été déposées auprès des autorités de réglementation afin d'accélérer la procédure administrative d'homologation des vaccins candidats.

Les laboratoires pharmaceutiques sont également en train d'intensifier la production de médicaments antiviraux de nouvelle génération afin de gagner du temps pendant que l'on s'emploie à

identifier la souche pandémique et à mettre au point des vaccins adaptés. L'industrie et la communauté internationale doivent s'atteler ensemble, dans le cadre d'un véritable partenariat, aux tâches essentielles de planification et de prise de décision si elles veulent être à même de faire face aux problèmes liés à une éventuelle pandémie de grippe lorsque ceux-ci se poseront et là où ils se poseront.

Le Dr OMI (Directeur régional pour le Pacifique occidental) déclare que les participants à la réunion conjointe Japon/OMS, qui s'est tenue à Tokyo les 12 et 13 janvier 2006, et qui était consacrée à la riposte précoce à une éventuelle pandémie de grippe ont été d'avis que, dans certaines circonstances, la transmission pourrait être endiguée à condition que la moindre flambée de la maladie soit décelée et évaluée rapidement et que l'on procède sans délai aux interventions appropriées, y compris les restrictions de mouvement, les mesures tendant à diminuer les contacts sociaux et la distribution de médicaments antiviraux. Etant donné que la nature de la souche pandémique est encore incertaine, il n'est pas possible de faire une estimation précise de la transmissibilité du virus. En tout état de cause, le temps de réaction est limité ; des mesures d'endiguement devront être prises rapidement, au plus tard deux ou trois semaines après qu'un événement potentiellement pandémique aura été décelé. Cet objectif n'a jusqu'à présent été atteint que pour la moitié des cas humains de grippe à virus H5N1 signalés et il est manifestement nécessaire de renforcer les capacités de détection et de notification précoces de la grippe aviaire, tout particulièrement à l'échelon local. La capacité de riposte à la grippe aviaire que l'on aura développée servira à faire face aux autres maladies nouvelles qui pourraient faire leur apparition dans l'avenir. Les efforts que l'on déploie actuellement pour faire face à la grippe aviaire aideront les pays à améliorer leur capacité de mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005).

M. BURCI (Conseiller juridique) précise, en réponse à la question soulevée par le représentant des Etats-Unis d'Amérique, que le terme « application » signifie le fait de se conformer à une certaine ligne de conduite soit en vertu d'une obligation, soit en raison d'une décision prise volontairement. Il ne semble pas y avoir de contradiction fondamentale entre l'emploi du terme « application » et le fait que le Règlement sanitaire international (2005) n'est pas encore entré en vigueur. Les auteurs du projet de résolution se sont efforcés d'éliminer toute ambiguïté en ajoutant le qualificatif « volontaire » après « application ». Il serait donc sans doute souhaitable d'insérer le mot « volontaire » après « application » dans l'amendement au paragraphe 5.5) proposé par le membre désigné par le Canada.

M. SHUGART (Canada), répondant à M. BURCI (Conseiller juridique), dit qu'en tant que membre du Conseil, il appuiera volontiers l'amendement au projet de résolution proposé par le représentant des Etats-Unis d'Amérique.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) est très satisfaite des utiles observations et des suggestions constructives qui ont été faites. Le Secrétariat a pu oeuvrer efficacement en ce qui concerne la préparation et la capacité d'action en cas de pandémie de grippe grâce à l'appui des Etats Membres et de ses partenaires, à un encadrement et à une gestion solides et au dévouement du personnel travaillant en coulisses .

Il convient de rappeler qu'il est essentiel de renforcer la surveillance, la capacité de diagnostic des laboratoires et les dispositifs d'alerte précoce. Dans les pays où ces capacités sont faibles, l'OMS peut, avec l'appui de ses partenaires, fournir une assistance technique et une formation. Les priorités du bureau OMS de Lyon du Département Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie ont été revues, le but étant de renforcer les capacités nationales et d'instaurer un lien étroit entre ces activités et l'application du Règlement sanitaire international (2005).

L'endiguement est l'une des premières priorités de l'OMS et le texte d'un projet de protocole opérationnel sera affiché sur le site Web avant la fin de la semaine. Toutes observations à ce sujet seront bien accueillies et examinées lors d'une réunion mondiale prévue pour mars 2006. En cas de pandémie, une procédure opérationnelle normale ne suffirait pas ; il faut établir des listes détaillées

d'articles à préparer, par exemple des stocks d'agents antiviraux et d'équipements individuels de protection, et réfléchir aux modalités de leur mise en place. Il faudrait aussi consulter les pays à propos des questions juridiques et des problèmes de mise en oeuvre. D'ores et déjà, presque tous les pays se sont dotés, sous une forme ou sous une autre, d'un plan de préparation à la pandémie correspondant au niveau de préparation et de développement des capacités qui est le leur. L'OMS travaillera en étroite collaboration avec les pays pour perfectionner encore leurs plans et faire des exercices de simulation. Elle va étudier comment renforcer les moyens de diagnostic et de prise en charge des cas ainsi que la planification des ressources humaines. Le maintien des services essentiels, les systèmes de gestion de l'information et la stratégie relative aux communications sont des points qui seront tous examinés avec les pays.

Les médias sont un partenaire important à ne jamais traiter en ennemi. Ils permettent de mesurer le degré d'inquiétude et d'information au sein de la population, et l'OMS continuera de travailler en étroite collaboration avec eux. La communication est un élément vital ; en informant la collectivité, on encourage la mobilisation sociale et on favorise des changements de comportement qui permettront de réduire les risques d'exposition. Une réunion sur la communication concernant la pandémie a été organisée ; des sous-groupes s'emploient déjà, avec les organismes et Etats Membres intéressés, à formuler des recommandations à l'intention des pays. Les Gouvernements chinois et thaïlandais ont fait des efforts méritoires pour inciter les communautés à organiser la surveillance. Tous les pays doivent être dotés d'un dispositif de surveillance approprié.

La coordination de la recherche-développement de vaccins contre la pandémie et d'agents antiviraux sera assurée. Les recommandations et directives seront révisées à la lumière des informations les plus récentes et de l'expérience clinique des pays ayant eu à faire face à des cas humains de grippe aviaire. L'OMS collabore étroitement avec les fabricants d'agents antiviraux, l'objectif étant d'accroître leurs capacités. Des sous-licences ont été concédées à la Chine et à l'Inde et les fabricants sont disposés à travailler avec les pays en développement ayant le potentiel et les moyens de produire de l'oseltamivir. L'étroite coopération avec l'industrie pharmaceutique sera poursuivie dans le but d'accélérer la mise au point d'un vaccin contre la grippe pandémique en plus du vaccin antigrippal saisonnier.

Il est encourageant de constater que, dans l'ensemble, le principe de l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005) avant même son entrée en vigueur est accueilli très favorablement. L'OMS appuiera les pays dans leurs efforts pour se doter de davantage de moyens : l'essentiel des compétences requises par le Règlement sont semblables à celles nécessaires pour la surveillance et la prévention de la grippe aviaire. Les ressources investies dans la grippe aviaire serviront à plus long terme les intérêts de la sécurité sanitaire mondiale.

Les vaccins universels et les vaccins « intelligents » en sont encore au stade de la recherche et il est trop tôt pour dire quand ils seront prêts à être utilisés à grande échelle. Elle souligne l'importance de la coopération régionale et de la coopération entre pays et remercie les dirigeants de pays tels que le Canada et les Etats-Unis d'Amérique d'avoir oeuvré en faveur d'un partenariat international, lequel tiendra sa prochaine réunion en avril 2006.

Des directives seront données en temps utile en ce qui concerne la constitution de stocks de médicaments antiviraux. La coordination au niveau des pays n'est pas chose aisée, mais les organismes des Nations Unies apporteront leur soutien par l'intermédiaire de leurs coordonnateurs résidents ; les modalités de surveillance et de coordination régionales et mondiales seront à discuter avec les donateurs.

S'agissant du transfert de technologie pour la production de vaccins et d'agents antiviraux, l'OMS a déjà fourni une assistance technique au Viet Nam et il a dûment été pris note de la demande d'intensification de ce type d'action. Les articles 5 et 8 à 13 du Titre II du Règlement sanitaire international (2005) font obligation à l'OMS de collaborer avec les pays et les articles 15 et 49 du Titre III sont également pertinents.



Répondant au membre désigné par la Jamahiriya arabe libyenne, l'intervenante indique que l'OMS travaille déjà en étroite collaboration avec la FAO et l'OIE et qu'elle continuera d'aider les pays à mettre au point des plans nationaux intégrés englobant à la fois la santé animale et humaine. Ces plans revêtent d'autant plus d'importance que les donateurs ont fait savoir qu'ils allaient servir de base pour l'octroi d'un soutien financier.

Le membre désigné par le Bhoutan a fort justement souligné l'importance des interventions non pharmaceutiques qui doivent, conformément à une directive de l'OMS, faire partie des plans nationaux de préparation. Les plus récentes données tirées des réunions vont être examinées et communiquées aux Etats Membres.

L'indemnisation des agriculteurs et d'autres catégories est un élément important de la stratégie, mais il faut trouver un juste équilibre et éviter d'indemniser de façon excessive ou insuffisante. Il faudrait donc faire un bilan des expériences faites en matière de dédommagement dans les pays affectés par la grippe aviaire ; la Banque mondiale, ainsi peut-être que d'autres institutions financières paraissent disposées à réfléchir à la question de l'indemnisation.

Répondant à la question posée par le membre désigné par la Bolivie, l'intervenante précise que les flambées de grippe chez les volailles ne conduisent pas toujours à une infection humaine, en particulier lorsque des mesures sont prises rapidement pour enrayer la poussée épidémique. En ce qui concerne la stratégie d'intervention précoce évoquée au paragraphe 17 du document EB117/5, il y a lieu de noter que, pour la première fois peut-être dans l'histoire humaine, une pandémie a fait l'objet d'une alerte précoce et qu'un étroit créneau favorable se présente pour en prévenir les conséquences humaines et économiques dévastatrices. On ne saurait donc trop insister sur l'importance des actions d'endiguement précoces.

Il convient de remercier le membre désigné par le Japon pour les informations qu'il a fournies et pour l'engagement pris par son pays d'apporter un soutien technique et financier à d'autres pays. Les systèmes d'information géographique sont un outil précieux que l'OMS met au service de son système de gestion des événements, lequel est conçu pour diffuser rapidement des renseignements multidimensionnels afin d'établir une cartographie des facteurs de risque et des actions à mener.

Le rôle joué par les oiseaux migrateurs dans la propagation de la maladie a été reconnu par la FAO, l'OMS et l'OIE, mais il faut poursuivre les recherches pour mieux le comprendre. Le membre désigné par le Brésil a évoqué le rôle de l'OMS en matière de coordination, et il s'agit certainement d'un aspect essentiel de sa mission. Il n'existe pas de stock mondial de vaccins contre la pandémie et il est impossible de mettre au point un tel vaccin dans la mesure où l'on ne peut pas savoir quel virus sera éventuellement à l'origine d'une pandémie. Quoi qu'il en soit, les fabricants ont entrepris de très importants travaux de recherche-développement dans le but de raccourcir les délais qui seront nécessaires à la fabrication d'un vaccin contre la pandémie.

La proposition émanant du membre désigné par les Tonga est très judicieuse et il est vrai que plus longue sera la phase 3 de la période d'alerte, mieux ce sera. Le créneau favorable est encore ouvert et, si toutes les parties intéressées travaillent ensemble, on disposera de davantage de temps pour se préparer à la pandémie. Il est impossible de prédire le moment où une pandémie se produira, mais, étant donné que le virus est endémique dans de nombreuses régions de l'Asie du Sud-Est, il est vraisemblable qu'il y aura des cas humains sporadiques, chacun d'eux constituant pour le virus une occasion de muter. Il est donc impératif de faire preuve de vigilance : les pays doivent se préparer au pire tout en espérant que tout se passera pour le mieux.

L'OMS sait gré à la Roumanie d'avoir rapidement collaboré avec elle et avec ses partenaires ; la situation a été bien contrôlée. L'initiative prise par le Bahreïn et les informations communiquées par lui ont été instructives et utiles. Enfin, il faut remercier la Chine d'avoir accueilli la Conférence de Beijing qui a réuni donateurs, partenaires et Etats Membres.

Le Dr Chan partage entièrement le point de vue du représentant des Etats-Unis d'Amérique selon lequel la constitution d'un stock de médicaments antiviraux n'est pas la solution miracle et ne saurait remplacer les mesures à prendre pour se préparer à une pandémie. Les vaccins sont la première ligne de défense, mais les agents antiviraux ont un rôle important à jouer dans l'intervalle, en attendant l'arrivée du vaccin contre la grippe pandémique.

Il est trop tôt pour dire si l'OMS sera amenée à publier des recommandations aux voyageurs et à imposer des contrôles aux frontières, ce qui n'irait pas sans poser des problèmes. D'après ce que l'on sait actuellement du virus de la grippe, de telles mesures n'ont guère de chances d'être très efficaces. En tout état de cause, il faudra étudier de près la dynamique de transmission et le taux d'atteinte du nouveau virus de la pandémie avant de pouvoir adresser aux Etats Membres des recommandations fondées sur des données factuelles. Il convient de remercier les Etats-Unis d'Amérique de la volonté qu'ils manifestent de soutenir les Etats Membres dans leurs efforts pour acquérir les compétences essentielles qui leur permettront d'appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et de se préparer à la pandémie.

La Fédération de Russie et d'autres pays aspirent à accueillir un laboratoire de référence de l'OMS : le Dr Chan s'engage à examiner les conditions dans lesquelles une institution peut devenir centre collaborateur de l'OMS. Les normes imposées aux centres collaborateurs sont extrêmement strictes. Les Etats Membres seront informés des droits, obligations et engagements qui, en termes de ressources humaines et matérielles, sont inhérents à ce statut.

Pour le DIRECTEUR GENERAL, il ressort à l'évidence de l'exposé qui a été fait que l'OMS doit travailler sans relâche à renforcer la préparation, pour être à même d'agir et de réagir en fonction des événements à venir.

Le PRESIDENT dit que le Secrétariat regroupera tous les amendements au projet de résolution, qui ont été proposés dans une version révisée qui sera examinée ultérieurement. Entre-temps et en l'absence d'objections, il considérera que le Conseil souhaite prendre note du rapport intitulé « Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action ».

**Le Conseil prend note du rapport.**

(Voir l'adoption de la résolution dans le procès-verbal de la huitième séance, section 3.)

- **Renforcement des systèmes de santé et de surveillance : utilisation de la technologie de l'information et des systèmes d'information géographique** (document EB117/32)

Le PRESIDENT croit comprendre que le Conseil, ayant commenté le rapport à l'examen lors de la discussion consacrée au point intitulé « Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action », souhaite prendre note du rapport.

**Il est pris note du rapport.**

**2. OUVERTURE DE LA SESSION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR :**  
Point 1 de l'ordre du jour (document EB117/1 Rev.1) (suite de la première séance, section 1)

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), rendant compte des consultations informelles qui ont eu lieu au sujet de l'examen des points 4.3 (Commerce international et santé : projet de résolution), 4.10 (Droits de propriété intellectuelle : innovation et santé publique) et 4.12 (Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé) de l'ordre du jour, propose d'examiner ces trois questions l'une après l'autre en suivant l'ordre numérique. Etant donné qu'une version révisée du projet de résolution sur le commerce international et la santé vient à peine d'être distribuée aux fins de consultations informelles, elle ne pourra pas être débattue avant la matinée du jeudi

26 janvier 2006 pour que la règle des 48 heures soit respectée.<sup>1</sup> Mais le Conseil peut décider de déroger à cette règle et d'avancer la date du débat à l'après-midi du mercredi 25 janvier 2006.

Le PRESIDENT dit qu'en l'absence d'objections, il considérera que le Conseil convient d'examiner ces trois points subsidiaires de l'ordre du jour à la suite l'un de l'autre ainsi qu'il a été proposé, à partir de l'après-midi du mercredi 25 janvier 2006 ou de la matinée du jeudi 26 janvier 2006, selon l'état d'avancement de la discussion sur d'autres points.

**Il en est ainsi convenu.**

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

**Eradication de la poliomyélite :** Point 4.4 de l'ordre du jour (documents EB117/4 et EB117/4 Add.1)

M. GUNNARSSON (Islande), prenant la parole au nom des pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède), se félicite des progrès considérables qui ont été faits vers une éradication totale de la poliomyélite. Toutefois, des événements récents, et notamment le fait qu'en 2005, pour la première fois, les cas de poliomyélite enregistrés dans des pays nouvellement touchés par des poliovirus importés ont été plus nombreux que dans les pays d'endémie poliomyélitique, montrent que les plans nationaux de vaccination doivent être renforcés afin de prévenir une résurgence de la maladie. Il faut mobiliser des fonds pour acheter des vaccins, lancer des campagnes de vaccination, prendre des mesures d'urgence en cas de flambée, assurer une étroite surveillance de la maladie et fournir un appui technique aux Etats Membres. Les pays nordiques appuient donc le projet de résolution.

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) déclare que les pays de la Région africaine, et notamment le sien, relèvent avec satisfaction que les efforts déployés par les pays d'Afrique et d'Asie sont mis en exergue dans le rapport. En Afrique, le renforcement du Programme élargi de vaccination par la mise en oeuvre de l'approche « atteindre chaque district », l'intensification de la surveillance épidémiologique et les campagnes de vaccination supplémentaires ont permis aux Etats Membres de progresser sensiblement vers l'éradication de la poliomyélite. Tous les pays ont mis en place des comités nationaux de certification de l'éradication de la poliomyélite et disposent de laboratoires de référence. Les principaux obstacles à l'éradication demeurent le faible taux de couverture vaccinale de routine dans les zones reculées, la pénurie persistante de fonds destinés à renforcer les acquis et l'insuffisance des ressources humaines, surtout dans les zones rurales. L'intensification de la surveillance des paralysies flasques aiguës, qui permet de mieux orienter les activités de vaccination dans les poches où la transmission subsiste, ainsi qu'une mobilisation accrue des ressources seraient nécessaires pour renforcer l'action jusqu'à la fin 2008, dans le but de mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage en Afrique et de pouvoir y certifier l'éradication de la poliomyélite.

L'intervenante appuie le projet de résolution à l'examen, mais propose de remplacer les mots « au minimum 2 à 5 millions d'enfants » figurant au troisième alinéa du paragraphe 1 par « au moins 90 % des enfants », afin que cette disposition puisse s'appliquer à tous les pays quelle que soit la taille de leur population infantine.

---

<sup>1</sup> Article 11 du Règlement intérieur du Conseil exécutif.

Le Dr ACHARYA (Népal) déclare que son pays est demeuré exempt de poliovirus sauvage entre 2000 et septembre 2005, époque à laquelle le virus est réapparu et où deux cas de poliomyélite ont été décelés dans une zone proche de la frontière avec l'Inde. La riposte immédiatement mise en oeuvre a consisté notamment en une surveillance épidémiologique de cette zone et des régions avoisinantes, conformément à ce que prévoyait le protocole national. Un appui sans faille de l'OMS et des partenaires pour le développement sera nécessaire pour poursuivre et renforcer les activités d'éradication et pour mener à bien des campagnes de vaccination supplémentaires. Le Népal appuie le projet de résolution, mais demande des éclaircissements au sujet du cinquième alinéa du paragraphe 1 en ce qui concerne l'étendue géographique des tournées de vaccination antipoliomyélitique à entreprendre après la détection du poliovirus.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), se référant au rapport à l'examen mais aussi aux conclusions et recommandations issues de la réunion d'octobre 2005 du Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite,<sup>1</sup> relève avec inquiétude que le risque de transmission du poliovirus de type sauvage persiste au Nigéria, que 12 pays ont signalé la présence de poliovirus sauvages importés, que, pour la première fois, le nombre de cas de poliomyélite dans les nouveaux pays touchés par des poliovirus importés a été plus élevé que dans les pays d'endémie de la maladie, et que plus de 60 % des cas de poliomyélite notifiés en 2005 sont imputables à des flambées qui se sont produites dans des pays précédemment exempts de la maladie à la suite d'importations de poliovirus sauvages en provenance de pays d'endémie. Particulièrement préoccupantes sont les flambées actuellement signalées en Angola, dans les pays de la Corne de l'Afrique, en Indonésie et au Yémen. Les pays d'endémie devraient faire preuve d'une volonté plus ferme d'endiguer la maladie. Tous les pays doivent entreprendre des actions concertées pour interrompre la transmission des poliovirus sauvages.

La Thaïlande appuie le projet de résolution soumis au Conseil, quoiqu'il n'y soit envisagé de prendre des mesures en réaction à la détection de poliovirus circulants que dans les Etats Membres qui étaient précédemment exempts de poliomyélite. Cette résolution aura peu d'effet si l'on ne prend pas également des mesures dans les pays d'endémie, ainsi que le recommande le Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite. Il serait donc souhaitable d'insérer un nouveau paragraphe avant le paragraphe 1, dont le libellé serait le suivant : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres où la poliomyélite est endémique à renforcer leur engagement et leur action pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage en administrant des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents ; » ; la numérotation des paragraphes suivants serait à modifier en conséquence. Quant au troisième alinéa du paragraphe 1, il faudrait le rendre applicable aux pays où la cohorte d'enfants est inférieure à deux à cinq millions, en insérant les mots « ou un nombre proportionné à la superficie totale de » après « âgés de moins de cinq ans ». Il conviendrait de modifier le deuxième alinéa du paragraphe 2 en ajoutant après « flambée » les mots « , et assurer un approvisionnement suffisant en vaccin antipoliomyélitique oral monovalent ». Un quatrième alinéa devrait être ajouté au paragraphe 2, qui se lirait comme suit : « de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution ».

Le Dr SINGAY (Bhoutan) souscrit aux observations des précédents orateurs et appuie le projet de résolution, qui met l'accent sur la nécessité d'intervenir promptement et très largement lorsque des poliovirus circulants sont décelés ; il s'agit notamment d'augmenter considérablement la couverture vaccinale, de mobiliser des fonds auprès des partenaires de façon plus insistante sous l'égide de l'OMS, et de mettre en oeuvre une collaboration internationale accrue aussi rapidement que possible à tous les stades de l'intervention. Le Bhoutan est exempt de poliomyélite depuis 1986 et est parvenu à maintenir une couverture vaccinale de plus de 90 % grâce au généreux soutien apporté par le Japon à son Programme élargi de vaccination.

---

<sup>1</sup> *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2005, **80**(47): 410-416.

Le Dr GASHUT (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que, grâce au soutien de l'OMS et d'autres partenaires, la Région ne compte plus que trois pays d'endémie poliomyélitique. Une ferme volonté politique, un engagement total des autorités nationales et une intensification soutenue de l'action menée dans les trois pays d'endémie ont permis de faire considérablement reculer la maladie, puisque seulement 113 cas ont été signalés en 2003 contre quelque 35 000 en 1988. A la suite de la suspension des activités de vaccination antipoliomyélitique dans l'un de ces pays en 2003, une nouvelle épidémie s'est déclarée et le poliovirus s'est propagé vers de nombreux pays précédemment exempts de la maladie, si bien que l'infection s'est réimplantée. En dépit de ce revers, qui a obligé à faire des investissements nettement supérieurs à ce qui est nécessaire pour les pays d'endémie, les progrès réalisés dans ces trois pays sont encourageants ; l'un d'eux est exempt de la maladie depuis plus d'un an et on espère parvenir à bref délai à une interruption de la transmission dans les deux autres.

La Jamahiriya arabe libyenne appuie le projet de résolution, mais propose d'ajouter un nouvel alinéa au préambule qui se lirait comme suit : « Notant l'important soutien fourni par les partenaires, se félicitant de leur coopération suivie et les invitant à continuer de soutenir les programmes nationaux dans la phase finale de l'action mondiale d'éradication ; ».

L'expérience a montré que tout pays qui relâche ses efforts d'éradication de la poliomyélite fait courir un danger à tous. Il est crucial de préserver les acquis obtenus jusqu'à présent afin que le rêve d'un monde exempt de poliomyélite devienne réalité.

**La séance est levée à 12 h 35.**

## QUATRIEME SEANCE

**Mardi 24 janvier 2006, 14 heures**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

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

**Eradication de la poliomyélite : Point 4.4 de l'ordre du jour (documents EB117/4 et EB117/4 Add.1) (suite)**

M. SHUGART (Canada) dit qu'il faudrait mentionner dans les rapports aux organes directeurs les liens qui rattachent la stratégie d'éradication de la poliomyélite à la vaccination systématique et à la supplémentation en micronutriments pour bien faire ressortir le caractère intégré de la stratégie. Le personnel de l'OMS affecté au programme de la poliomyélite jouit d'une expérience précieuse, par exemple dans le domaine de la surveillance, qui pourra être transférée à la lutte contre la grippe et les autres maladies transmissibles à mesure que les activités de lutte contre la poliomyélite sont réduites. Ce transfert pourrait contribuer à soulager le problème des ressources humaines évoqué la veille à propos de la grippe.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) dit que l'éradication de la poliomyélite représente un engagement clé de la communauté internationale. Les activités du Secrétariat sont très efficaces car elles sont fondées sur une approche technique de haut niveau, une réactivité immédiate et une démarche caractérisée par la souplesse et l'intelligence. La France a intensifié son soutien financier en faveur de l'éradication de la poliomyélite depuis 2004 et offre une assistance technique là où l'OMS le juge nécessaire. Le Dr Brunet souscrit au projet de résolution.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) se félicite de l'impulsion donnée par le Directeur général aux efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus de type sauvage depuis 2003. Souscrivant au projet de résolution, il fait observer qu'il ne se rapporte qu'aux mesures à prendre lorsque le poliovirus de type sauvage est détecté dans un pays précédemment exempt de poliomyélite ; l'action préventive, par exemple le maintien d'une couverture suffisante par la vaccination systématique, est elle aussi importante. La recommandation tendant à utiliser un vaccin antipoliomyélitique oral doit-elle s'appliquer aussi aux Etats Membres exempts de poliomyélite qui utilisent un vaccin inactivé ? Si tel n'est pas le cas, l'OMS doit élaborer d'autres lignes directrices à l'intention des Etats Membres concernés. Elle devrait par ailleurs établir un calendrier pour l'éradication de la poliomyélite.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), s'exprimant en anglais, suivi du Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau), s'exprimant en français, au nom des Etats Membres de la Région africaine, font observer qu'à fin septembre 2005, 524 cas d'infection par le poliovirus de type sauvage confirmés au laboratoire ont été signalés par huit pays de la Région, une diminution de 26 % comparativement à la même période de 2004. La transmission du poliovirus de type sauvage est réapparue dans cinq pays en 2004, à la suite de l'échec de l'éradication des poliovirus de type sauvage importés. Toutefois, 29 des 46 Etats Membres de la Région africaine n'ont enregistré aucun cas de poliomyélite depuis plus de trois ans, alors même qu'a été renforcée la surveillance de la paralysie flasque aiguë qui permet de détecter davantage de cas. Fin juin 2005, 35 pays de la Région avaient satisfait aux normes de

certification. La quasi-totalité des pays ont mis sur pied des comités d'experts et des comités de certification nationaux, et la plupart ont constitué des équipes spéciales nationales chargées du confinement biologique des poliovirus de type sauvage.

Le principal problème auquel se heurte l'éradication est celui de la résurgence de la transmission du poliovirus de type sauvage dans la Région depuis 2003, résultant de l'intensification de la transmission au Niger et au Nigéria, de la réduction des activités de vaccination supplémentaires dans les pays récemment exempts de poliomyélite, de la faible couverture de la vaccination systématique et de la pénurie constante de fonds. Les systèmes de santé, et notamment les ressources humaines, doivent être renforcés pour accroître la vigilance et la couverture vaccinale systématique. L'éradication de la poliomyélite appelle un engagement de haut niveau.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit qu'en tant que partenaire de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Portugal souscrit avec force aux mesures visant à interrompre les dernières chaînes de la transmission du poliovirus de type sauvage dans le monde. Les Etats Membres doivent convenir d'une date pour mettre fin à l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral dans tous les pays tout en maintenant l'engagement politique et financier en faveur de l'éradication. Les autorités sanitaires portugaises ont établi un plan d'action pour la période suivant l'éradication qui vise à préserver une forte couverture vaccinale, à maintenir durablement la surveillance clinique, épidémiologique et au laboratoire de la paralysie flasque aiguë, et à garantir le confinement biologique au laboratoire du poliovirus de type sauvage. Le Portugal s'est engagé à collaborer, directement avec le Secrétariat et par l'intermédiaire de l'Union européenne, pour que les enfants de tous les pays soient protégés de la poliomyélite. Le Professeur Pereira Miguel souscrit au projet de résolution.

Le Dr ALI MOHAMED SALIH (Iraq) remercie l'OMS de son soutien qui a permis à son pays de renforcer sa capacité de vaccination et d'avoir été épargné par la poliomyélite depuis 2000, malgré sa situation critique. Deux campagnes de vaccination d'urgence ont été entreprises en juin et septembre 2005, et le taux de couverture a dépassé 96 %. Le programme de vaccination national ne couvrant actuellement que 85 % de la demande, le Dr Ali Mohamed Salih demande à l'OMS d'apporter son soutien au moins à deux campagnes de vaccination annuelles. Le pays renforce son infrastructure en se fondant sur les soins de santé primaires et en améliorant la sécurité. La surveillance environnementale des dernières zones de poliovirus sauvage endémique représente un aspect essentiel du processus d'éradication.

Le Dr SHANGULA (Namibie) souscrit au projet de résolution sous réserve des amendements ci-après : il convient de modifier le paragraphe 1.2) qui devrait se lire comme suit : « ... trois tournées de vaccination à grande échelle utilisant un vaccin antipoliomyélique oral monovalent dirigé contre le type de poliovirus détecté, et en recourant notamment, le cas échéant, à la vaccination porte-à-porte, la première tournée ... ». Il convient en outre de regrouper les alinéas 3 et 4 du paragraphe 1 en utilisant la formule suivante « en ciblant tous les enfants de moins de cinq ans dans la zone géographique touchée et les zones adjacentes, moyennant une surveillance indépendante ... ».

Le Dr ABDULLA (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) se déclare lui aussi préoccupé par l'attention insuffisante accordée aux pays d'endémie poliomyélique et à ceux dans lesquels la maladie est réapparue. Ce n'est pas parce qu'un pays a été épargné par la maladie pendant trois ans qu'il est sûr de le rester de façon permanente, comme l'expérience du Soudan l'a démontré. Le Dr Abdulla demande que les pays d'endémie et ceux où la poliomyélite est réapparue bénéficient d'un appui accru, sous la forme de meilleurs systèmes de surveillance, de journées nationales de vaccination efficaces, d'un renforcement des services de vaccination systématique et d'une amélioration des taux de vaccination chez les enfants vivant dans des zones difficiles d'accès. Il souscrit aux amendements au projet de résolution proposé par le membre désigné par la Thaïlande.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), relevant que les Amériques ont été déclarées exemptes de poliomyélite, exprime sa préoccupation concernant l'affirmation contenue dans le rapport selon laquelle 57 % des cas de poliomyélite signalés en 2005 sont survenus dans des pays supposés exempts de la maladie. Les Etats doivent éviter tout relâchement, rester vigilants et maintenir leurs capacités aussi bien en ce qui concerne les installations de laboratoire que les ressources humaines, pour suivre la trace des poliovirus circulants de type sauvage. Le Dr Antezana Aranibar souscrit au projet de résolution en demandant, toutefois, de mettre suffisamment l'accent sur la nécessité de faire preuve de vigilance dans les pays déclarés exemptes de poliomyélite.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par le Pakistan, dit que le virus de type sauvage circule encore dans son pays. Toutefois, 24 cas seulement d'infection ont été relevés en 2005, et on peut espérer que les activités de ratissage commenceront en septembre 2006. La transmission a été interrompue dans 100 des 126 districts du pays et devrait l'être dans les autres au cours de l'année 2006. Seul un type de poliovirus circule actuellement au Pakistan. Un système de surveillance efficace et sensible pour la paralysie flasque aiguë est opérationnel et un vaccin monovalent, trois fois plus efficace que les autres vaccins, a été utilisé lors de la dernière tournée de vaccination. La couverture a atteint 99,7 %. Le Gouvernement pakistanais collabore avec l'Afghanistan pour assurer la couverture des personnes qui franchissent de manière non officielle la frontière entre les deux pays. Le Pakistan s'est engagé pleinement aux niveaux les plus élevés en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Ses activités sont complètement transparentes et toutes les données sont communiquées à l'OMS. Le Président remercie le Secrétariat, et notamment le Bureau régional de la Méditerranée orientale, le Gouvernement japonais et Rotary International de leur appui.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> remercie l'Egypte, le Niger, le Pakistan, l'Afghanistan et le Nigéria des efforts qu'ils ont fournis pour éradiquer la poliomyélite en 2005. D'importants progrès ont été réalisés, ce qui est également à porter au crédit du Secrétariat. Les Etats-Unis appuient depuis longtemps la campagne d'éradication. La contribution de l'OMS et les partenariats, comme ceux avec l'Union africaine et l'Organisation de la Conférence islamique, sont indispensables pour mobiliser l'engagement national et l'appui politique. Le Dr Steiger fait observer que la poliomyélite due au poliovirus de type sauvage, après l'éradication, est une maladie à déclaration obligatoire immédiate en vertu du Règlement sanitaire international (2005), et il invite instamment tous les pays à souscrire à cette exigence en appliquant volontairement le Règlement et en coopérant pleinement avec la campagne internationale en signalant les cas rapidement et régulièrement. Le Dr Steiger souscrit au projet de résolution et aux amendements proposés et appelle au versement de contributions qui permettraient de combler le déficit pour 2006 et au-delà.

M. HÖRNDLER (Rotary International), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT se félicite de l'engagement en faveur de l'éradication mondiale de la poliomyélite auquel l'organisation qu'il représente continue de souscrire. Malgré les nombreux défis en 2005, le progrès accompli a été phénoménal. Les efforts consentis par l'Afrique pour éradiquer la poliomyélite ont repris à plein rythme après une série de campagnes multinationales synchronisées qui ont porté leurs fruits. L'Inde, qui représentait auparavant plus de 70 % de la charge mondiale de poliomyélite, a pratiquement atteint l'objectif de l'éradication, puisque seuls 65 cas ont été signalés en 2005. L'Egypte, un des six pays d'endémie, n'a pas enregistré de cas depuis plus d'une année. Lorsqu'interviendra la certification mondiale, Rotary International aura apporté plus de US \$600 millions en plus des milliers d'heures de travail de ses volontaires qui ont vacciné plus de 3 milliards d'enfants dans 122 pays. L'initiative a été considérée comme un exemple à suivre pour d'autres actions mondiales dans le domaine de la santé ; l'éradication étant à portée de main, il faut faire le nécessaire pour y parvenir.

Le PRESIDENT félicite Rotary International de sa louable contribution en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

---

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



Le Dr HEYMANN (représentant du Directeur général pour l'éradication de la poliomyélite) remercie les Etats Membres, au nom des autres principaux partenaires de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, à savoir l'UNICEF, Rotary International et les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique, pour leurs observations et leurs efforts en faveur de l'éradication de la maladie. Il se félicite des amendements proposés au projet de résolution. Sur les 21 pays exempts de poliomyélite réinfectés depuis 2003, tous sauf sept ont pu interrompre la transmission du poliovirus grâce à un appui politique résolu de la part de groupes comme l'Organisation de la Conférence islamique, le Commonwealth, l'Union africaine et le G8. L'existence de vaccins monovalents contre les poliovirus de types 1 et 3 permettra de cibler les réponses en fonction des besoins des pays. En plus de son rôle qui consiste à détecter la maladie et à veiller à ce que les enfants reçoivent les vaccins nécessaires, l'infrastructure pour l'éradication de la poliomyélite a apporté une contribution à d'autres initiatives comme les campagnes de supplémentation en vitamine A et la fourniture de moustiquaires aux femmes et aux jeunes enfants pour éviter le paludisme, ainsi que le renforcement des propositions de pays à l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Le réseau de surveillance de la poliomyélite a également contribué à traiter d'importantes flambées et catastrophes, par exemple par l'évaluation de la situation concernant les maladies infectieuses après le séisme au Pakistan et par les mesures prises tant en Angola pendant la flambée de fièvre hémorragique à virus Marburg qu'au cours de la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère. Des discussions sont en cours pour déterminer le rôle potentiel du réseau dans le domaine des maladies transmissibles, notamment la grippe aviaire. Les lignes directrices pour l'action en cas de flambée prévoient l'utilisation d'un vaccin antipoliomyélitique oral monovalent, mais des recommandations concernant le vaccin antipoliomyélitique inactivé devraient également y figurer. Le Dr Heymann remercie les partenaires des efforts consentis pour ramener le déficit de financement de 2006 de US \$200 millions à US \$150 millions et pour l'action d'éradication en général.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés ayant reçu le soutien des membres. Deux nouveaux alinéas sont ajoutés : « Notant que la plupart des cas nouveaux provenaient de régions où la transmission des poliovirus autochtones avait déjà été interrompue ; » et « Notant l'important soutien fourni par les partenaires, se félicitant de leur coopération suivie et les invitant à continuer de soutenir les programmes nationaux dans la phase finale de l'action mondiale d'éradication ; ». Un nouveau paragraphe 1 est ajouté : « Invite instamment les Etats Membres où la poliomyélite est endémique à renforcer leur engagement à interrompre la transmission du poliovirus sauvage en administrant les vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents appropriés ; ». Le texte original du paragraphe 1.2) est légèrement remanié pour se lire ainsi : « en mettant en oeuvre au minimum trois tournées de vaccination à grande échelle utilisant un vaccin antipoliomyélitique oral monovalent dirigé contre le type de poliovirus détecté, et en recourant notamment, le cas échéant, à la vaccination porte-à-porte, ... ». A l'issue de consultations informelles avec les membres, une nouvelle version réunissant les paragraphes 1.3) et 1.4) est proposée : « en ciblant tous les enfants de moins de cinq ans dans la zone géographique touchée et les zones adjacentes, moyennant une surveillance indépendante pour déterminer si une couverture vaccinale d'au moins 95 % a été obtenue ; ». Le texte du paragraphe 5 est le suivant : « en veillant à ce qu'au moins deux tournées complètes de vaccination antipoliomyélitique soient effectuées dans la zone cible après la détection la plus récente du poliovirus ; ». Le paragraphe 2.2) est ainsi libellé : « d'aider à mobiliser des fonds et assurer un approvisionnement suffisant en vaccin antipoliomyélitique oral monovalent pour appliquer des mesures d'urgence en cas de flambée ; ». Un nouveau paragraphe sera ajouté à la fin qui se lirait ainsi : « de faire rapport au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution. ».

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R1.

**VIH/SIDA : Point 4.5 de l'ordre du jour**

- **Accès universel à la prévention, aux soins et au traitement** (document EB117/6)
- **Nutrition et VIH/SIDA : projet de résolution** (documents EB117/7 et EB117/7 Add.1)

Le PRESIDENT appelle l'attention du Conseil sur un projet de résolution concernant la mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA proposé par l'Afrique du Sud, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, le Luxembourg, Madagascar, Malte, le Mexique, Monaco, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède et la Suisse, libellé comme suit :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur le VIH/SIDA : accès universel à la prévention, aux soins et au traitement ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,  
Notant le rapport sur le VIH/SIDA : accès universel à la prévention, aux soins et au traitement ;

Reconnaissant le rôle de l'OMS en tant qu'organisme coparrainant du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ;

Rappelant les décisions de la dix-septième réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (27-29 juin 2005, Genève) ;

Accueillant avec satisfaction le rapport final de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA ;<sup>2</sup>

Notant qu'à cet effet, une meilleure coordination et une harmonisation des efforts ainsi qu'une division claire des responsabilités entre l'ONUSIDA et ses organismes coparrainants seront requises, de même qu'une coordination avec les acteurs nationaux et mondiaux ;

Notant par ailleurs l'accent mis sur le soutien à l'action au niveau des pays et sur le renforcement des ripostes nationales ;

1. SOUSCRIT aux recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA ;

2. PRIE le Directeur général :

- 1) de mettre en oeuvre les recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, d'élaborer des plans d'action appropriés, en collaboration avec l'ONUSIDA et les autres organismes coparrainants, et de maintenir la dynamique créée par la cellule mondiale de réflexion dans les délais fixés ;

---

<sup>1</sup> Document EB117/6.

<sup>2</sup> Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA : rapport final, 14 juin 2005, Genève, ONUSIDA, 2005.

- 2) de faire rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion à l'Assemblée de la Santé et d'utiliser ce rapport pour informer le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ;
- 3) de fournir un soutien technique efficace aux gouvernements et, conformément à la division du travail convenue, de se concentrer sur les domaines dans lesquels l'OMS présente un avantage par rapport à d'autres organismes.

Mme TOR DE TARLÉ (France), présentant le projet de résolution, résume les principales recommandations de la cellule mondiale de réflexion. Il est important que l'OMS rejoigne d'autres organisations internationales pour entériner ces recommandations de manière officielle. Le projet de résolution ne devrait avoir aucune incidence administrative ou financière ; au contraire, la mise en oeuvre des recommandations favorisera la synergie entre les différents acteurs internationaux et conduira ainsi à une utilisation optimale des ressources.

M. GUNNARSSON (Islande), souscrivant au rapport sur l'accès universel, est tout à fait d'avis que le traitement et les soins doivent aller de pair avec la prévention. A cette fin, il faut renforcer les systèmes de soins de santé primaires. L'Islande, avec les pays nordiques, salue la proposition contenue dans le rapport tendant à mettre en place une procédure rapide et active au niveau des pays pour fixer des cibles nationales à atteindre d'ici 2010 concernant la prévention, le traitement, les soins et les services d'appui. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr WINT (Jamaïque) se félicite de la qualité du rapport. Grâce à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », la Jamaïque a atteint un taux de couverture de 60 % par le traitement antirétroviral en un peu plus d'un an depuis sa mise en place. La Jamaïque poursuit ses efforts en vue de la mise en oeuvre complète des trois principes et reconnaît l'importance de la participation d'une multiplicité d'acteurs et de réseaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le cas de la Jamaïque témoigne des enseignements que l'on a pu tirer de l'expérience acquise, en particulier concernant la décentralisation du Programme et son intégration plus poussée à d'autres programmes au niveau local. La lutte contre les infections sexuellement transmissibles est étroitement liée à la lutte contre le VIH/SIDA, et le Dr Wint note l'importance de la formation au dépistage et au conseil volontaires au niveau communautaire. L'accès des groupes vulnérables en particulier doit être amélioré et l'exclusion et la discrimination dans le domaine du VIH/SIDA constituent un problème majeur supplémentaire en Jamaïque, qui compromet l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. La nutrition est un élément crucial du traitement. Le Dr Wint souscrit au projet de résolution.

Le Dr ALI MOHAMMED SALIH (Iraq), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit que, dans le domaine de l'accès universel, ces pays ont fait preuve d'un engagement croissant en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA. Certains offrent depuis plusieurs années un traitement antirétroviral gratuitement à tous ceux qui en ont besoin. D'autres ont du mal à tenir leurs engagements en raison de la faiblesse de leur système de santé et de leur infrastructure. Le coût élevé du traitement antirétroviral et des tests de laboratoire limite l'extension des services, et la stigmatisation reste un obstacle majeur à l'utilisation des services de prévention et de traitement. En septembre 2005, le Comité régional de la Méditerranée orientale a souscrit à la stratégie régionale pour renforcer l'action du secteur de la santé face au VIH/SIDA. Le Dr Ali Mohammed Salih se félicite par conséquent de l'engagement mondial en faveur de l'accès universel. Mais il faut accroître l'assistance technique pour favoriser le renforcement des capacités, conseiller les pays sur les coûts du traitement antirétroviral et fournir les outils et les principes directeurs nécessaires en vue d'améliorer la prévention, le traitement et les soins.

M. AZIZ (suppléant du Dr Ali Mohammed Salih, Iraq) dit que les mesures visant à prévenir la transmission du VIH doivent être prises dans le contexte du Règlement sanitaire international (2005) et des traités. Les médias doivent servir à mieux sensibiliser la population à la maladie. Les stratégies

doivent être examinées régulièrement au cours des dix prochaines années afin d'évaluer et de combattre la transmission ; elles doivent par ailleurs s'inscrire dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr SHANGULA (Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, déclare que la pandémie de VIH/SIDA reste un des principaux problèmes de santé publique auxquels la Région se trouve confrontée : on estime en effet à 3 millions le nombre de nouvelles infections et à 2,5 millions le nombre des décès liés au SIDA en Afrique subsaharienne en 2004. La pandémie a également de graves effets pour la sécurité nationale et le développement socio-économique. Dans de nombreux pays, l'accès aux services de prévention et de soins reste problématique. Les pays ont répondu positivement à l'appel mondial en faveur d'un meilleur accès aux soins complets pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le contexte de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », mais en raison des faiblesses des systèmes de santé l'accès aux services de prévention et de traitement reste insuffisant et ne permet pas de freiner l'épidémie ni d'inverser la tendance. Néanmoins, des progrès considérables ont été réalisés en matière de traitement antirétroviral. En juin 2005, 500 000 personnes en Afrique subsaharienne en bénéficiaient. Le Botswana, la Namibie et l'Ouganda ont déjà atteint leur cible dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Ces résultats ont été obtenus grâce à une meilleure sensibilisation et au renforcement des partenariats, à l'engagement des autorités nationales et à leur participation aux programmes de lutte, ainsi qu'à l'appui technique et au soutien apporté à la mobilisation de fonds auprès des organismes donateurs.

Le Botswana, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Gambie, le Ghana, la Guinée, le Kenya, le Lesotho, Madagascar, le Malawi, la Mauritanie, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, les Seychelles, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe ont mis en place des services complets de dépistage et de conseil mais les progrès en vue d'améliorer l'accès à ces services sont restés limités. Si l'accès aux services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH s'est amélioré, 10 % seulement des personnes qui en ont besoin en bénéficient aujourd'hui. Il est encourageant de constater que les taux de prévalence commencent à baisser chez la femme enceinte au Burkina Faso, au Burundi, au Kenya, en Namibie, en Ouganda et au Zimbabwe. Parmi les problèmes auxquels la Région africaine se trouve confrontée, les Etats Membres doivent assurer des interventions essentielles de prévention et de soins localement définies, le renforcement suffisant de la prévention du VIH pour infléchir l'épidémie, l'accès universel aux soins complets, et la production d'informations stratégiques et leur meilleure utilisation. Le Dr Shangula demande instamment à l'OMS de maintenir sa contribution précieuse aux partenariats qui sont indispensables au succès de la lutte.

Mme HALTON (Australie) affirme l'engagement de l'Australie en faveur de l'objectif du Sommet mondial des Nations Unies de 2005, qui consiste à se rapprocher le plus possible de l'accès universel au traitement à l'horizon 2010. Le Gouvernement australien reconnaît que les interventions relatives au VIH/SIDA doivent englober la prévention, le traitement et les soins, mais relève l'absence d'une cible internationale concernant l'accès universel aux services de prévention ou de soins. La définition de l'accès universel à la prévention représente une autre difficulté. Pour se rapprocher de l'objectif de l'accès universel au traitement, les Etats Membres doivent veiller à ne pas fragiliser les programmes de prévention et de soins. En matière d'investissement, les pays doivent concilier prévention, soins et traitement au regard des besoins nationaux. Là où l'on constate l'émergence rapide d'épidémies, comme dans la Région du Pacifique occidental, il est essentiel de maintenir une action préventive résolue tout en renforçant les capacités de faire face à des besoins accrus en matière de traitement et de soins. Les autorités nationales doivent fournir les ressources, les fonds et les capacités de mettre en oeuvre et de maintenir l'accès universel au traitement entre le moyen et le long terme.

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a été un catalyseur important, mais en ce qui concerne la capacité, le financement et les ressources humaines, des problèmes subsistent qui doivent continuer à retenir l'attention de l'Organisation. La mise en oeuvre des recommandations de la cellule mondiale de réflexion a été encourageante et l'OMS et les autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA doivent veiller à mettre en oeuvre rapidement la division des tâches de l'ONUSIDA pour faciliter l'appui technique. L'Australie souhaite être ajoutée à la liste des coauteurs du projet de résolution.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite de la procédure proposée par l'OMS et l'ONUSIDA pour renforcer l'engagement en faveur de l'accès universel d'ici 2010, ainsi que des leçons tirées de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». En mars 2004, le Gouvernement vietnamien a approuvé une stratégie nationale pour prévenir et combattre le VIH/SIDA jusqu'en 2010 dont les objectifs et les cibles correspondent à l'accès universel : 100 % des citadins et 80 % des personnes vivant dans les campagnes et dans les zones montagneuses devront comprendre le mécanisme de transmission du VIH et les moyens de prévention ; les groupes à haut risque devront avoir accès à des mesures visant à réduire les risques, par exemple aux injections sûres et au préservatif ; 90 % des adultes infectés, 100 % des femmes enceintes infectées et 100 % des enfants infectés ou affectés par le VIH devront bénéficier d'un traitement, de soins et de conseils appropriés, et 70 % des malades du SIDA devront être traités au moyen de médicaments spécifiques. La stratégie nationale comprend la réduction des effets néfastes, les soins et le soutien, la surveillance, le suivi et l'évaluation. Faute de financement suffisant, des goulets d'étranglement se créent et le Viet Nam souhaiterait bénéficier d'un soutien pour mettre en oeuvre sa stratégie nationale qui s'inscrit dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Des recommandations pratiques supplémentaires sont nécessaires dans tous ces domaines.

Le coût toujours élevé des antirétroviraux pose un autre problème. Mme Le Thi Thu Ha demande des précisions sur l'extension envisagée du projet de présélection de l'OMS et sur les autres mesures visant à promouvoir la prévention compte tenu des progrès accomplis dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

La coordination et l'harmonisation de différentes initiatives dans les pays sont cruciales pour élargir les services concernant le VIH. L'OMS a aidé les pays à élaborer des lignes directrices et des protocoles nationaux techniquement solides. Pour les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse toutefois, Mme Le Thi Thu Ha demande si d'autres recommandations pratiques seront formulées. Elle souscrit au projet de résolution.

Le Dr MUSTAFA (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) dit que le Soudan est le pays le plus touché de la Région de la Méditerranée orientale et que la lutte contre le VIH/SIDA doit être accrue. Si les attitudes face aux interventions concernant le VIH/SIDA deviennent plus ouvertes, la riposte n'est pas encore à la hauteur du défi. L'objectif de l'accès universel suppose que l'ensemble du système de santé soit renforcé, de la fourniture interrompue d'antirétroviraux jusqu'à la formation du personnel et à la création de systèmes de surveillance et d'évaluation. Le Soudan peut atteindre l'objectif actuel qui consiste à fournir des antirétroviraux à 4000 patients. Jusqu'ici, 400 personnes bénéficient d'un traitement et des médicaments sont disponibles pour 1500 autres. Le nombre de centres de traitement est passé de 3 à 14 entre 2004 et 2005.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), s'exprimant au nom des Etats Membres de l'Union européenne, des pays en voie d'adhésion – Bulgarie et Roumanie –, des candidats à l'adhésion – Croatie, Ex-République yougoslave de Macédoine et Turquie –, des pays du processus de stabilisation et d'association et candidats potentiels à l'entrée dans l'Europe – Albanie, Bosnie-Herzégovine et Serbie-et-Monténégro –, dit que la lutte contre le VIH/SIDA est l'un des défis les plus importants pour la santé mondiale. En 2005, le groupe de pays s'est engagé à mettre au point et à appliquer un ensemble de mesures pour la prévention, le traitement et les soins concernant le VIH/SIDA afin d'arriver à un accès quasi universel en 2010. En 12 mois à peine, dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », le nombre de personnes sous traitement en Afrique a triplé. Toutefois, il n'a pas été possible d'atteindre la cible fixée. Les récents chiffres de l'ONUSIDA montrent que le nombre de cas d'infection et de décès continue d'augmenter ; l'objectif du Millénaire pour le développement d'interrompre l'épidémie et d'inverser la tendance d'ici 2015 est donc encore très éloigné.

En Europe, les taux élevés d'infection par le VIH dans certains groupes vulnérables font subsister la menace de la propagation dans la population générale et d'une reprise de l'épidémie au sein de ces groupes. En décembre 2005, la Commission européenne a adopté une nouvelle communication sur la lutte contre le VIH/SIDA au sein de l'Union européenne et dans les pays voisins

pour la période 2006-2009. L'Union européenne souscrit avec force au travail du Comité d'orientation mondial sur le renforcement de l'action en vue de l'accès universel, une initiative qui doit être dirigée par les pays et couvrir tout l'éventail des activités nécessaires, de la prévention au traitement et aux soins. Elle met aussi particulièrement l'accent sur la pertinence du rapport final de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA et sur le fait que l'OMS est chargée de la mise en oeuvre des recommandations du rapport. Les pays établissant une seule équipe des Nations Unies se sont vu accorder la priorité. Si les organismes du système des Nations Unies, y compris l'OMS, mettent l'accent sur leur mandat fondamental et passent d'une situation de concurrence à une situation où ils privilégient la coordination et la collaboration, la communauté mondiale sera mieux servie. La Réunion plénière de haut niveau des Nations Unies (New York, septembre 2005) a salué les recommandations contenues dans le rapport de la cellule mondiale, et plusieurs organismes coparrainants de l'ONUSIDA ont déjà souscrit à ses recommandations, de même que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les recommandations témoignent d'un engagement en faveur d'un changement opérationnel. L'OMS doit aussi accorder davantage de responsabilités à ses bureaux régionaux et ses bureaux de pays. L'Union européenne encourage le Conseil à faire siennes les recommandations. Il invite les autres Etats Membres de l'Union européenne à se porter coauteurs du projet de résolution.

Au cours de la troisième réunion sur la reconstitution des ressources du Fonds mondial (Londres, 5-6 septembre 2005), l'Union a souligné son engagement en faveur du rôle du Fonds comme mécanisme important d'investissement pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Plusieurs Etats Membres de l'Union européenne, ainsi que la Commission européenne, ont annoncé des contributions importantes au Fonds mondial pour l'exercice 2006-2007.

L'Union européenne a noté les récents progrès accomplis concernant le VIH/SIDA pour ce qui touche à la nutrition et aux orphelins et souligné l'importance de ces activités qui sont essentielles pour permettre d'atteindre aussi bien les cibles sanitaires de l'OMS que les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans les régions les plus touchées. Pour la Journée mondiale du SIDA 2005, l'Union européenne a adopté une déclaration sur la présentation du VIH reconnaissant la nécessité d'accroître massivement les activités dans ce domaine et insistant sur l'accès universel à l'information sur la santé sexuelle et génésique et les produits permettant de réduire les risques ; la fourniture de services accessibles et intégrés de promotion de la santé et de réduction des risques pour les utilisateurs de drogues ; l'accès fiable à des services de santé sexuelle et génésique ; l'accès universel à l'éducation, le développement de compétences essentielles et la mise en place de cours d'éducation sexuelle ; l'intégration de mesures de prévention, notamment le dépistage et le conseil volontaires, dans le cadre des autres services de santé ; l'action contre la violence à l'égard des femmes et la fourniture d'une protection et d'un appui aux victimes de la violence ; l'appui à l'investissement en faveur de l'élaboration de nouvelles technologies de prévention biomédicale, y compris des microbicides et des vaccins ; et la promotion et l'adoption de bonnes pratiques sur le lieu de travail.

L'Union européenne a reconnu le rôle clé que joue l'OMS dans la lutte contre le VIH/SIDA. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA qui aura lieu en septembre 2006 fera le point de la mise en oeuvre de sa déclaration d'engagement sur la lutte contre le VIH/SIDA.

S'exprimant en sa qualité de membre désigné par le Portugal, l'orateur précise que son pays, dans lequel l'incidence de l'infection à VIH reste à un niveau inacceptable, accorde un degré de priorité élevé au VIH/SIDA et a mis au point un plan national. La politique nationale met l'accent sur le dépistage comme première mesure essentielle de la prévention, du traitement et des soins. Les données font toutefois apparaître une prévalence toujours faible chez la femme enceinte ; il apparaît aussi que la transmission périnatale est pratiquement maîtrisée. Les cas d'infection chez les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ont diminué, mais la transmission hétérosexuelle a augmenté. La prise en charge du VIH/SIDA s'inscrit dans le cadre d'une lutte plus large contre les maladies sexuellement transmissibles, l'hépatite C et la tuberculose. Une nouvelle approche politique intégrée pourrait assurer l'accès aux soins nécessaires.

Le Portugal s'est engagé à promouvoir la recherche et l'action concernant le VIH/SIDA et la nutrition, en particulier par l'intermédiaire d'un réseau de nutritionnistes qualifiés aussi bien dans le cadre des services hospitaliers que des consultations externes. La nutrition étant considérée comme indispensable dans l'éducation sur le traitement du VIH/SIDA, un manuel sur le respect des prescriptions en matière d'antirétroviraux pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA est en train d'être établi en collaboration avec plusieurs organisations non gouvernementales.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que la Thaïlande souhaite être ajoutée à la liste des auteurs du projet de résolution.

L'augmentation actuelle de l'incidence du VIH et l'insuffisance des services de prévention face aux besoins représentent une menace majeure pour l'action mondiale contre le SIDA. L'accès universel au traitement et aux soins ne doit pas se faire au détriment des efforts de prévention. D'après les données de l'ONUSIDA, moins d'une personne sur cinq exposées au risque d'infection par le VIH a accès à des services de prévention de base ; une personne sur dix seulement présumées vivre avec le VIH a été soumise à un test de dépistage. En Asie du Sud-Est, 0,1 % seulement des personnes âgées de 15 à 49 ans ont été conseillées ou ont fait l'objet d'un test de dépistage. En Afrique subsaharienne, 5 % seulement des femmes enceintes vivant avec le VIH ont accès à des services permettant d'éviter la transmission mère-enfant. Il faut se préoccuper des obstacles opérationnels à une gestion et une exécution efficaces des programmes de prévention. Il serait utile d'intégrer la prévention, les soins et le traitement. Une utilisation plus large du test de dépistage pourrait réduire le problème de l'exclusion et du déni. Une prévention intensifiée s'impose pour rendre le traitement abordable et durable. Le coût des médicaments de première intention reste élevé dans les pays pauvres et les antiviraux de deuxième intention sont hors de prix, même dans les pays à revenu intermédiaire. Le problème des coûts constitue un problème majeur pour les années à venir.

Mme TOR DE TARLÉ (suppléant du Professeur Houssin, France) rappelle qu'en ce qui concerne l'accès universel, plusieurs membres du Conseil ont déjà souligné les problèmes découlant du financement et du prix élevé des médicaments. Le Président français s'est engagé à respecter le principe selon lequel chaque personne qui en a besoin doit avoir accès à un traitement antirétroviral et il faut donc se féliciter des déclarations émanant du Sommet du Groupe des pays du G8 (Gleneagles, Ecosse, 6-8 juillet 2005) et de la Réunion plénière de haut niveau des Nations Unies (New York, septembre 2005), qui toutes deux ont souligné l'objectif de l'accès universel au traitement à l'horizon 2010. Mme Tor de Tarlé attire l'attention des membres du Conseil sur le lien entre prévention et soins et sur l'importance que revêt la mobilisation de la société civile et l'intégration d'actions nouvelles dans les programmes existants de soins primaires et de santé génésique. Six millions de personnes vivant avec le VIH dans les pays en développement ont un urgent besoin de traitements antirétroviraux, mais les niveaux actuels de production et les forces du marché font qu'il est impossible de satisfaire la demande.

Pour lutter contre le SIDA, il est impératif d'assurer la sécurité pharmaceutique. La France estime que l'aide publique au développement traditionnelle ne suffira pas à elle seule pour lever les ressources suffisantes et durables dont les pays en développement ont besoin. Elle propose donc de mettre sur pied un fonds de solidarité international financé par une taxe sur les billets d'avion. Une proportion des recettes servirait à acheter des médicaments afin d'encourager la production accrue d'antiviraux et d'antipaludéens. La France propose aussi la création d'une facilité internationale d'achat de médicaments qui mobiliserait des fonds à moyen et plus long termes pour permettre l'achat de médicaments et d'autres produits médicaux, comme les kits diagnostiques nécessaires pour le traitement du SIDA, de la tuberculose et du paludisme. Ce dispositif s'attacherait à promouvoir une restructuration du marché des médicaments, et notamment des antirétroviraux, en permettant de réduire les coûts par une concurrence mieux organisée et un engagement mutuel à relativement long terme entre les fabricants et les acheteurs. La qualité serait assurée grâce à la présélection par l'OMS et des organismes agréés. L'accent serait mis sur l'utilisation des mécanismes existants plutôt que sur la création de nouveaux systèmes internationaux.

M. SHUGART (Canada) dit que son pays est profondément préoccupé par la ténacité du fléau du VIH/SIDA, l'augmentation du nombre des nouvelles infections, le potentiel déstabilisateur de la maladie et les souffrances humaines qu'elle provoque. Il souscrit entièrement à l'approche de l'OMS, en particulier au principe de l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. Comme l'ONUSIDA, le Canada soutient la nécessité d'une approche fondée sur les droits de l'homme, que l'OMS devrait également faire sienne. L'extension de l'accès devra être évalué dans le contexte du renforcement des systèmes de santé en général, notamment en ce qui concerne les ressources humaines, et les interventions devront être étroitement liées aux soins de santé primaires et aux services de santé génésique.

M. Shugart propose de renforcer le libellé du paragraphe 1 du dispositif du projet de résolution présenté par la France en ajoutant les mots « et appuie d'autre part toutes les décisions connexes du Conseil de Coordination du Programme ». Au paragraphe 2.3), il conviendrait d'ajouter après le terme « convenue » les mots « entre les organismes coparrainants de l'ONUSIDA ».

Le Dr SHINOZAKI (Japon) félicite le Directeur général de son rôle de chef de file dans le lancement de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ». Il est important de définir les obstacles qui ont entravé l'extension des services de traitement. Le Dr Shinozaki salue l'approche de l'accès universel présentée dans le rapport et indique que le plan d'exécution sera le bienvenu. La surveillance et l'évaluation joueront un rôle crucial.

Le Dr GASHUT (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, propose d'ajouter à la fin du paragraphe 1.3)a) du projet de résolution contenu dans le document EB117/7 les mots « ainsi que le cadre du système des Nations Unies pour une action prioritaire concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson », pour garantir une approche cohérente de l'élaboration des politiques dans ce domaine, compte tenu de la référence au cadre contenue dans la résolution WHA57.14.

Le Dr ANDRADE GAIBOR (Equateur) estime qu'on s'est déjà assez étendu sur la prévention : l'accent doit maintenant être mis sur la recherche et le suivi des sujets infectés. La maladie ne touche pas seulement les pauvres ou ceux qui vivent dans la promiscuité sexuelle, mais tous les secteurs sociaux : en Equateur, par exemple, la dialyse rénale est à l'origine de la transmission massive du virus à des personnes qui n'avaient aucun autre comportement à risque. L'accent doit être mis sur l'éducation du public, des malades et de la communauté. Les services de laboratoire, les antirétroviraux et les soins hospitaliers doivent être accessibles à tous ; pour bien des gens, ils sont encore trop coûteux. Le Dr Andrade Gaïbor souscrit au projet de résolution contenu dans le document EB117/7.

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) dit que le VIH/SIDA est l'une des principales causes de décès en Afrique, surtout en Afrique subsaharienne. L'accès universel au traitement est vital et l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a largement contribué à l'accélération de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. L'harmonisation et la coordination des interventions permettraient une utilisation plus efficace des ressources.

Le Dr Rahantanirina soutient elle aussi le projet de résolution présenté par la France et souscrit au projet de résolution contenu dans le document EB117/7 tel qu'il a été amendé.

Le Dr BUSS (Brésil) déplore qu'il n'ait pas été possible d'atteindre les cibles de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et souhaite qu'une enquête soit effectuée afin de déterminer si ce sont le manque de médicaments, des problèmes de gestion du Secrétariat ou des problèmes liés aux ressources humaines dans les pays qui ont été à l'origine de l'échec. Il faut pouvoir tirer des enseignements de cette expérience, faute de quoi les efforts ultérieurs seront eux aussi voués à l'échec.

Le Brésil a consacré US \$400 millions aux antirétroviraux lors de l'année écoulée, dont 67 % à l'achat de trois médicaments, mais il s'est heurté à d'énormes difficultés pour négocier les prix avec



les grandes sociétés pharmaceutiques. Le problème du SIDA ne pourra pas être réglé tant que celui des droits de propriété intellectuelle n'aura pas été résolu, que les gouvernements ne pourront pas intervenir pour défendre la santé publique et qu'une approche intégrée ne sera pas adoptée pour promouvoir la solidarité entre les pays. Le Dr Buss demande instamment au Conseil de prendre une position éthique ferme concernant la disponibilité des médicaments. Le Brésil s'est vu contraint de prélever des fonds sur d'autres programmes pour financer son programme de lutte contre le SIDA.

Le Brésil souscrit au fonds de solidarité international proposé par la France.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que l'épidémie de VIH/SIDA au Népal s'est limitée à certains groupes à haut risque : 50 % des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse sont infectés, de même que 17 % des prostituées. En tout, on estime à 62 000 le nombre des personnes infectées, dont jusqu'à 9000 auraient besoin d'un traitement antirétroviral, alors que 450 seulement en sont bénéficiaires. Les phénomènes migratoires dus aux troubles civils aggravent le risque d'infection ; dans ce genre de situation, la solidarité entre les pays évoquée par l'orateur précédent serait particulièrement précieuse pour lutter contre la propagation de la maladie. Le taux d'infection par le VIH augmente rapidement, bien qu'il soit difficile d'obtenir des données fiables, en partie à cause de la stigmatisation sociale. La quantité d'antirétroviraux fournis et les soins communautaires sont insuffisants et une aide financière et technique d'urgence reste nécessaire.

Le Dr TANGI (Tonga) remercie les gouvernements qui ont fourni une aide pour lutter contre le SIDA dans la région du Pacifique. La cellule mondiale de réflexion a amélioré la coordination entre les institutions et organismes donateurs.

Le Dr RUÍZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) dit que son pays souscrit à l'engagement de lutter contre l'épidémie en mettant l'accent sur la prévention aussi bien que le traitement. En 2004, le Mexique a atteint la cible, initialement fixée pour 2006, de la fourniture d'antirétroviraux aux personnes qui en avaient besoin et qui n'étaient pas couvertes par la sécurité sociale. Des progrès ont également été accomplis dans la création de nouveaux modèles pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA : à partir de 2004, des centres de jour pour la prévention et le traitement du SIDA et des autres infections sexuellement transmissibles ont été mis sur pied dans différentes parties du pays. Avec des organismes de la société civile, le Mexique s'efforce également de lutter contre la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes du SIDA, et il est devenu le représentant de l'Amérique latine au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Le projet de résolution proposé par la France et d'autres pays contribuera à éviter une utilisation inadéquate des ressources. La coordination est indispensable.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) soutient lui aussi au projet de résolution et se félicite des progrès accomplis en vue de l'accès universel d'ici 2010, ce qui aidera les Etats Membres à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en 2015. L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a permis au Bhoutan, confronté aux premières phases d'une épidémie de VIH/SIDA, de rendre universel l'accès aux antirétroviraux. La couverture a augmenté et de ce fait les gens vivent plus longtemps : c'est là un important résultat de l'initiative qu'il convient de souligner.

Pour réaliser l'accès universel, les systèmes de santé, en particulier de soins de santé primaires, doivent être renforcés et les personnes vivant avec le VIH/SIDA être représentées dans les programmes de lutte. En raison du prix élevé des médicaments de première et de deuxième intention, il faut donner la priorité à la prévention. Pour le Bhoutan, la lutte contre le VIH/SIDA va devenir un défi majeur.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), se référant aux incidences administratives et financières du projet de résolution contenu dans le rapport,<sup>1</sup> dit qu'il souhaiterait avoir des estimations

---

<sup>1</sup> Document EB117/7 Add.1.

analogues en ce qui concerne l'exécution des programmes VIH/SIDA dans les pays. Il partage les préoccupations exprimées par les membres désignés par le Brésil et le Canada.

Le PRESIDENT, s'exprimant en tant que membre désigné par le Pakistan, dit que le Gouvernement de son pays s'est totalement engagé en faveur du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA. Malgré la prévalence apparemment faible du VIH au Pakistan, une action coordonnée s'impose pour éviter une épidémie. Onze antirétroviraux ont récemment été ajoutés à la liste pakistanaise des médicaments essentiels et l'accès gratuit à ces médicaments a été rendu possible grâce à l'aide du Fonds mondial.

Il convient d'éduquer les jeunes afin qu'ils comprennent que les antirétroviraux ne constituent pas une solution au problème du VIH/SIDA et que la promiscuité sexuelle est à éviter. Le Pakistan souscrit pleinement à la procédure proposée par l'OMS et l'ONUSIDA pour assurer l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement d'ici 2010. En ce qui concerne la question des antirétroviraux, l'engagement des dirigeants mondiaux, de l'industrie pharmaceutique et de la population en général est essentiel. D'autres études sont nécessaires sur les liens entre le VIH/SIDA et d'autres maladies. De nombreux pays ont les moyens de produire des antirétroviraux et une décision morale s'impose sur la question des droits de propriété intellectuelle pour leur permettre de le faire.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> souscrit aux observations de l'orateur précédent sur la prévention. En ce qui concerne la question du traitement et de l'accès universel, les Etats-Unis d'Amérique, en tant que membre du G8 et au titre du plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le SIDA, se sont engagés à se rapprocher de l'accès universel aux antirétroviraux d'ici 2010. Au cours des deux dernières années, son pays a contribué à fournir un tel traitement à plus de 400 000 personnes. Certains problèmes subsistent, par exemple le prix des médicaments, et les Etats-Unis collaborent étroitement sur cette question avec les fabricants de produits génériques de nombreux pays. Les Etats-Unis appliquent une procédure d'approbation pour vérifier que les produits fabriqués dans les pays en développement sont sûrs et efficaces et peuvent donc être achetés dans le cadre de leur programme. Avant d'utiliser leurs ressources pour créer des sociétés nationales, les gouvernements doivent s'adresser à des fabricants qui ont déjà été approuvés ; de nombreux produits sûrs et efficaces sont déjà disponibles. Les pays doivent aussi contribuer à améliorer la situation en réduisant les tarifs douaniers applicables aux médicaments importés et il demande instamment à l'OMS et aux gouvernements d'aider à réduire les obstacles réglementaires.

Les trois médicaments mentionnés par le membre désigné par le Brésil sont en fait des traitements de deuxième intention. Le traitement échoue dans de nombreux pays et la résistance aux médicaments actuels s'aggrave. Il faut garder à l'esprit la question de savoir qui sera prêt à fabriquer les médicaments de troisième intention si les incitations dont bénéficie le secteur privé pour continuer à investir dans les traitements anti-VIH sont supprimées.

Le Dr Steiger soutient le projet de résolution présenté par la France, mais fait observer que les Etats-Unis ne souscrivent pas à un plan d'action mondial mais à la notion adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, à savoir des recommandations pour une action concertée, compatible avec un processus dirigé par les pays. Pour les Etats-Unis, « dirigé par le pays » ne veut pas dire « dominé par l'Etat » ; ils s'attendent à ce que chacun collabore avec le secteur privé, les organisations non gouvernementales et la société civile, et en particulier avec les organisations confessionnelles et communautaires, en tant que partenaires du processus. Les Etats-Unis appuient et encouragent l'action de l'OMS à cet égard.

Mme FURMAN (Israël)<sup>1</sup> demande qu'Israël soit ajouté à la liste des auteurs du projet de résolution.

---

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

Mme MANE (ONUSIDA) assure le Conseil que le processus devant aboutir à l'accès universel est dirigé par les pays avec la participation de multiples partenaires et qu'il vise essentiellement à répertorier les principaux obstacles à l'accès et des solutions pratiques pour les surmonter. La prévention, le traitement, les soins et le soutien sont tout aussi importants, mais elle se félicite tout particulièrement de l'attention portée par l'OMS à la prévention. L'ONUSIDA est en train d'élaborer un plan d'action pour soutenir la prévention accélérée.

Les autorités nationales tiennent des consultations avec les parties prenantes sur les moyens de parvenir à l'accès universel afin de formuler des stratégies régionales. Le Comité d'orientation mondial s'est réuni pour la première fois en janvier 2006. Il devrait recommander que les pays fixent leurs propres cibles pour 2010 et que l'ONUSIDA leur fournisse les indicateurs existants pour qu'ils puissent fixer les cibles nationales et établir leurs rapports. Les cibles qui seront mises au point de manière définitive en 2006 comprendront des cibles intermédiaires pour 2008.

Mme KEITH (The Save the Children Fund), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, pense elle aussi qu'il faut insister sur l'accès universel et la nécessité de surmonter les obstacles tels que la faiblesse des systèmes de santé, le manque de ressources humaines pour la santé et le paiement des services de santé au point d'accès. La question est liée à d'autres points inscrits à l'ordre du jour, et en ce qui concerne le point 4.12, Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé, le Secrétariat devrait, avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires intéressés, faire effectuer des recherches sur le coût de la fourniture d'un module de soins essentiels, comprenant les soins et le traitement pour le VIH, qui seraient gratuits au point d'accès. Ces recherches mettraient à jour les chiffres de 2001, car il faudrait tenir compte des nouveaux traitements. Il convient de mentionner la résolution WHA58.31 qui traite de ces questions.

Pendant cinq ans, l'organisation qu'elle représente a procédé à des recherches sur la situation dans sept pays d'Afrique orientale et centrale, et plus particulièrement sur les répercussions négatives des maladies chroniques sur les dépenses des ménages et l'accès des familles pauvres aux soins de santé. Des ressources techniques et financières devraient être allouées, au niveau tant national qu'international, pour déterminer les mécanismes qui permettraient d'assurer à tous au point d'accès la gratuité des services de santé et des services de lutte contre le VIH.

Mme Keith se félicite de la création de la cellule mondiale de réflexion.

Concernant les effets du VIH sur l'enfant, l'intervenante demande instamment à l'OMS et aux donateurs de soutenir les travaux de recherche concernant les formulations pédiatriques des antirétroviraux. Des programmes sur les déterminants sociaux de la santé et du VIH, tels que les relations entre les sexes, les rapports de force, l'éducation et la pauvreté doivent également être encouragés. D'autres travaux devraient être entrepris sur la promotion de la santé, plus particulièrement sur la stigmatisation et la discrimination. Mme Keith appuie la déclaration de l'Union européenne et le projet de résolution présenté par la France.

Le Dr GHEBREHIWET (Conseil international des Infirmières), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, se félicite de l'ambitieuse initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS, qui a joué un rôle de catalyseur pour améliorer l'accès à la prévention, au traitement et aux soins. Les millions d'infirmières qu'il représente continueront de collaborer avec l'OMS pour combattre le VIH/SIDA, en s'efforçant d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et de soutenir les programmes prioritaires de l'OMS.

Le Conseil international des Infirmières a entrepris un travail important sur les ressources humaines en soins infirmiers et, ces deux dernières années, a partagé l'ensemble de ces informations avec l'OMS pour qu'elles soient utilisées dans le rapport de situation sur les soins infirmiers et obstétricaux qui devrait être soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il est regrettable de constater que la question n'a pas été inscrite à l'ordre du jour de cette Assemblée. Au cours du débat sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux à la Cinquante-Sixième

Assemblée mondiale de la Santé, une quarantaine de Membres ont pris la parole et un rapport de situation a été demandé pour 2006.<sup>1</sup> Le rapport a été promis par le Directeur exécutif de l'époque chargé des Bases factuelles et de l'information à l'appui des politiques, et le Dr Ghebrehiwet espère que cet engagement sera tenu.

Le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général), se félicitant des propos élogieux à l'égard de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », dit qu'en quelques années, on est passé du désespoir à l'espoir en ce qui concerne le traitement du SIDA, en grande partie grâce à l'appui technique et financier des bailleurs de fonds internationaux, en particulier le Canada. Comme plusieurs orateurs l'ont toutefois fait observer, le traitement reste coûteux et difficile à obtenir pour beaucoup, et la situation du VIH/SIDA dans le monde se dégrade malgré une sensibilisation accrue au problème. Le Dr Asamoah-Baah a pris note des préoccupations soulevées, par exemple le fait que l'OMS doive porter une attention plus grande au traitement et à la prévention et que des lignes directrices pratiques sur la réduction des risques soient élaborées à l'intention des utilisateurs de drogues par voie intraveineuse. L'OMS est en train d'évaluer l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », et le rapport final d'une équipe indépendante, qui paraîtra en mars 2006, pourrait permettre de tirer des enseignements précieux pour l'avenir. Le Dr Asamoah-Baah salue le travail de la cellule mondiale de réflexion à laquelle l'OMS a participé.

M. SHUGART (Canada) propose la suppression du dernier membre de phrase du paragraphe 2.8) du projet de résolution contenu dans le document EB117/7, qui se lit : « soumises au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ».

Le Dr SHANGULA (Namibie), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit qu'une bonne alimentation est essentielle pour les personnes infectées par le VIH ; une mauvaise nutrition affaiblit le système immunitaire et accroît la sensibilité aux autres infections. En Afrique subsaharienne, les taux d'infection par le VIH et de malnutrition ont atteint des niveaux inquiétants. A la suite de la réunion consultative sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique qui a eu lieu en avril 2005, un cours de formation régional en soins et soutien nutritionnels pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA a été organisé pour 11 pays. Des plans ont été mis sur pied par 20 pays de la Région africaine pour appliquer le cadre pour une action prioritaire concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson.<sup>2</sup> Le Dr Shangula se félicite de la réunion prévue concernant l'intégration de la nutrition dans les composantes pouvant bénéficier d'un financement du Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, la Région africaine doit inverser la tendance actuelle à avoir des taux inacceptables de malnutrition, d'infection à VIH et d'insécurité alimentaire. Elle doit aussi veiller à garantir une alimentation adéquate pour optimiser les effets des antirétroviraux en même temps qu'elle s'occupe de la question de la multiplication des régimes non éprouvés que cherchent à promouvoir ceux qui veulent tirer profit des personnes infectées par le VIH. La santé et le bien-être des enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA, surtout les jeunes filles, doivent être protégés.

Une bonne nutrition ne permet pas d'éviter la transmission du VIH : ce n'est pas un antiviral ; elle ne fait qu'accroître la capacité de l'organisme à faire face aux infections. Le Dr Shangula propose donc, au paragraphe 1.1) c) du projet de résolution contenu dans le document EB117/7, de supprimer les mots « de prévention ». Il conviendrait d'ajouter un nouvel alinéa e) au paragraphe 1.3) libellé comme suit : « en veillant à ce que les établissements qui forment des agents de santé réexaminent leurs programmes d'études et les mettent en conformité avec les recommandations actuelles ».

---

<sup>1</sup> Document WHA56/2003/REC/3, procès-verbal de la septième séance, Commission A, section 3.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé. *VIH et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires*. Genève, 2004.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), appuyé par M. GUNNARSSON (Islande), souscrit au projet de résolution tel qu'il a été modifié par le membre désigné par la Jamahiriya arabe libyenne.

Le Dr OROOJ (suppléant de M. M. N. Khan, Pakistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, demande instamment au Conseil de tenir compte de la diversité des pays de la Région en matière de revenu, de niveau de développement, de la taille de la population, de développement des systèmes de santé et de normes d'éducation. Ils ont en commun un accès relativement faible aux systèmes de santé, même lorsque les épidémies sont étendues. Malgré un appui louable de l'OMS, la Région ne dispose pas de modèles ni d'outils tenant compte de l'expérience de ces pays qu'il convient donc d'associer aux consultations techniques mondiales pour que des lignes directrices et des outils appropriés soient mis au point à leur intention. L'OMS doit collaborer avec les gouvernements pour concevoir des mécanismes propres à faciliter les stratégies de mise en oeuvre et d'encadrement.

M. ABDULLA (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) souscrit à cette proposition.

Mme TOR DE TARLÉ (France), soulignant l'importance d'une approche intégrée, propose d'ajouter l'alinéa ci-après au préambule du projet de résolution figurant dans le document EB117/7 : « Soulignant qu'il est important de collaborer dans ce domaine avec d'autres organismes du système des Nations Unies, en particulier la FAO, l'UNICEF et le PAM ; ».

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) fait observer que l'OMS a toujours souligné l'importance d'une coopération bien structurée avec la FAO, l'UNICEF et le PAM. Cette coopération devait être poursuivie dans l'intérêt des pays qui ne disposent pas de ressources suffisantes.

M. AITKEN (Directeur, Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés au projet de résolution contenu dans le document EB117/7. Un nouvel alinéa final est ajouté au préambule, libellé comme suit : « Soulignant qu'il est important de collaborer dans ce domaine avec d'autres organismes du système des Nations Unies, en particulier la FAO, l'UNICEF et le PAM ; ». Au paragraphe 1.1) c), les mots « de prévention » doivent être supprimés. A la fin de l'alinéa a) du paragraphe 1.3), il convient d'ajouter le membre de phrase « ainsi que le cadre du système des Nations Unies pour une action prioritaire concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson ; ». Un nouvel alinéa e) doit être ajouté au paragraphe 1.3), libellé comme suit : « en veillant à ce que les établissements qui forment des agents de santé réexaminent leurs programmes d'études et les mettent en conformité avec les recommandations actuelles ; ». Enfin, le paragraphe 2.8) doit se terminer avec les mots « propositions de financement », le membre de phrase « soumises au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme » étant supprimé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

(Voir l'adoption de la résolution sur la mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion dans le procès-verbal de la huitième séance, section 3, p. 140.)

**La séance est levée à 18 h 15**

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R2.

## **CINQUIEME SEANCE**

**Mercredi 25 janvier 2006, 9 h 15**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

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

#### **Projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : Point 4.6 de l'ordre du jour (document EB117/8 Rev.1)**

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) rappelle que, comme il a été expliqué à la première séance, l'élaboration du projet de stratégie a été retardée pour des raisons d'ordre logistique. Toutefois, il a semble-t-il été entendu que ce projet serait diffusé sur support électronique aux alentours de la mi-février et, après une dernière série de consultations entre les Etats Membres par voie électronique, établi sous sa forme définitive à temps pour la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

En réponse aux questions posées par le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande), il explique que ce retard vient de ce que deux réunions majeures, soit la présente session du Conseil et la Conférence des Parties à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, ont dû être organisées à la suite l'une de l'autre, ce qui n'était pas prévu. Tout sera mis en oeuvre pour éviter à l'avenir un tel concours de circonstances.

M. MAHMOOD (suppléant du Dr Ali Mohammed Salih, Iraq), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, déclare que toute intervention visant à prévenir et combattre les maladies sexuellement transmissibles doit tenir compte des spécificités culturelles, et il demande instamment que les Etats Membres de la Région soient représentés à toutes les consultations techniques sur cette question. Il faudrait également que les instruments mis au point par l'OMS soient applicables et adaptables au contexte culturel particulier de chaque pays. Le soutien de l'OMS sera crucial à tous les stades de l'adoption de la stratégie, notamment pour la sensibilisation, l'adaptation, la planification, le renforcement des capacités, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation, car les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, en particulier dans le secteur public, sont insuffisants dans de nombreux pays. Les pays auront également besoin d'une aide sous la forme d'outils leur permettant de créer et de promouvoir des partenariats dans le domaine entre les secteurs public et privé.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) regrette que le projet de stratégie mondiale ne puisse être examiné à la présente session parce qu'il aurait certainement apporté une contribution utile à la discussion sur le VIH/SIDA et les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Selon la procédure qui a été proposée, ce projet de stratégie devrait pouvoir être examiné à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé.

Par ailleurs, il est regrettable qu'ait été supprimé de l'ordre du jour un point sur la santé des femmes et les questions de sexesécificité, au sujet duquel un projet de stratégie devrait aussi être élaboré et soumis au Conseil. Les femmes, qui représentent la moitié de la population mondiale et la part la plus vulnérable, ne devraient pas être oubliées par l'OMS.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France), souscrivant aux observations du précédent intervenant, affirme que les questions qui concernent les infections sexuellement transmissibles et la santé des femmes sont trop étroitement reliées aux objectifs du Millénaire pour le développement et au rôle dévolu à l'OMS dans ce domaine pour être mises en veilleuse pour des raisons logistiques. La priorité devrait être donnée à un examen approprié de ces questions.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général), notant l'émoi suscité par le retard apporté à la présentation des projets de stratégies sur les infections sexuellement transmissibles et les questions de sexospécificité, convient que les deux stratégies renforceront incontestablement les activités de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Elle remercie les Etats Membres d'avoir apporté leur aide et fourni les services d'experts pour l'élaboration du projet de stratégie sur les infections sexuellement transmissibles. Tout au long du processus de consultations, on a veillé à ce que l'approche retenue tienne compte des spécificités culturelles et puisse donc être adaptée et utilisée par tous les pays. Le projet de stratégie sera bientôt disponible sur support électronique pour une dernière série de consultations et de révisions et pourra être soumis à la prochaine Assemblée de la Santé.

Elle tient à assurer aux membres désignés par la France et le Luxembourg que la santé des femmes est prise très au sérieux. Une stratégie à ce sujet est en cours d'élaboration ; si les consultations se prolongent, c'est parce qu'il faut veiller à ce que toutes les situations et sensibilités culturelles soient dûment prises en compte.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) accepte ces explications, faisant observer que l'important est que le projet de stratégie qui sera soumis à l'Assemblée de la Santé reflète les résolutions adoptées à ce sujet ainsi que les préoccupations des Etats Membres, dont celles dont viennent de se faire l'écho les membres désignés par la France et le Luxembourg.

Le PRESIDENT dit qu'il suppose que le Conseil souhaite prendre note du rapport et accepte que ce point soit inscrit à l'ordre du jour de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le Secrétariat organisera une consultation électronique avec les Etats Membres sur le projet de stratégie qui sera bientôt disponible sur support électronique et, à la lumière des observations reçues et des remarques formulées à la présente session, il présentera un projet révisé à la prochaine Assemblée de la Santé.

**Il en est ainsi convenu.**

**Eradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique : Point 4.7 de l'ordre du jour (document EB117/33)**

Le Dr SHINOZAKI (Japon) dit que, bien que le bioterrorisme représente toujours une sérieuse menace, l'objectif ultime est l'éradication totale du virus de la variole partout dans le monde par la destruction des stocks détenus dans les laboratoires. Il semble que le Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique et le Secrétariat supervisent comme il convient les progrès des travaux de recherche. Il faudrait que les rapports soient actualisés à intervalles réguliers et que l'on veuille à en garantir l'impartialité.

Le Dr OROOJ (suppléant de M. M. N. Khan, Pakistan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, fait observer que les résultats impressionnants des recherches entreprises font bien avancer la compréhension du virus de la variole. Le vaste programme de recherche dans ce domaine couvre des questions scientifiques de plus en plus complexes. Ces recherches ne sont pas limitées dans le temps et beaucoup ne présentent qu'un intérêt limité pour la santé publique. La poursuite de ces travaux retarde manifestement la destruction des stocks restants de virus variolique. Il faudrait donc que le programme de recherche soit confiné à des questions

essentielles et que le Conseil fixe un délai de façon que les stocks restants de virus variolique puissent être détruits.

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, prend acte des travaux du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique et d'autres activités fructueuses dont il a été fait état. Rappelant les préoccupations exprimées lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé sur le projet d'expression de gènes du virus variolique dans d'autres orthopoxvirus,<sup>1</sup> il appelle l'attention sur la décision prise et les inquiétudes exprimées par les ministres de la santé réunis à la cinquante-cinquième session du Comité régional OMS de l'Afrique, lesquels ont notamment demandé que la question soit inscrite à l'ordre du jour comme une question de fond et ne soit pas simplement soumise pour information à la présente session du Conseil. Le Comité régional, notant le maintien temporaire, dans la Fédération de Russie et aux Etats-Unis d'Amérique, des stocks existants de virus variolique aux fins de la poursuite de travaux de recherche, a déclaré craindre pour la sécurité et a proposé que les stocks de virus variolique soient conservés dans un lieu sûr à l'OMS et placés sous la responsabilité des Etats Membres. Les ministres sont restés opposés à l'expression de gènes du virus variolique dans d'autres orthopoxvirus à cause du risque d'accidents de laboratoire, de dissémination délibérée ou de bioterrorisme et de la possibilité de voir apparaître des formes plus dangereuses du virus. Le Groupe africain se félicite donc de ce que le Comité consultatif ait décidé de retirer cette recommandation dans son intégralité. Par ailleurs, les ministres se sont inquiétés de la composition du Comité consultatif, suggérant qu'elle soit revue pour garantir une représentation plus équilibrée, avec l'inclusion d'experts de pays en développement. Ils ont également proposé que la représentation des conseillers et observateurs au Comité soit mieux équilibrée et plus large. Le problème fondamental est la destruction des stocks restants de virus variolique et non l'expansion des recherches. La condition fixée pour le maintien temporaire de stocks de virus variolique est que les travaux de recherche approuvés restent orientés vers les résultats et limités dans le temps et examinés à intervalles périodiques. D'après le rapport, il semble que la plupart des recherches essentielles nécessitant l'utilisation de virus varioliques vivants ont été menées à bien. Le moment est donc venu de déterminer si la destruction des stocks restants n'est pas de loin préférable à la poursuite de recherches et de se mettre d'accord sur la date à fixer pour la destruction de ces stocks.

Les Etats Membres de la Région africaine proposent dans ces conditions que le Directeur général soit invité à élargir la représentation des membres du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique conformément à l'article 3 du Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé, et à résoudre la question de la représentation des conseillers et observateurs. Ils s'emploient pour leur part à identifier des experts susceptibles de répondre aux conditions requises et à informer le Directeur général en conséquence. Ils proposent en outre que soit créé un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée qui serait chargé d'élaborer un projet de résolution sur les questions qui viennent d'être évoquées et toute autre question soulevée par d'autres Etats Membres. Il faudrait que ce groupe de travail s'attelle à sa tâche sans délai et présente un projet de résolution à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

M. GUNNARSSON (Islande) fait observer que, comme l'a souligné le membre désigné par le Japon, de nouvelles recherches sur le virus variolique pourraient se révéler nécessaires si le besoin d'un nouveau vaccin se faisait sentir. Autrefois, les laboratoires des pays nordiques auraient été en mesure de produire un tel vaccin. Dans ces conditions, il serait utile de savoir si les résultats des travaux en cours resteront dans le domaine public ou seront brevetés par des sociétés commerciales.

---

<sup>1</sup> Document WHA58/2005/REC/3, procès-verbal de la septième séance, Commission A, section 4.



Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) partage le point de vue du membre désigné par l'Islande. Le Secrétariat pourrait-il confirmer la composition actuelle du Comité consultatif, dont il faudra tenir compte si elle devait être élargie ? Pour ce qui est des recherches, il serait prématuré de décider d'y mettre fin. L'éradication complète et définitive de la variole est bien entendu l'objectif à atteindre, mais elle ne pourra être réalisée que le jour où le virus aura complètement disparu, y compris des laboratoires qui le conservent. Cela étant, le moment n'est pas encore venu de procéder à cette destruction. Dans le cadre des recherches en cours, de nouveaux essais seront nécessaires pour éprouver des méthodes diagnostiques permettant de faire la distinction entre l'infection par le virus variolique et les infections par d'autres orthopoxvirus. Si la variole devait réapparaître, les conséquences d'un premier diagnostic seraient tellement lourdes que le diagnostic différentiel devrait être absolument fiable. Par ailleurs, le travail fait pour améliorer un modèle simien de la variole devrait encore être poursuivi afin de permettre le développement d'éventuels traitements antiviraux. Il faudrait aussi améliorer les vaccins antivarioliques de deuxième et troisième générations afin de pouvoir disposer de vaccins qui soient moins dangereux pour les populations immunodéprimées. Dans de nombreux pays, ces populations constituent un groupe non négligeable en raison de la prévalence du VIH et les vaccins actuels représenteraient pour elles un danger très important.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) fait observer que l'Assemblée de la Santé a donné son accord à la conservation des stocks existants de virus vivant jusqu'en 2002 au plus tard. Quatre ans plus tard, aucune tentative sérieuse n'a été faite pour fixer une date pour leur destruction définitive. Au lieu de chercher continuellement à gagner du temps sur cette question, le Conseil devrait aller de l'avant et appuyer la proposition du membre désigné par la Namibie en vue d'une représentation plus équilibrée au sein du Comité consultatif et de la création d'un groupe de travail à composition non limitée chargé de fixer une date butoir pour la destruction du virus.

M. SHUGART (Canada) estime que la décision de maintenir le virus dans les conservatoires devrait faire l'objet d'un examen scientifique collégial tenant compte des avantages escomptés pour la santé publique et de l'objectif ultime qui est la destruction des stocks restants. Les doutes qui se font jour au sujet de l'intérêt qu'il y a à poursuivre des recherches ne font que refléter les incertitudes inhérentes à la science. Etant donné la nature des risques clairement exposés dans le rapport, le Canada continue à s'en remettre à l'OMS et aux experts qui travaillent pour elle. Le membre désigné par le Japon a eu raison de dire que le rapport était bien fait et que ceux qui viendront par la suite devraient être établis sur le même modèle. Cela aidera le Conseil à rester correctement informé de l'intérêt que présenteraient pour la santé publique de nouvelles recherches utilisant le virus vivant.

Le Dr NYIKAL (Kenya) partage le point de vue selon lequel un délai devrait être fixé pour la destruction du virus, soit conformément à une recommandation du groupe de travail qu'il est proposé de créer soit à la lumière des résultats des recherches. La procédure utilisée pour désigner les membres du Comité consultatif, dont la composition devrait être élargie, devrait par ailleurs être expliquée. Il convient avec les membres désignés par la France et l'Islande que le Conseil devrait demander des informations claires sur la façon dont les résultats des recherches seront brevetés et utilisés.

Pour Mme HALTON (Australie), il s'agit là d'une question difficile dans la mesure où la recherche est, par définition, une science imprécise. Dans un domaine aussi nouveau, la plus grande prudence s'impose et il serait prématuré de fixer un calendrier pour la destruction du virus tant que des questions fondamentales resteront sans réponse. Le maintien des stocks restants de virus en toute sécurité est naturellement au premier plan des préoccupations exprimées par les membres du Conseil et évoquées dans le rapport. Les deux laboratoires sont investis à cet égard d'une très lourde responsabilité ; ils se doivent aussi d'offrir un degré de transparence suffisant pour rassurer l'ensemble des membres du Conseil. Les recherches devraient donc pouvoir être poursuivies jusqu'à leur conclusion naturelle dans les domaines mentionnés dans le rapport, en particulier l'analyse des séquences d'ADN, la mise au point de tests diagnostiques et l'élaboration de vaccins de deuxième et

troisième générations. Les travaux cités dans d'autres domaines comme l'utilisation de modèles animaux et la mise au point d'éventuels médicaments antiviraux pourraient aussi être justifiés. Le rapport montre aussi que l'on est conscient des risques qu'il pourrait y avoir à mélanger du matériel génétique d'organismes hautement pathogènes, en particulier pour ce qui concerne les autres orthopoxvirus. Elle souscrit enfin aux remarques des intervenants qui l'ont précédée sur la nécessité d'introduire davantage de transparence dans la nomination des membres du Comité consultatif.

Le PRESIDENT rappelle que, dans sa résolution WHA55.15, l'Assemblée de la Santé a autorisé le maintien des stocks existants de virus variolique à la condition que toutes les recherches approuvées restent « axées sur les résultats et limitées dans le temps » et soient périodiquement examinées. Cela étant, les conséquences d'une dissémination du virus seraient catastrophiques. Il importe que le Conseil prenne sa décision en toute connaissance de cause.

Le Dr TANGI (Tonga) fait observer que les délégués à l'Assemblée de la Santé qui ont adopté la résolution WHA52.10 ont déjà été remplacés par une nouvelle génération qui, à son tour, est conseillée par des scientifiques travaillant dans des laboratoires. Ce processus pourrait ne pas avoir de fin. Il est dans la nature de la recherche scientifique, quel qu'en soit le sujet, que ceux qui la font préfèrent poursuivre et, ce faisant, se trouvent confrontés à des questions nouvelles auxquelles ils s'efforcent de répondre. Une nouvelle génération de scientifiques ne pourra que présenter de nouvelles propositions de recherche. En leur qualité de décideurs, les membres du Conseil devraient fixer à la génération actuelle de chercheurs un calendrier précis, disons de huit ans, pour la poursuite de ses travaux.

Mme MTSHALI (Afrique du Sud)<sup>1</sup> rappelle qu'il y a maintenant près de 26 ans qu'a été décidée l'éradication mondiale de la variole par la résolution WHA33.3. Les résolutions ultérieures de l'Assemblée de la Santé sur la question des stocks de virus ont entériné le maintien temporaire de ces stocks pour des recherches dûment approuvées, dans l'optique de leur destruction définitive le moment venu. Les excellents résultats obtenus en termes d'efficacité des vaccins de deuxième et troisième générations, et en particulier les données selon lesquelles ces vaccins auraient moins d'effets secondaires chez les enfants et les personnes immunodéprimées, sont encourageants et il est satisfaisant de constater que le Comité consultatif ne voit pas la nécessité, pour des raisons scientifiques ou réglementaires, d'utiliser des virus varioliques vivants pour tester les vaccins antivarioliques ; il est également réconfortant qu'aucune nouvelle recherche nécessitant l'utilisation de virus vivants n'ait été jugée essentielle pour l'analyse des séquences d'ADN du virus variolique. Le Comité a estimé qu'il n'était pas justifié, du point de vue scientifique, de faire d'autres recherches sur les virus hybrides de la collection des Etats-Unis, de même qu'il n'a pas jugé utile que soient poursuivies des recherches utilisant des virus vivants pour des tests diagnostiques. Eu égard aux conditions fixées pour l'approbation des agents antiviraux aux Etats-Unis d'Amérique, la poursuite de recherches dans ce domaine nécessitera sans doute l'utilisation de virus varioliques vivants. Il faudrait donc hâter ces travaux pour ne plus avoir à utiliser de virus vivants. Elle appuie la recommandation du Comité tendant à ce que soient examinées d'urgence toutes les propositions de recherche afin que puissent être déterminées les recherches essentielles nécessitant encore l'utilisation de virus varioliques vivants et donc précisée la date de la destruction des stocks. A la lumière de la résolution WHA55.15 et des résultats des recherches dont il a été fait état, elle encourage le Conseil à approuver la proposition tendant à charger un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée d'élaborer un projet de résolution sur ces questions. Elle demande enfin au Directeur général de prévoir des mesures supplémentaires pour renforcer la sécurité biologique des installations de stockage et de recherche.

---

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

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> estime qu'en tant qu'organes de décision, l'Assemblée de la Santé et le Conseil exécutif ont bien fait de créer un Comité consultatif chargé d'établir un programme de recherche et d'examiner périodiquement les travaux en cours tout en autorisant le maintien de stocks de virus dans les deux conservatoires agréés. Il n'est pas encore temps de revenir sur cette décision. Il se félicite des conclusions du rapport sur les médicaments antiviraux, les vaccins de deuxième et troisième générations, le séquençage génomique des souches virales et la mise au point de nouveaux outils diagnostiques, et il convient, avec les membres désignés par l'Australie et la France, qu'il serait prématuré aussi bien de décider de détruire les stocks que de fixer une date ou un calendrier arbitraire pour l'achèvement des programmes de recherche scientifique qui doivent pouvoir être poursuivis jusqu'à leur conclusion naturelle. Il est vrai qu'il faut davantage de transparence, question au sujet de laquelle son pays et d'autres ont été pris en défaut. Ils n'ont cependant rien à cacher et les scientifiques en cause seront disponibles dans les mois à venir pour des séances d'information qui seront organisées en consultation avec les Etats Membres de la Région africaine. Pour ce qui est de la sécurité biologique, les Etats-Unis d'Amérique et la Fédération de Russie ont demandé à la fin de 2005 qu'il soit procédé à des inspections supplémentaires et tous deux coopèrent pleinement avec l'OMS pour veiller à ce que les conservatoires restent absolument sûrs. Son pays tient également à s'atteler à la question de la représentation au sein du Comité consultatif et, avec le Secrétariat, il a déjà commencé à chercher des experts venant d'Afrique et d'autres parties du monde. Son pays a aussi aidé d'autres pays à développer leurs capacités de fabrication de vaccins et il est prêt à poursuivre ce travail.

M. CHESTNOV (Fédération de Russie)<sup>1</sup> note que la variole reste une menace potentielle pour la communauté mondiale tout entière et indique que son pays poursuivra sa coopération dans ce domaine avec tous les partenaires intéressés. Les centres de recherche de son pays et des Etats-Unis d'Amérique poursuivent des travaux sur la variole sous l'égide de l'OMS : chaque année, le Comité consultatif examine ces travaux et y apporte les ajustements jugés nécessaires. Pour que soient atteints tous les objectifs qui ont été fixés, il faudrait continuer à travailler à la mise au point d'un vaccin antivariolique plus efficace et plus sûr et à l'amélioration des méthodes de diagnostic. Il faudrait aussi produire des médicaments antiviraux efficaces, développer des modèles animaux et approfondir l'étude du génome du virus et de la pathogenèse. La Fédération de Russie comprend les inquiétudes qui ont été exprimées, notamment au sein des Etats Membres de la Région africaine qui ont appelé à une transparence accrue. Il faut espérer qu'une représentation mieux équilibrée des pays au sein du Comité consultatif et que la communication de renseignements plus complets sur les recherches en cours seront considérées comme des gages de confiance.

Il serait bon que l'OMS établisse un rapport exhaustif des résultats de ses inspections dans les conservatoires afin de montrer à la communauté internationale que tout est fait pour la conservation du virus en toute sécurité. La Fédération de Russie compte sur le soutien de la communauté internationale, pays africains compris, pour poursuivre ses travaux sur le virus vivant dans l'intérêt de l'humanité tout entière.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), reconnaissant que le débat sur la destruction du virus variolique ne date pas d'hier, dit que, si la destruction du virus a toujours été considérée comme le but ultime, la décision de passer à l'acte doit être pesée avec le plus grand soin.

Répondant à la question posée par le membre désigné par la France au sujet de la composition du Comité consultatif, elle explique que le Secrétariat fait tout son possible pour veiller à l'équilibre de la représentation géographique et entre les sexes. Le sujet considéré est hautement technique mais les critères appliqués à la sélection des experts sont parfaitement transparents : les experts doivent posséder, dans le domaine des orthopoxviroses, les compétences voulues en matière de techniques de laboratoire et de santé publique, et avoir notamment une expérience, sur le terrain et au laboratoire, de

---

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

la lutte contre la variole avant l'éradication ; une expertise dans le domaine de la recherche sur les orthopoxvirus est également importante, de même que des compétences en matière de sécurité et de sûreté biologiques et qu'une expérience pratique de la lutte contre les maladies transmissibles incluant la prévention et la riposte aux maladies émergentes. Le Comité consultatif et ses sous-comités sont des organes de l'OMS qui, dans leurs délibérations, prennent en considération l'intérêt que présente le virus vivant du point de vue de la santé publique afin de déterminer les avantages des recherches recommandées. Le Comité consultatif est composé de 19 membres, dont trois sont de la Région africaine, trois de la Région des Amériques, un de la Région de la Méditerranée orientale, sept de la Région européenne, deux de la Région de l'Asie du Sud-Est et trois de la Région du Pacifique occidental. L'OMS veille aussi à préserver un équilibre géographique entre les 35 conseillers : on en compte actuellement un pour la Région africaine, 14 pour la Région des Amériques, 17 pour la Région européenne, un pour la Région de l'Asie du Sud-Est et deux pour la Région du Pacifique occidental, mais aucun pour la Région de la Méditerranée orientale. Il y a aussi un observateur de la Région des Amériques. La représentation géographique a été améliorée ces dernières années. L'OMS continuera de faire tout son possible pour rechercher, en collaboration avec les Régions, des experts possédant les compétences requises et améliorer encore la représentation. L'Afrique du Sud doit être remerciée de son aide à cet égard.

Au sujet de la sécurité biologique, l'OMS a récemment effectué une inspection supplémentaire des installations et noté avec satisfaction que les mesures de sécurité et de sûreté biologiques prises dans les deux conservatoires étaient conformes aux pratiques les meilleures au niveau international.

Le Secrétariat suivra les instructions du Conseil pour ce qui concerne la suggestion du membre désigné par la Namibie en vue de la création d'un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée. Ainsi qu'il est indiqué au paragraphe 17 du rapport, les travaux de recherche ont considérablement avancé, mais beaucoup reste à faire. Le Comité a estimé qu'il était urgent de revoir toutes les propositions de recherche, et la date limite pour la soumission de ces propositions a été fixée à la fin de janvier 2006. Le processus d'examen a déjà débuté, le but étant de veiller à ce que les propositions restent conformes aux résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), appuyé par le Dr ALI MOHAMMED SALIH (Iraq), craint que les critères appliqués à la sélection des experts n'aient pour effet d'exclure les scientifiques des pays pauvres et les moins avancés. Peut-être pourrait-on envisager de nommer des experts de ces pays au Comité consultatif et à ses sous-comités afin de leur permettre d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), répondant à la demande d'éclaircissements de Mme MTSHALI (Afrique du Sud),<sup>1</sup> dit que l'OMS ne dispose pas des installations d'un laboratoire P4 lui permettant de conserver des stocks de virus vivants. Quant à la question sur les brevets, elle devra, pour y répondre, consulter auparavant ses collègues.

Le Dr NYIKAL (Kenya) remarque que les recherches sur le virus de la variole diffèrent des autres recherches dans la mesure où elles intéressent tous les pays sans exception. Quand sera examinée la question des brevets, il ne faudra pas oublier que c'est le monde tout entier qui est concerné.

Le Dr SHANGULA (Namibie) demande si ce sont les Etats dans lesquels les virus sont conservés qui ont le pouvoir de gérer les stocks ou si ce pouvoir est détenu par l'OMS.

---

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

M. BURCI (Conseiller juridique) répond que la situation n'est pas claire. Après l'éradication de la variole, il a été décidé que les pays qui détenaient des virus vivants remettraient leurs stocks à un nombre restreint de laboratoires possédant des installations sûres. La documentation dont dispose l'OMS sur les conditions auxquelles les pays concernés ont remis leurs stocks aux laboratoires des Etats-Unis d'Amérique et de la Fédération de Russie est incomplète. Dans les cas où les pays ont « confié » leurs stocks à l'OMS, on peut penser que celle-ci détient un certain contrôle sur ces virus ; dans d'autres cas, les conditions n'ont pas été spécifiées et il est difficile de savoir si les pays concernés souhaiteraient conserver un titre de propriété sur ces virus ; par conséquent, il lui est pour le moment impossible de donner une réponse claire, mais il s'efforcera de fournir des informations plus complètes à une session ultérieure si le Conseil en exprime le souhait.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) dit avoir répondu, dans sa précédente intervention, à la suggestion selon laquelle les deux conservatoires devraient être situés dans un laboratoire de l'OMS. Celle-ci ne possède pas de laboratoire P4, alors que les deux laboratoires qui détiennent les stocks satisfont aux normes très strictes exigées en matière de sécurité et de sûreté biologiques.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que la question soulevée par le membre désigné par la Namibie en amène une autre sur la soumission de virus par des Etats Membres de l'OMS, en particulier de virus du syndrome respiratoire aigu sévère et de la grippe aviaire. Dans ce genre de situation, trois conditions au moins devraient être réunies : premièrement, l'OMS devrait veiller à ce que les virus soient conservés dans des endroits sûrs, hors d'atteinte d'éventuels bioterroristes ; deuxièmement, les virus seraient utilisés pour des recherches appropriées devant bénéficier à l'ensemble de l'humanité ; et, troisièmement, si ces virus étaient utilisés pour produire des vaccins, les pays qui les auraient soumis et les pays en développement dépourvus des capacités requises pour produire de tels vaccins y auraient accès.

La première de ces conditions ne semble pas poser de problèmes, même s'il apparaît que l'OMS ne peut exercer aucun contrôle pratique, seulement une influence morale, sur les laboratoires qui détiennent les virus. Pour ce qui est des deuxième et troisième conditions, il faudrait préciser si les virus soumis à l'OMS seraient utilisés pour des travaux de recherche devant bénéficier à tous les pays. Les vaccins produits seraient-ils livrés aux pays qui en auraient besoin ? Il serait bon que le Secrétariat donne des renseignements clairs sur les mécanismes susceptibles d'être utilisés pour que soient satisfaites ces deuxième et troisième conditions.

M. LEÓN GONZÁLEZ (Cuba)<sup>1</sup> est surpris de ce qu'a dit le Sous-Directeur général au sujet de l'absence de contrôle de l'OMS sur les stocks de virus conservés dans deux laboratoires. Cette réflexion conduit à se poser une autre question sur les limites d'un tel contrôle et sur ce que pourrait faire l'OMS pour veiller à ce que les résultats des recherches soient réellement mis à profit pour le bien de tous. Puisque le Conseiller juridique apportera des précisions à ce sujet, peut-être pourra-t-il aussi expliquer par quels moyens il serait possible de renforcer le contrôle de l'Organisation, notamment par une intervention éventuelle de l'Assemblée de la Santé.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> rappelle qu'à l'initiative de l'Assemblée de la Santé et du Conseil, l'OMS a créé une réserve de vaccin antivariolique et que, grâce aux travaux qui ont été faits sur le virus, on dispose maintenant d'un stock de vaccins expressément destiné aux pays en développement en cas d'urgence. Le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique, celui du Canada et beaucoup d'autres ont fourni, concrètement ou virtuellement, des stocks de vaccins tirés de leurs réserves nationales pour la réserve détenue à Genève.

---

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

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), répondant à la question du membre désigné par la Thaïlande, dit que des isollements de virus grippaux ont été soumis à quatre centres collaborateurs de l'OMS satisfaisant à des normes rigoureuses en matière de sécurité et de sûreté biologiques. Chaque année, ces laboratoires contribuent à la mise au point du vaccin prototype contre la grippe, qui est distribué gratuitement aux fabricants par l'intermédiaire de l'OMS. Pour ce qui est des pays en développement, des discussions sont en cours sur la possibilité de fournir le vaccin prototype des centres collaborateurs de l'OMS au Viet Nam, étant entendu qu'ils pourront produire le vaccin en toute sécurité dans des centres agréés. Au sujet de la recherche, l'OMS s'efforcera de fournir les virus qui se révéleraient nécessaires pour la mise au point de moyens diagnostiques. Il faut cependant souligner que les quantités de virus soumises à l'OMS sont petites et la demande forte.

Se référant aux observations du représentant des Etats-Unis, elle précise qu'environ 5 millions de doses sont actuellement stockées à Genève. Des progrès ont déjà été faits en vue de constituer une réserve de 200 millions de doses de vaccin antivariolique : la France s'est engagée à donner 5 millions de doses, l'Allemagne 2 millions, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord 4 millions et les Etats-Unis d'Amérique 20 millions. Ces stocks pourront être utilisés par les pays en développement.

Le DIRECTEUR GENERAL précise que, malheureusement, beaucoup de choses ne sont pas dites au sujet des vaccins et des stocks de virus. Les souches virales conservées aux Etats-Unis d'Amérique et dans la Fédération de Russie sont les seules à exister dans des endroits connus. Le fait que certains pays aient stocké le vaccin et que l'OMS en ait des millions de doses ne traduit pas la crainte de voir réapparaître la variole de façon naturelle ; il s'agit plutôt d'un signe des temps qui doit inciter à la prudence.

Le Dr NYIKAL (Kenya) juge inquiétant que des vaccins soient stockés. S'il est rassurant de savoir qu'une partie de ces vaccins est destinée aux pays en développement, on peut se demander dans quelle mesure ces pays seraient associés au processus.

Le DIRECTEUR GENERAL répond que les stocks de l'OMS comme les stocks internationaux sont destinés à être rapidement mis à la disposition des pays en développement en cas de besoin.

Mme MTSALI (Afrique du Sud)<sup>1</sup> note que l'on craint que des stocks du virus n'existent en dehors de la Fédération de Russie et des Etats-Unis d'Amérique et que certains virus vivants ne soient conservés dans d'autres pays pour des raisons autres que la recherche. A l'évidence, quelque chose devrait être fait à ce sujet.

Le PRESIDENT dit qu'il serait utile que soit remise aux membres du Conseil une liste des experts qui sont membres du Comité consultatif OMS de la Recherche sur le Virus variolique. Même les pays pauvres possèdent l'expertise requise pour participer aux travaux du Comité.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) estime que le mieux serait que le Secrétariat prépare un projet de résolution. Avant l'Assemblée de la Santé, un groupe de travail ouvert à tous les membres et bénéficiant de services d'interprétation dans les six langues officielles serait convoqué à Genève pour examiner le projet de résolution et y apporter d'éventuelles modifications. Le Directeur général soumettrait le texte ainsi établi à l'examen de l'Assemblée de la Santé.

**Il en est ainsi convenu.**

**Le Conseil prend note du rapport.**

---

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

**Drépanocytose : Point 4.8 de l'ordre du jour (document EB117/34)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le texte ci-après du projet de résolution intitulé Drépanocytose, proposé par les pays suivants : Afrique du Sud, Angola, Belgique, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, France, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Madagascar, Namibie, Rwanda, Sénégal et Soudan :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur la drépanocytose ;<sup>1</sup>  
RECOMMANDE à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la résolution WHA57.13 sur la génomique et la santé dans le monde, ainsi que le débat du Conseil exécutif à sa cent seizième session sur la lutte contre les maladies génétiques, qui ont reconnu le rôle des services de génétique dans l'amélioration de la santé dans le monde et dans la réduction des écarts mondiaux en matière de santé ;<sup>2</sup>

Rappelant la décision Assembly/AU/Dec.81 (V) de l'Assemblée de l'Union africaine à sa cinquième session ordinaire ;

Notant les conclusions du Quatrième Symposium international africain-américain sur la drépanocytose (Accra, 26-28 juillet 2000), ainsi que les résultats des premier et deuxième congrès internationaux de l'Organisation internationale de Lutte contre la Drépanocytose tenus respectivement à Paris les 25 et 26 janvier 2002 et à Cotonou du 20 au 23 janvier 2003 ;

Préoccupée par l'impact des maladies génétiques, et de la drépanocytose en particulier, sur la mortalité et la morbidité mondiales, notamment dans les pays en développement, ainsi que par la souffrance des malades et des familles touchés par la drépanocytose ;

Consciente que la prévalence de la drépanocytose varie selon les communautés et que le manque de données épidémiologiques pertinentes peut rendre difficile une prise en charge efficace et équitable ;

Profondément préoccupée par l'absence de reconnaissance officielle de la drépanocytose comme priorité de santé publique ;

Consciente de l'inégalité actuelle d'accès à des services de génétique sûrs et appropriés partout dans le monde ;

Reconnaissant que, pour être efficaces, les programmes contre la drépanocytose doivent tenir compte des pratiques culturelles et être adaptés au contexte social ;

Reconnaissant enfin que la prise en charge de la drépanocytose soulève des questions éthiques, juridiques et sociales qui demandent à être dûment prises en considération ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à élaborer, mettre en oeuvre et renforcer de façon systématique, équitable et efficace des programmes nationaux intégrés de prise en charge de la drépanocytose, incluant la diffusion de l'information, la sensibilisation et le dépistage, ces programmes devant être adaptés au contexte socio-économique et culturel et viser à réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité associées à cette maladie génétique ;

2) à développer leur capacité d'évaluer la situation de la drépanocytose et l'impact des programmes nationaux ;

<sup>1</sup> Document EB117/34.

<sup>2</sup> Voir le document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la première séance, section 4.

- 3) à intensifier la formation de professionnels de la santé spécialisés dans les zones de forte prévalence ;
  - 4) à mettre en place des services de génétique médicale ou à les renforcer, dans le cadre des systèmes de soins de santé primaires existants, en partenariat avec les organisations parent/patient ;
  - 5) à promouvoir l'éducation communautaire, y compris le conseil en santé, et les questions éthiques, juridiques et sociales qui s'y rattachent ;
  - 6) à instaurer une coopération internationale efficace dans la lutte contre la drépanocytose ;
  - 7) en collaboration avec les organisations internationales, à soutenir la recherche fondamentale et appliquée sur la drépanocytose ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de sensibiliser davantage la communauté internationale à la charge mondiale de la drépanocytose, y compris dans le cadre d'une journée mondiale de la drépanocytose, et de promouvoir un accès équitable aux services de santé pour sa prévention et sa prise en charge ;
  - 2) de fournir un appui et des conseils techniques aux programmes nationaux des Etats Membres en élaborant des politiques et des stratégies de prévention et de prise en charge de la drépanocytose ;
  - 3) de soutenir la collaboration interpays pour développer la formation et les compétences du personnel et poursuivre le transfert de technologie et de connaissances de pointe vers les pays en développement ;
  - 4) de faire en sorte que l'OMS continue à exercer ses fonctions normatives en rédigeant des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la drépanocytose et en favorisant la constitution de groupes régionaux d'experts.

Le Dr WINT (Jamaïque) dit qu'il conviendrait de préciser s'il s'agit de l'anémie, des maladies ou des affections drépanocytaires, la drépanocytose ne constituant qu'un aspect du problème. Dans son pays, la prévalence de cette pathologie est d'environ 10 % et elle s'assortit d'une morbidité grave, d'une baisse de la qualité de la vie et d'une mortalité prématurée. Il est important de mettre en place des programmes plus complets de prévention et de lutte, couvrant le diagnostic précoce, l'enregistrement et le suivi des personnes touchées, ainsi que la formation des soignants aux niveaux des soins de santé primaires et secondaires afin d'améliorer la reconnaissance de la pathologie et les soins dispensés. Il convient de noter la recommandation concernant le développement des activités de recherche, de même que les avancées signalées en matière de traitement, y compris la greffe de moelle osseuse considérée comme un moyen de guérison potentiel même si, dans son pays, elle reste du domaine du rêve.

Il soutient le projet de résolution mais souhaite proposer les amendements qui suivent : au paragraphe 1.1), il conviendrait d'ajouter les mots suivants : « et complets » après « des programmes nationaux intégrés », « de prévention et » avant « de prise en charge », et « la surveillance, » avant « la diffusion de l'information ». Au paragraphe 1.3), le mot « spécialisés » devrait être supprimé et « tous les » insérés avant « professionnels ». Le paragraphe 1.6) s'adressait plus au Directeur général qu'aux Etats Membres ; il serait préférable de renforcer le paragraphe 2.3) en insérant « de promouvoir et » avant « de soutenir la collaboration interpays ». Un nouveau paragraphe 2.5) libellé comme suit devrait être ajouté : « de promouvoir, de soutenir et de coordonner la recherche nécessaire sur les affections drépanocytaires afin d'accroître la durée et la qualité de la vie des personnes touchées ».

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, indique que la drépanocytose, l'une des maladies génétiques les plus répandues dans le monde, n'épargne aucun pays et, en raison des mouvements de population et des métissages, gagne du terrain. De plus, c'est dans les pays les plus pauvres qu'on relève les taux les plus élevés de naissances d'homozygotes, de 230 000 à 240 000 enfants drépanocytaires naissant chaque année en Afrique. En Afrique subsaharienne, le taux de porteurs sains (hétérozygotes)



se situe entre 10 et 30 % de la population dans certains pays. Il est paradoxal que le traitement optimal ne soit disponible que dans les pays où la maladie est la moins courante, preuve supplémentaire des inégalités de santé entre le Nord et le Sud.

Le développement des centres de transfert a montré que, moyennant une bonne hygiène de vie et un recours facile aux soins, de nombreux drépanocytaires adultes peuvent s'intégrer parfaitement dans la société et mener une vie familiale et professionnelle normale. Dans beaucoup de pays en développement, les taux de mortalité des enfants et des femmes enceintes restent élevés, et l'administration d'un traitement approprié est entravée par les difficultés économiques et le manque d'information et de formation pour les soignants, les décideurs politiques et la population en général.

Les Premières Dames du Congo, du Mali, de la République centrafricaine, du Sénégal et du Tchad ont lancé des appels et organisé des conférences pour sensibiliser l'opinion à cette pathologie. Ces pays, par l'intermédiaire de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, ont adressé un appel à la communauté internationale en faveur de l'intensification de la lutte contre la drépanocytose. En conséquence, les Etats Membres de la Région africaine ont demandé au Directeur général d'inscrire le présent point à l'ordre du jour du Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, afin qu'un projet de résolution puisse être soumis à l'examen de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Se référant au paragraphe 2.1) du projet de résolution, elle indique que l'instauration d'une journée mondiale de la drépanocytose entraînerait de lourdes dépenses. Les Etats Membres de la Région africaine proposent donc, au lieu de cela, « Le renforcement de la lutte contre la drépanocytose » comme thème de la Journée mondiale de la Santé. Au paragraphe 2.4), il conviendrait d'ajouter après « drépanocytose » le membre de phrase « en vue de l'élaboration de plans régionaux ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) fait observer que le programme national de lutte modèle mis au point dans les pays riches est à l'évidence inadapté dans la plupart des régions démunies, mais les affections drépanocytaires devraient être prises en compte dans la planification des services de santé de tous les pays où elles sont courantes. Les interventions conduites dans les pays méditerranéens à forte prévalence d'hémoglobinopathies ont démontré qu'il était possible de prévenir les formes aiguës par le dépistage des porteurs des mutations génétiques en cause et le diagnostic prénatal.

La prévalence au Portugal est de 1 % environ et un programme national de lutte, établi en 1984, prévoit le conseil génétique aux couples à risque, le diagnostic prénatal, la prévention, la formation des professionnels de la santé, la diffusion d'informations récentes, la recherche et la coopération avec les organisations de soutien aux malades. Compte tenu de sa grande expérience, le Portugal est prêt à coopérer à l'élaboration d'une stratégie mondiale de prévention et de lutte et à dispenser une formation au personnel professionnel de laboratoire et aux dispensateurs de soins de santé cliniques et primaires des pays en développement. Le Portugal souhaite donc figurer au nombre des auteurs du projet de résolution.

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) dit que les hémoglobinopathies sont très répandues, la drépanocytose touchant les pays d'Afrique et de la Méditerranée et les thalassémies les pays d'Asie. La Thaïlande voulait proposer l'inscription d'un point sur la thalassémie à l'ordre du jour des prochaines sessions de l'Assemblée de la Santé et du Conseil. Les technologies pour la prévention et le traitement de telles maladies génétiques sont toutefois généralement similaires. Aussi propose-t-il que toutes les anomalies de l'hémoglobine soient examinées dans le cadre d'un même point à l'ordre du jour intitulé : « Hémoglobinopathies : drépanocytose et thalassémie », et ce afin de traduire la nature globale des problèmes de santé publique concernés et d'éviter tout chevauchement des activités. Il approuve la proposition visant à choisir le thème des hémoglobinopathies pour une future journée mondiale de la santé et il appuie le projet de résolution.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit qu'il conviendrait d'accorder une attention accrue aux troubles sanguins. Pour prévenir la drépanocytose, il est important d'encourager l'instauration, là où les installations nécessaires existent, d'un dépistage génétique prénuptial obligatoire dans les communautés à haut

risque ou, à défaut, d'un dépistage génétique avant la grossesse, et d'un diagnostic génétique préimplantatoire dans les cas de fécondation *in vitro*. Ces mesures ont donné de bons résultats à Bahreïn et en Arabie saoudite.

Il incombe à l'OMS de promouvoir le développement des services, la recherche et la formation pour les pays qui en ont le plus besoin. Il conviendrait notamment d'élaborer des directives mondiales et régionales sur la prévention et le traitement des troubles sanguins, de promouvoir la collaboration entre les établissements concernés et d'établir des réseaux et des centres d'excellence et, enfin, de fournir un soutien technique aux Etats Membres. L'OMS doit également encourager la mise au point de programmes de contrôle de la qualité pour les tests biochimiques, cytogénétiques, hématologiques et moléculaires.

En sa qualité de membre désigné par Bahreïn, où la prévalence de la drépanocytose est élevée, il déclare que son pays souhaite figurer au nombre des auteurs du projet de résolution.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, appuie le projet de résolution. En sa qualité de membre désigné par la France, il fait observer que les amendements proposés par le membre désigné par Madagascar réduiront les incidences financières de la résolution pour l'OMS.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) partage l'avis selon lequel la prévention de la drépanocytose et la lutte contre cette affection, qui touche plusieurs Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, devraient être intégrées dans les services et les programmes de santé généraux pour combattre tous les types de troubles sanguins génétiques. L'action de l'OMS pour actualiser et diffuser l'information devrait couvrir toutes ces affections. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) se félicite que l'OMS reconnaisse l'importance de la drépanocytose en tant que problème de santé publique pour de nombreux pays, en particulier en Afrique. Le Secrétariat, d'autres organisations internationales et les pays donateurs devraient s'employer à combattre une maladie qui n'a guère retenu l'attention à ce jour, notamment en raison de sa distribution géographique. Il appuie le projet de résolution et approuve les observations du membre désigné par la Thaïlande.

Le Dr ACHARYA (Népal) indique qu'aucun cas de drépanocytose n'a été détecté au Népal. Il appuie le projet de résolution et insiste sur la nécessité de mettre en place des mesures préventives telles que l'éducation sanitaire, le conseil génétique, le conseil prénuptial et le diagnostic prénatal, ainsi que les recherches concertées et le renforcement des capacités. Il estime aussi, comme l'ont remarqué les membres désignés par la Thaïlande et le Bhoutan, qu'il faut grouper les travaux sur tous les types de troubles sanguins génétiques.

Mme VALDEZ (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> demande comment le Secrétariat se propose de supporter le coût financier important de la mise en oeuvre du projet de résolution pendant la période biennale en cours et pendant la durée de vie de la résolution, compte tenu de l'absence de crédits à cet effet dans le budget programme actuel.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) reconnaît qu'il existe à l'évidence des similitudes entre les mesures requises pour combattre les diverses hémoglobinopathies et qu'en regroupant les activités, au lieu de se concentrer sur chaque forme de pathologie, comme le prévoit le projet de résolution soumis au Conseil, on gagnerait en efficacité. Cependant, vu les caractéristiques régionales des pathologies, et la diversité des populations touchées, il est important d'adapter les stratégies aux situations régionales et nationales. L'inclusion de toutes les hémoglobinopathies modifierait sans aucun doute les incidences financières du projet de résolution, en particulier pendant

---

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

la période biennale en cours et pour ce qui est du soutien aux bureaux régionaux concernés, et permettrait d'accélérer et d'intensifier les activités mises en place. Elle remercie le Portugal de son offre de soutien.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) redonne lecture des amendements proposés. Le paragraphe 1.1) sera libellé comme suit : « à élaborer, mettre en oeuvre et renforcer de façon systématique, équitable et efficace des programmes nationaux intégrés et complets de prévention et de prise en charge de la drépanocytose, incluant la surveillance, la diffusion de l'information, ... ». Au paragraphe 1.3), le mot « spécialisés » est supprimé et les mots « tous les » sont ajoutés.

Il suppose que le membre désigné par la Jamaïque acceptera la reformulation du paragraphe 1.6) comme suit : « à promouvoir une coopération internationale efficace dans la lutte contre la drépanocytose ; ».

La deuxième partie de la phrase du paragraphe 2.1) s'énoncera comme suit : « ... y compris dans le cadre d'une Journée mondiale de la Santé, ... ». Le paragraphe 2.3) commencera ainsi : « de promouvoir et de soutenir la collaboration interpays ... ». Le paragraphe 2.4) sera formulé ainsi : « de faire en sorte que l'OMS continue à exercer ses fonctions normatives en rédigeant des lignes directrices sur la prévention et la prise en charge de la drépanocytose en vue de l'élaboration de plans régionaux et en favorisant la constitution de groupes régionaux d'experts », et le nouveau paragraphe 2.5) sera libellé comme suit : « de promouvoir, de soutenir et de coordonner la recherche nécessaire sur les affections drépanocytaires afin d'accroître la durée et la qualité de la vie des personnes touchées ».

Le Dr SUWIT WIBULPOLPRASERT (Thaïlande) demande si une décision sera prise au sujet de sa proposition d'inclure toutes les hémoglobinopathies sous un même point de l'ordre du jour. Si cela est impossible, il propose l'inscription d'un nouveau point sur la thalassémie à l'ordre du jour du Conseil à sa prochaine session.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) dit que, pour étendre la portée du projet de résolution, il faudra définir précisément l'éventail des pathologies couvertes.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB117/35 et EB117/35 Add.1)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le projet de résolution présenté au paragraphe 12 du rapport.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) fait observer que le texte du projet de résolution ne comprend pas la demande adressée au Directeur général dans la résolution adoptée par le Comité régional de la Méditerranée orientale à sa cinquante-deuxième session en septembre 2005 pour qu'il fasse de cette question un domaine d'activité prioritaire. L'Assemblée de la Santé en décidera dans le cadre de l'examen du budget. Il suggère, pour traduire le message contenu dans cette demande, d'inclure, après « PRIE le Directeur général » au paragraphe 2 du projet de résolution, le membre de phrase « d'accorder la priorité à cette question et ».

Le Dr WINT (Jamaïque) dit que les traumatismes sont une cause importante de cécité évitable dans sa sous-région, notamment chez les jeunes, et qu'ils doivent être mentionnés dans le projet de

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R3.

résolution. Au cinquième paragraphe du préambule, il convient de faire précéder « les communautés » des mots « les familles ». Pour ce qui est du paragraphe 2, il approuve l'amendement proposé par le Secrétariat, mais ne juge pas nécessaire le membre de phrase « à leur demande ou selon les besoins ». Il propose d'ajouter un nouvel alinéa au paragraphe 2 comme suit : « 2) de suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, en collaboration avec les partenaires internationaux, et de faire rapport à l'Assemblée de la Santé tous les trois ans ».

M. GUNNARSSON (Islande), appuyant le projet de résolution, déclare que la cécité est une question importante, en particulier du fait que neuf aveugles sur dix vivent dans des pays à faible revenu. Tous les membres du groupe des pays nordiques approuvent l'amendement suggéré par le Secrétariat et espèrent que l'Assemblée de la Santé fera prochainement de la cécité et des déficiences visuelles évitables un domaine d'activité prioritaire. Selon les informations dont il dispose, des fonds privés sont disponibles pour fournir une assistance technique dans ce domaine.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) appuie le projet de résolution à condition qu'il tienne compte de la proposition du Comité régional de la Méditerranée orientale. Les mesures attendues des Etats Membres doivent toutefois être limitées à celles qui sont énoncées aux alinéas 1) et 2) du paragraphe 1. Le paragraphe 1.2) devrait en outre être reformulé comme suit : « à fournir un soutien à ces plans dans le contexte d'une stratégie de santé nationale complète dans chaque pays ». Le Portugal a une grande expérience de la conception des programmes et des stratégies sanitaires dans le domaine de la cécité évitable et il propose de partager cette expérience avec l'OMS.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) appuie le projet de résolution tel qu'il a été amendé par la Jamaïque. Elle propose, au paragraphe 2, d'ajouter après « Etats Membres » le membre de phrase « et de soutenir la collaboration entre les Etats Membres ».

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) dit que son pays, en tant que signataire de Vision 2020 – le droit à la vue, appuie le projet de résolution tel qu'amendé par la Jamaïque et la Thaïlande et avec l'ajout suggéré par le Secrétariat.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) salue la clarté et la concision du rapport et se félicite qu'une référence à l'initiative Vision 2020, qui a suscité de si grandes espérances à sa création, ait été incluse dans le projet de résolution. Les buts et les objectifs de Vision 2020 sont facilement réalisables, compte tenu de la disponibilité et du faible coût des traitements de la cécité et des déficiences visuelles évitables. Les Etats Membres doivent s'associer à l'action de coopération internationale et soutenir les programmes de prévention, comme l'a fait le Portugal. Son propre pays a bénéficié du soutien précieux de l'Espagne. Il appuie donc sans réserve le projet de résolution, avec les ajouts proposés par le Secrétariat, et il estime, comme l'a fait observer le membre désigné par la Jamaïque, que les traumatismes doivent être cités au nombre des causes de cécité évitable.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) dit que son pays est tout à fait favorable aux trois piliers de l'initiative Vision 2020, à savoir : réduction de la charge de la cécité ; développement des ressources humaines et des infrastructures ; et sensibilisation, élaboration et gestion des programmes. Le Bhoutan appuie sans réserve le projet de résolution tel qu'amendé par les membres désignés par la Jamaïque et la Thaïlande.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, dit qu'on estime à plus de 22 millions dans sa Région le nombre des personnes présentant des déficiences visuelles, et à six millions le nombre des aveugles, la cataracte étant la principale cause de ces affections. Il existe des solutions efficaces et économiques, mais les pays les plus touchés ont besoin du soutien technique et financier de la communauté internationale et de l'OMS. Les Etats Membres doivent en outre se doter de programmes de prévention nationaux et de plans nationaux Vision 2020, et accorder la priorité au renforcement des services de soins oculaires aux niveaux primaire et secondaire. Il faut une initiative mondiale réactualisée qui mobilise les gouvernements, les communautés et les personnes et associe le secteur privé. Les Etats Membres de la Région appuient donc le projet de résolution et proposent que le paragraphe 2 soit modifié afin d'inclure une demande supplémentaire libellée ainsi : « PRIE le Directeur général de prendre les mesures voulues pour présenter la prévention de la cécité à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ».

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) accueille favorablement le rapport et approuve les mesures proposées pour faire face aux priorités recensées concernant la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables. Par l'intermédiaire de l'Agence canadienne de Développement international, son pays soutient plusieurs programmes de prévention et de traitement de la cécité dans des pays en développement. Le Canada appuie le projet de résolution et les amendements proposés et prie le Directeur général de fournir aux Etats Membres le soutien technique nécessaire pour prévenir la cécité et les déficiences visuelles évitables. Le Canada est également satisfait de l'évaluation des coûts.

M. AZIZ (suppléant du Dr Ali Mohammed Salih, Iraq) indique que 32 % seulement des pays cibles avaient élaboré un plan national Vision 2020 en août 2005. Les chiffres récents font apparaître un recul de la cécité dans le monde, probablement sous l'effet de l'initiative, qui privilégie le traitement des infections oculaires. L'initiative serait plus efficace encore si les deux tiers restants des pays cibles s'associaient à ses activités. Des mesures doivent aussi être prises contre les affections oculaires chroniques non transmissibles telles que la cataracte, le glaucome et la rétinopathie diabétique. Chaque pays doit définir les priorités qui lui permettront de réduire la cécité et les déficiences visuelles et de mobiliser des ressources humaines et financières requises pour mettre en oeuvre Vision 2020. Les pays doivent faire preuve de la volonté politique nécessaire pour assurer le succès de l'initiative.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) est satisfait du rôle directeur joué par l'OMS dans la prévention de la cécité évitable. La cécité réduit la qualité de la vie et elle a des incidences économiques importantes sur les personnes et sur les sociétés. Son pays soutient les activités de Vision 2020 comme l'engagement accru et le renforcement des ressources humaines et des technologies, et il soutiendra les pays cibles moyennant une assistance technique pour la mise en place des plans nationaux Vision 2020. Il appuie le projet de résolution avec les amendements proposés.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), appuyant le projet de résolution tel qu'amendé, indique que la cécité et les déficiences visuelles sont très répandues sur le continent africain et que les interventions coûtent d'autant plus cher que les installations et les infrastructures sont limitées.

Le Dr ABDULLA (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) approuve la demande faite par le membre pour le Bahreïn visant à ce que l'OMS fasse de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables un domaine d'activité prioritaire. Une étude conjointe réalisée par l'OMS et la Banque mondiale a montré que les interventions contre les maladies cécitantes, en termes d'années de vie ajustées sur l'incapacité gagnées, sont aussi efficaces au plan économique que la vaccination, et que les pertes de productivité mondiales dues à la cécité avoisinent les US \$28 milliards. Les principales causes de cécité et de déficiences visuelles évitables pourraient être combattues par des interventions simples et peu coûteuses permettant aux non-voyants de reprendre une vie

économiquement active, réduisant ainsi les lourdes retombées économiques de la cécité. Sur 37 millions de non-voyants dans le monde, 17 millions peuvent être guéris grâce à une opération de 15 minutes, avec un taux de réussite de 98 %, pour US \$50. Le document EB117/35 Add.1 montre que le coût estimatif total de la mise en oeuvre de la résolution est modeste.

Le Dr TANGI (Tonga) accueille favorablement le rapport et approuve la demande adressée à l'OMS de faire de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables un domaine d'activité prioritaire. Les Tonga sont signataires de l'initiative Vision 2020. Il remercie, au nom de son pays, l'Australie, les Etats-Unis d'Amérique, Israël, la Nouvelle-Zélande et l'Union européenne, des travaux actuellement réalisés à titre volontaire par leurs spécialistes aux Tonga et des ressources qu'ils fournissent. Etre témoin de la gratitude d'une personne qui recouvre la vue après une opération de la cataracte est une expérience très gratifiante.

**La séance est levée à 12 h 50.**

## SIXIEME SEANCE

**Mercredi 25 janvier 2006, 14 h 10**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

**puis : Dr H. N. ACHARYA (Népal)**

**puis : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

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

**Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables : Point 4.9 de l'ordre du jour (documents EB117/35 et EB117/35 Add.1) (suite)**

M. BAILÓN (Mexique) loue la qualité du rapport et approuve le projet de résolution tel qu'amendé par les membres désignés par la Jamaïque et la Thaïlande ; il est en effet tout à fait conforme à la politique intérieure du Mexique. Pour que les personnes handicapées puissent être pleinement insérées dans la société, le secteur privé comme le secteur public ont un rôle prépondérant à jouer, et des programmes de prévention et de traitement de la cécité et des déficiences visuelles (qui représentent 14,6 % des incapacités au Mexique) doivent être mis en place. Son pays a récemment créé un conseil national de prévention et de traitement de la déficience visuelle et un centre national de référence pour la chirurgie de la cataracte. Si l'on décidait de faire de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables un domaine prioritaire de l'action de l'OMS, quelles en seraient les incidences financières ?

Le Dr NYIKAL (Kenya) accueille avec satisfaction le rapport et soutient le projet de résolution. Dans son pays, la cataracte, le trachome, le glaucome et les maladies évitables comme le diabète sucré sévissent. Le Kenya a bénéficié de la mobilisation de ressources par suite de l'initiative Vision 2020. La cécité a d'importantes répercussions socio-économiques, en particulier lorsqu'elle touche les chefs de famille. Le Dr Nyikal est donc favorable à ce que l'on considère la prévention de la cécité comme un domaine d'activité prioritaire de l'OMS.

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) apprécie la clarté de ce rapport très complet. L'adoption du projet de résolution permettra de réaliser des progrès importants en matière de développement socio-économique et de renforcer l'engagement en faveur de l'initiative Vision 2020, ce qui devrait faire faire des économies considérables sur le long terme. Elle approuve donc le projet de résolution et souhaite figurer parmi les coauteurs de ce texte.

Mme HALTON (Australie) exprime également son soutien au projet de résolution tel qu'amendé. En novembre 2005, pour faire suite à la résolution WHA56.26, les ministres de la santé australiens ont approuvé un cadre national d'action visant à promouvoir la santé ophtalmologique et à prévenir la cécité et la perte de vision évitables qui touchent non seulement les pays en développement mais aussi l'Australie, et en particulier sa population autochtone. Elle est heureuse que l'appui fourni par l'Australie et les initiatives visant à éliminer la cécité évitable, ce qui reste une priorité pour son Gouvernement, aient été reconnus. Une assistance technique continuera à être apportée aux pays en

développement de la région Asie-Pacifique et d'autres régions, de même que sera poursuivi le financement de la recherche en santé ophtalmologique, ce qui, à long terme, aura des retombées considérables. Comme le membre désigné par le Canada, elle se félicite que des informations soient fournies sur les incidences financières des résolutions.

M. LEÓN GONZALEZ (Cuba)<sup>1</sup> loue la qualité du rapport et se félicite que ce point ait été inscrit à l'ordre du jour du Conseil et à celui de la prochaine Assemblée de la Santé. Il soutient la demande exprimée par le membre désigné par le Mexique, qui sollicite des informations sur les incidences financières qu'aurait la désignation de la prévention de la cécité évitable comme domaine d'activité prioritaire de l'OMS. Il souhaiterait avoir des éclaircissements sur l'engagement supplémentaire nécessaire pour éliminer les déficiences visuelles (paragraphe 6). Il s'inquiète du contenu du paragraphe 10, selon lequel la mise en oeuvre des plans nationaux et les ressources projetées sont en diminution, et demande au Secrétariat d'aider à répertorier les problèmes qui font obstacle à la réalisation des objectifs de Vision 2020. Il souligne l'importance de la coopération internationale pour aider tous les pays à planifier des activités dans le cadre de Vision 2020. L'importance de cette coopération a été démontrée dans la Région des Amériques avec l'*Operación Milagro* (Opération Miracle) destinée à favoriser l'échange de technologies, de spécialistes et de ressources humaines en ophtalmologie pour faciliter les opérations des yeux. La Bolivie, les pays membres de la Communauté des Caraïbes, Cuba, l'Equateur, Panama, l'Uruguay et la République bolivarienne du Venezuela participent actuellement à ce programme régional en expansion et l'OMS pourrait faciliter une meilleure intégration de celui-ci dans la Région.

M. SAMOU (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne) déclare que la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables devrait être considérée dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, et en particulier de l'objectif 3 (cible 4, disparité entre les sexes), de l'objectif 4 (cible 5, taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans), de l'objectif 7 (environnement durable) essentiel pour éviter des maladies comme le trachome, et de l'objectif 8 (partenariat mondial pour le développement) qui illustre avec succès la coopération actuelle de l'OMS avec l'Organisation mondiale contre la Cécité, qui devrait être poursuivie. Il invite le Directeur général à prier la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé de faire de la prévention de la cécité un domaine d'activité prioritaire de l'OMS et d'inscrire cette priorité dans le plan stratégique à moyen terme.

Le Dr ANDRADE GAIBOR (Equateur) reprend à son compte les observations du représentant de Cuba sur l'importance de la coopération régionale pour l'échange de données d'expérience et de compétences médicales. L'Equateur a ainsi reçu l'aide de Cuba lors de la flambée de choléra de 1991, et plus récemment lors de l'épidémie de dengue. Au cours de l'année écoulée, le Gouvernement cubain a traité plus de 5000 patients équatoriens à Cuba pour différents types de problèmes oculaires, et il est prévu d'adapter l'infrastructure hospitalière équatorienne en vue de réduire les coûts de transport des patients.

Le PRESIDENT, s'exprimant en qualité de membre désigné par le Pakistan, dit que le traitement chirurgical de la cataracte pourrait se traduire par des gains économiques à l'échelle mondiale estimés à US \$223 milliards et modifier la situation économique de familles, de pays et de continents entiers, réduisant ainsi la pauvreté. Le Pakistan a investi 2 milliards 850 millions de roupies pakistanaises dans un plan national de traitement de la cataracte. Il soutient avec force le projet de résolution et recommande à l'OMS de fournir le soutien technique nécessaire à sa mise en oeuvre.

---

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



Le Dr BRANDRUP-LUKANOW (Allemagne)<sup>1</sup> se félicite également du rapport et approuve le projet de résolution. En Allemagne, les programmes de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables sont axés sur le dépistage précoce grâce à l'examen des enfants, en particulier les enfants d'âge préscolaire, aux progrès technologiques et à l'action des groupes d'entraide de personnes atteintes de déficiences visuelles. Ces aspects auraient pu être évoqués dans le rapport.

L'Allemagne a soutenu les efforts de lutte contre l'onchocercose en coopérant avec l'OMS et le programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Dernièrement, elle a collaboré étroitement avec l'initiative OMS pour le renforcement des capacités de lutte contre les maladies négligées, y compris les autres causes de cécité telles que le trachome. L'Allemagne serait heureuse de poursuivre l'échange de compétences avec les institutions nationales de recherche dans ce domaine et de continuer à soutenir la gestion des soins de santé et les systèmes de santé dans les pays partenaires.

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine)<sup>1</sup> dit que la prévention de la cécité évitable est un sujet de préoccupation important dans son pays, qui a eu un président aveugle. Dans le cadre de Vision 2020, la rétinopathie du prématuré a été répertoriée comme l'une des causes de cécité évitable à éradiquer. Cette question aurait pu être mentionnée dans le rapport (s'agissant de la cécité de l'enfant). Ces dernières années, son pays a connu une augmentation du nombre d'enfants nés aveugles par suite d'un développement intra-utérin insuffisant et, selon un rapport de l'association nationale des aveugles, 36 % des personnes adressées à l'association sont aveugles par suite de leur prématurité. Il importe de sensibiliser davantage les spécialistes de santé néonatale et périnatale aux problèmes de la déficience visuelle chez les enfants prématurés et en particulier au traitement à appliquer au cours des premières semaines de vie. Elle soutient les amendements au projet de résolution proposés par le membre désigné par la Jamaïque et approuve la déclaration du représentant de Cuba.

Le Prince ABDULAZIZ BIN AHMAD BIN ABDULAZIZ AL SAUD (Organisation mondiale contre la Cécité), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que son organisation représente plus d'une soixantaine d'organisations internationales dont le but est d'éliminer la cécité. Il remercie les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale de leurs efforts, en particulier dans le contexte de l'initiative Vision 2020, et espère que le Conseil adoptera le projet de résolution.

Vision 2020 a contribué à alléger les souffrances des populations partout dans le monde et à réduire le nombre de non-voyants et de déficients visuels, ce qui a entraîné des retombées économiques considérables. Il remercie l'OMS de son aide qui, espère-t-il, sera poursuivie jusqu'à la date cible de 2020. L'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable devrait constituer un domaine d'activité prioritaire de l'OMS et des fonds devraient lui être alloués en conséquence.

M. GARMS (Christoffel-Blindenmission), s'exprimant à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que l'organisation qu'il représente a collaboré avec l'OMS à l'élaboration des concepts de base et des stratégies de l'initiative Vision 2020. Les besoins en ressources concernant les soins ophtalmologiques sont énormes. Dans la résolution WHA56.26, un engagement historique a été pris en faveur de la prévention de la cécité. La mise en oeuvre de cette résolution dépend du renforcement de la coopération technique et du soutien fourni aux Etats Membres et aux organisations non gouvernementales collaboratrices pour la formulation de plans nationaux, la mise en oeuvre de programmes, le suivi et l'évaluation. Une déclaration explicite de l'OMS à cette fin serait profitable pour les millions d'enfants, de femmes et d'hommes atteints de cécité évitable ou en danger imminent de perdre la vue.

---

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

M. PORTER (Sight Savers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, rappelle que l'organisation qu'il représente est membre fondateur de Vision 2020 et travaille en étroite collaboration avec le Secrétariat depuis sept ans. Les données récentes de l'OMS confirment que Vision 2020 a permis de réduire la prévalence de la cécité évitable dans certains des pays les plus pauvres et de dégager ainsi des gains économiques considérables.

L'initiative Vision 2020 a atteint un moment critique. Il sera sans doute possible d'éliminer pratiquement la cécité évitable d'ici 2020 pour autant que l'OMS fournisse son plein appui à la campagne. Une contribution renforcée de l'OMS aux niveaux régional et des pays, alliée aux efforts des gouvernements nationaux et des organisations non gouvernementales internationales, signifierait que des millions de personnes seraient sauvées de la cécité. Il demande au Conseil d'envisager de désigner la prévention de la cécité comme un domaine d'activité prioritaire de l'OMS.

M. BAILÓN (Mexique) approuve les observations formulées par le représentant de la République dominicaine. La rétinopathie du prématuré pose un problème grave dans les pays en développement, dont le Mexique : 15 à 20 % des prématurés d'un poids insuffisant sont atteints de cette affection et 5 à 10 % des enfants souffrant d'une rétinopathie grave deviendront aveugles.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général), répondant aux observations qui viennent d'être faites, dit que la prévention de la cécité évitable aura des répercussions importantes sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Sept ans se sont écoulés depuis le lancement de Vision 2020 et la présence de représentants des organisations fondatrices témoigne de leur engagement. Une grande partie des succès remportés jusqu'ici peut être attribuée à de tels partenariats. La découverte de nouvelles causes de cécité et de déficience visuelle, y compris des maladies chroniques et des traumatismes, représente de nouveaux enjeux. La rétinopathie chez l'enfant est également un problème grave, mais Vision 2020 offre un cadre qui pourrait être adapté pour répondre aux besoins spécifiques des pays et à des problèmes particuliers.

L'importance du processus d'évaluation envisagé dans la résolution WHA56.26 a été reconnue et la première réunion du Comité d'évaluation vient de se tenir à Genève. Les conclusions du Comité figureront dans le rapport présenté à l'Assemblée de la Santé. Les incidences financières de l'appui aux pays peuvent paraître importantes, mais comme l'a fait observer le membre désigné par le Soudan, les interventions envisagées sont extrêmement rentables. Le montant nécessaire pour permettre à des enfants et à des personnes âgées de recouvrer la vue est relativement modeste et devrait justifier l'effort nécessaire. Les propositions et les recommandations qui ont été faites seront prises en compte lors de l'élaboration d'activités futures.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements proposés. Le cinquième alinéa du préambule devrait se lire : « Reconnaissant les liens entre pauvreté et cécité et le fait que la cécité fait peser une lourde charge économique sur les familles, les communautés et les pays, ... ». Au paragraphe 1.2), le membre de phrase « aux programmes intégrés de prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables » devrait être remplacé par l'expression « aux plans Vision 2020 ». Le paragraphe 2 tel qu'amendé se lirait : PRIE le Directeur général d'accorder la priorité à cette question et de fournir le soutien technique nécessaire aux Etats Membres et de soutenir la collaboration entre les pays pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ; ». Un dernier alinéa serait ajouté qui se lirait ainsi : « de suivre les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de l'initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, en collaboration avec les partenaires internationaux, et de faire rapport au Conseil exécutif tous les trois ans ».

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R4.

**Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé :** Point 4.11 de l'ordre du jour (documents EB117/12, EB117/13 et EB117/INF.DOC./2)

- **Mise à jour après la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2005)** (document EB117/12)
- **Contribution de l'OMS à la mise en oeuvre de la stratégie pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, plus particulièrement du point de vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement** (document EB117/13)

Le Dr SHINOZAKI (Japon) fait observer, à mesure que se fait progressivement jour la difficulté qu'il y aura à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé avant 2010, qu'une approche coordonnée est devenue indispensable. Le Réseau de métrologie sanitaire, créé en 2004 pour renforcer les systèmes de santé, mais qui n'est pas mentionné dans le rapport, est une ressource importante, et des informations sur les progrès dans ce domaine devraient être communiquées au Conseil à sa cent dix-neuvième session. Il salue les efforts déployés pour élaborer une stratégie de renforcement des systèmes de santé, qui répond à un besoin évident et qui est nécessaire également dans le contexte des objectifs. Il s'agira par ailleurs d'un instrument utile pour le développement sanitaire à long terme.

**Le Dr Acharya assume la présidence.**

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) estime que la réalisation des objectifs sera complexe en raison des facteurs sociaux en cause, notamment la santé et l'éducation. L'Assemblée générale des Nations Unies a créé le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et proposé des mesures pour faire face à la dette extérieure, mais la volonté politique exprimée dans ses Déclarations ne s'est traduite par aucune mesure concrète. Les engagements pris lors du Sommet du G8 (Gleneagles, Ecosse, 7-8 juillet 2005) n'ont pas débouché sur des propositions concrètes pour atteindre les objectifs. Peu de pays ont jusqu'ici respecté leur engagement en versant 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement.

La manière la plus efficace de réduire la mortalité infantile consiste à atténuer la pauvreté et à renforcer des services de santé, notamment les ressources humaines. Compte tenu de l'importance fondamentale de la mobilisation des ressources, l'OMS, lorsqu'elle assiste à des réunions des Nations Unies, doit indiquer clairement les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs liés à la santé. Les Etats Membres doivent être en mesure de fournir des chiffres précis concernant les ressources financières allouées jusqu'ici à la réalisation des objectifs.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) est aussi de cet avis. Les migrations des personnels de santé sapent particulièrement les efforts accomplis pour réaliser les objectifs. Les professionnels de la santé partent à l'étranger ou recherchent même dans leur propre pays des emplois leur offrant de meilleures perspectives, ce qui se répercute, faute de soins, sur la mortalité par paludisme et tuberculose. Le Rwanda s'est efforcé, avec ses partenaires, de créer un fonds qui lui permette de retenir et de former des professionnels de la santé dans toutes les disciplines médicales et à tous les niveaux. Les ressources destinées à alimenter ce fonds pourraient provenir d'organisations internationales ou des budgets nationaux des pays qui se sont engagés eux-mêmes à consacrer 15 % de leur budget à la santé d'ici 2015. Des lignes directrices sont nécessaires pour constituer un personnel médical national qui puisse faire fonctionner le système de santé, en s'appuyant sur des contributions des régimes d'assurance-maladie, comme ce qui est en préparation actuellement au Rwanda.

M. GUNNARSSON (Islande) dit que l'une des questions centrales pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est le droit à la santé sexuelle et génésique, mis en exergue dans la résolution WHA57.12 intitulée : « Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement international » et l'engagement réaffirmé au Sommet mondial de 2005 en faveur d'un accès universel à la santé génésique d'ici 2015. L'Organisation devrait réexaminer les engagements résolus pris dans ce domaine, y compris la résolution WHA48.10 qui appuie la mise en oeuvre de stratégies de santé génésique conformes aux principes élaborés dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), en particulier s'agissant des grossesses non désirées et de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité : en 2000, on a estimé que 19 millions de femmes avaient subi un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et que 68 000 femmes étaient décédées de complications consécutives à un avortement. Le problème de santé publique sous-jacent devrait être traité indépendamment des législations nationales propres aux différents pays. Il espère que l'OMS fournira des données factuelles et des lignes directrices afin que l'objectif de l'accès à la santé génésique pour tous d'ici 2015 puisse être atteint.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) note avec préoccupation qu'en raison du manque de ressources et de capacité des systèmes de santé, plusieurs pays d'Afrique et d'Asie ont peu de chances d'atteindre les objectifs liés à la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant d'ici 2015. Il se félicite des progrès accomplis dans la mise en oeuvre des sept domaines prioritaires pour la santé de l'enfant et de l'adolescent énoncés dans le document EB117/13, mais constate également la diminution de la couverture vaccinale dans les Etats dits « fragiles ».

Un système de santé solide, bien géré et suffisamment financé et doté d'un personnel adéquat, est essentiel à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le Secrétariat pourrait aider les Etats Membres à renforcer leurs systèmes de santé, sur la base d'un bon rapport coût/efficacité, d'une direction forte et d'un financement adéquat. Il fait siennes la notion d'accès universel et équitable, qui est au centre des objectifs, et l'introduction de la protection sociale. Les orientations stratégiques devraient offrir un avis pragmatique sur la façon d'atteindre les objectifs du système de santé dans les pays en développement, notamment de produire des données factuelles et de hiérarchiser les programmes, d'orienter l'affectation des ressources, de cibler les domaines prioritaires et de servir d'outils de suivi et d'évaluation. Il y a beaucoup à apprendre de la coopération Sud-Sud.

Selon le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France), le fait que le rôle central de la santé dans les objectifs du Millénaire pour le développement ait été reconnu sur le plan international fait peser une lourde responsabilité sur les Etats Membres et sur le Secrétariat. La France s'inspirera dans sa coopération avec l'OMS des indicateurs et des cibles définis dans les objectifs.

La réalisation des objectifs exigera des moyens novateurs pour augmenter le financement et un surcroît de ressources humaines pour renforcer les systèmes de santé. Il se félicite que le document final du Sommet mondial de 2005 ait mis l'accent sur l'accès universel à la santé génésique. De plus amples informations seraient nécessaires sur les problèmes qui entourent l'avortement illégal, un problème important qui se répercute sur la santé des femmes. Il est heureux d'apprendre que le projet de stratégie sur les infections sexuellement transmissibles sera bientôt disponible.

Il incombe au Conseil et aux autres Etats Membres de veiller à ce que tous ces objectifs figurent, explicitement et de manière détaillée, dans le onzième programme général de travail ; la France s'y attachera tout particulièrement.

Le Dr GASHUT (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, assure que ces pays sont attachés à la réalisation des objectifs du Millénaire et encouragent l'engagement politique, la mobilisation de ressources et le renforcement de l'assistance technique. Les services de soins de santé primaires

devraient être accessibles aux pauvres, et les stratégies de coopération avec les pays de même que les stratégies de lutte contre la pauvreté devraient suivre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il faudrait que l'OMS aide les pays donateurs comme les pays bénéficiaires en facilitant les approches sectorielles de la réduction de la pauvreté et l'appui budgétaire direct au secteur de la santé.

La santé de l'enfant doit rester une priorité pour les Etats Membres et le rôle de l'OMS en tant qu'institution technique mondiale dans ce domaine devrait encore être renforcé. De nouvelles initiatives telles qu'un fonds mondial pour la santé de l'enfant devraient être encouragées.

### **M. Khan reprend la présidence.**

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, rappelle que la Déclaration du Millénaire a souligné les responsabilités des dirigeants mondiaux envers tous leurs citoyens, et en particulier les plus vulnérables. Les pays d'Afrique ont souscrit aux objectifs du Millénaire pour le développement ainsi qu'au Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique ; nombre d'entre eux ont adopté des stratégies de réduction de la pauvreté faisant explicitement référence aux objectifs liés à la santé et ont entrepris d'allouer 15 % de leur budget national à la santé. Quatre ou cinq pays ont atteint la cible de 15 %, alors qu'une dizaine ont engagé entre 8 et 10 %. Les pays africains ont poursuivi des stratégies d'amélioration de la santé grâce à l'appui de l'OMS, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et de l'initiative Faire reculer le paludisme.

Les inégalités de santé demeurent et les tendances s'aggravent, en particulier en Afrique subsaharienne. Seuls sept pays d'Afrique progressent vers l'objectif 4 (réduction de la mortalité de l'enfant), et l'Afrique enregistre la plus forte incidence du SIDA, du paludisme et de la tuberculose dans le monde. Néanmoins, les problèmes sont surmontables et de nombreuses vies pourraient être sauvées si les systèmes de santé étaient renforcés, moyennant un investissement accru en matériels et équipements obstétricaux et néonataux. Les donateurs sont donc encouragés à allouer 0,7 % de leur produit national brut à l'aide publique au développement, tandis que les pays africains devraient affecter 15 % de leur budget à la santé, comme le prévoit la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses. Elle rend hommage à l'aide apportée par l'OMS et d'autres partenaires et veut croire que la communauté internationale, d'une part, et l'élaboration d'une nouvelle stratégie pour le renforcement des systèmes de santé, d'autre part, aideront l'Afrique à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

Le Dr RUÍZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) se félicite que l'accès à la santé génésique pour tous d'ici 2015 ait été inscrit dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Cet accès est en effet essentiel pour atteindre les objectifs 4 et 5, à savoir la réduction de la mortalité de l'enfant et l'amélioration de la santé maternelle. Le Mexique est parvenu à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant et enregistre le plus petit nombre de cas de paludisme de son histoire tout en utilisant le plus petit nombre d'insecticides. Des progrès notables ont été faits dans la lutte contre la tuberculose ; le Mexique a institué la couverture universelle par un traitement antirétroviral de tous les malades du SIDA et combat la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'intervenant se félicite de ce regain d'intérêt suscité par la santé maternelle. La réalisation des objectifs liés à la santé va de pair avec la réduction de la pauvreté et avec l'accès universel à des soins de santé de qualité. Au Mexique, les objectifs du Millénaire pour le développement ont été intégrés à la politique gouvernementale.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que les importantes inégalités entre riches et pauvres sont en grande partie responsables de l'explosion de l'insécurité dans le monde. Lutter contre la pauvreté revient à rendre le monde plus sûr. Le premier point concerne l'aide extérieure, l'engagement des pays riches à

verser 0,7 % de leur produit national brut pour lutter contre la pauvreté et favoriser le développement. Seuls quelques pays ont atteint cette cible ; le Conseil devrait inviter instamment les autres pays à s'acquiescer de cette obligation. C'est une question morale, car, sans développement économique et social, éducation comprise, les cibles sanitaires ne seront pas atteintes.

Les anciennes colonies sont les pays qui sont le plus loin d'atteindre les objectifs. Les anciennes puissances coloniales devraient assumer leurs responsabilités et apporter leur aide. Le Conseil devrait aider à recenser les besoins de chaque pays en vue d'atteindre les objectifs liés à la santé d'ici 2010. Plutôt qu'une néocolonisation, ce que souhaitent les Etats souverains, avec l'aide des Nations Unies, c'est d'améliorer leur situation. Le Dr Buss demande donc qu'un rapport sur les besoins de chaque pays soit établi par rapport aux objectifs. Il invite instamment la prochaine Assemblée de la Santé à prendre des mesures dans ce domaine.

Il est important de coordonner l'aide extérieure dans les pays bénéficiaires. Le Brésil fait tout ce qu'il peut pour aider les pays lusophones d'Afrique, car les descendants de nombreux esclaves provenant de ces pays sont aujourd'hui les acteurs du développement du pays. Le Brésil apportera une aide financière et aidera les projets d'assistance technique. L'Assemblée de la Santé devrait faire une déclaration sur cette question morale en invitant instamment les pays à respecter leur engagement de verser 0,7 % de leur produit national brut pour la paix et la sécurité.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada), reconnaissant les efforts accomplis par l'OMS pour atteindre les objectifs liés à la santé convenus sur le plan international en ce qui concerne la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, reconnaît que, lors du Sommet mondial de 2005, les Etats Membres se sont engagés en faveur de l'accès universel à la santé génésique d'ici 2015. Elle appuie énergiquement l'approche globale de l'OMS en ce qui concerne la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et se félicite de l'élargissement de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Le Canada se félicite également de l'accès élargi au traitement antirétroviral et de la mise en place de services de santé sexuelle et génésique accueillants pour les adolescents, qui devraient comprendre également la prévention. Il encourage l'OMS à reconnaître la vulnérabilité particulière des enfants et des jeunes face au VIH/SIDA et se prononce en faveur de la prévention et de la prise en charge des traumatismes subis par les femmes et les enfants, notamment lorsque la violence en est la cause.

Elle demande instamment que le Secrétariat renforce son action en aidant les pays où l'avortement est légal à éviter les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Il est important que l'OMS traite un problème de santé publique auquel des millions de femmes sont confrontées chaque année.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit que son pays est attaché aux objectifs : en 2005, sous sa présidence, les Etats Membres de l'Union européenne ont décidé de faire passer leur taux d'aide au développement à 0,56 % du produit intérieur brut d'ici 2010 et à 0,7 % d'ici 2015. Le Luxembourg y consacre actuellement 0,85 %, et vise 1 % au cours des prochaines années. Elle reprend à son compte deux points soulevés par les orateurs précédents : l'importance d'un renforcement de l'action dans tous les aspects de la santé génésique ; et le rôle essentiel des systèmes de santé et des ressources humaines. Des systèmes de santé efficaces et équitables et un personnel qualifié ont été deux thèmes récurrents dans les débats depuis le début de la session du Conseil, ce qui témoigne du rôle prépondérant de l'OMS à cet égard et de l'engagement exceptionnel qui doit être pris, avec tous les Etats Membres, en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) estime que l'accès à des soins de santé professionnels est essentiel à la réalisation des objectifs. La mortalité de la mère et de l'enfant a été sensiblement réduite au Portugal, qui est prêt à faire partager son expérience. Le Portugal se félicite de l'adoption de la stratégie européenne pour la santé de l'enfant et de l'adolescent. La santé de la mère et

de l'enfant pourrait également être un domaine prioritaire de coopération future avec les Etats Membres de la Région africaine et reste une priorité de la coopération bilatérale avec les pays lusophones.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) dit que les objectifs exigent des approches très diversifiées, et notamment une coopération entre les divers secteurs et zones géographiques, des services de santé préventifs, des dispositifs de préparation aux catastrophes et de gestion de celles-ci et des mesures spécialement ciblées sur les populations vulnérables. Les progrès en matière d'accessibilité et de qualité des systèmes de santé sont essentiels, ce qui demande une planification, une analyse et un suivi, une information de qualité pour la gestion sanitaire et des systèmes de financement stables, ainsi qu'un personnel convenablement formé et déployé. Il est important, lorsque l'on s'attaque aux inégalités, de fonder son approche sur la sécurité humaine. Cela peut vouloir dire dresser un catalogue des inégalités, accroître l'offre et la qualité des services de santé, promouvoir les soins primaires et essentiels et mettre en place des arrangements destinés à répartir le risque.

La réalisation des objectifs liés à la santé exigera un investissement intersectoriel dans des domaines tels que la réduction de la pauvreté, la réussite éducative, l'égalité entre les sexes, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, et l'infrastructure. Il faudra investir davantage au plan intérieur comme au plan extérieur, mieux utiliser les ressources et accroître la coopération régionale. L'appropriation par les pays des stratégies reposant sur les objectifs demande un engagement des nombreux partenaires, y compris des gouvernements, des organisations non gouvernementales, de la société civile et du secteur privé. Le Dr Singay donne la priorité à la santé maternelle, car, dans les pays en développement, la mortalité de la mère et du nouveau-né reste élevée. Cette continuité essentielle des services mérite une attention particulière et doit être renforcée grâce à des investissements dans les ressources humaines requises, en particulier dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux.

Le Dr NYIKAL (Kenya) rappelle que le Sommet mondial de 2005 a constaté que les objectifs ne seront sans doute pas atteints en Afrique et ne le seront probablement pas au Kenya. Le vrai problème est celui du développement dans un contexte plus large, comprenant les relations commerciales, l'agriculture, la charge de la dette, l'inflation et la gouvernance, comme en témoignent en permanence le manque de fonds, la pénurie d'infrastructures et des effectifs insuffisants dans le secteur de la santé. Le principal obstacle à la poursuite du développement du traitement antirétroviral au Kenya est actuellement le manque de ressources humaines et d'infrastructures. De nombreux personnels de santé qualifiés partent travailler à l'étranger et n'ont pas de scrupules ensuite à reprocher à leur propre pays son manque de capacités. Les efforts faits pour atteindre les objectifs doivent reposer sur une action dans ces domaines aussi. Il salue l'élaboration de stratégies, mais souligne qu'il faut disposer des capacités voulues pour pouvoir les mettre en oeuvre.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) dit qu'en Afrique des indicateurs sanitaires importants tels que la mortalité de la mère et de l'enfant sont en retard par rapport à d'autres Régions et régressent même dans de nombreux pays. La pauvreté et la faim, et donc la maladie, sont en progression. La résolution WHA58.30 a appelé à une stratégie cohérente, dotée de ressources adéquates pour renforcer les systèmes de santé. Une orientation claire sur l'équité d'accès et de résultats demande des investissements importants tant sur le plan financier que sur celui des ressources humaines. Des résolutions ont également été adoptées sur la santé génésique et la couverture universelle des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Ce sont autant de priorités absolues, car il s'agit de répondre aux besoins des populations vulnérables. Ces populations sont toutefois exposées non seulement à des menaces mondiales pour la santé comme la grippe aviaire, le VIH/SIDA ou la tuberculose, mais aussi aux conséquences de l'émigration des personnels de santé des pays en développement. Il faut donc agir d'urgence. Les pays d'Afrique savent qu'ils doivent renforcer leurs systèmes de soins primaires, mais ils souffrent d'une grave pénurie de personnels de santé. Même là

où les indicateurs ont progressé grâce à l'utilisation novatrice de personnels de santé de substitution, la mise en oeuvre est vite ralentie par le manque de compétences au niveau de l'encadrement. Les pays en développement ont lourdement investi dans la formation de leurs personnels de santé, mais ces dépenses sont réduites à néant par la pauvreté, la faim et l'émigration, sans parler des épidémies. Des systèmes de santé pleinement opérationnels réduiraient la morbidité et la mortalité et permettraient peut-être aux pays africains d'atteindre les objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, ce qui est peu probable dans les circonstances actuelles. Le Secrétariat devrait élaborer une stratégie visant à renforcer les systèmes de santé, en soulignant la nécessité de fidéliser le personnel de santé. L'allègement généralisé de la dette des pays les moins avancés devrait aussi être envisagé d'urgence, eu égard en particulier aux questions de santé.

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre désigné par le Pakistan, dit qu'en adoptant les objectifs du Millénaire pour le développement, les Etats ont entrepris un programme d'action fondé sur les droits qui place la santé au centre du développement. Le Gouvernement pakistanais a élaboré une politique nationale de santé de la mère et de l'enfant, ainsi qu'un cadre stratégique pour 2005-2006, définissant les besoins en vue de la réalisation des objectifs pertinents dans le cadre d'un programme national. La santé génésique en est un élément clé, mais plusieurs programmes visent à l'autonomisation des femmes : éduquer une femme, c'est éduquer une famille et un pays tout entier ; les pays qui excluent les femmes de la vie courante ne rendent pas service à leur population.

L'une des innovations a été le recrutement de 80 000 agents de santé femmes, qui travaillent principalement dans le cadre des soins à la mère et à l'enfant dans les villages. Cette aide spécialisée permettra de réduire sensiblement les taux de mortalité. La prise en charge des maladies de l'enfant a également été intégrée et des programmes de vaccination et de nutrition ont été mis sur pied. Malgré le récent tremblement de terre, le Pakistan reste pleinement engagé en faveur des objectifs du Millénaire pour le développement. Les Etats devraient travailler au niveau national, mais aussi les uns avec les autres et avec l'OMS ; comble de tout, aux catastrophes naturelles s'ajoutent celles que l'humanité provoque elle-même. La population de la Région a beaucoup souffert. Dans le seul secteur de la santé, des infrastructures d'une valeur de US \$35 milliards ont été détruites et des milliers de médecins et d'infirmières travaillant dans les services de santé ont été tués. Il invite les membres du Conseil à travailler ensemble pour faire de ce monde un monde plus sain pour le bien de leurs enfants et de leurs petits-enfants.

M. HILMERSON (Suède)<sup>1</sup> approuve les déclarations sur le rôle crucial de la santé sexuelle et génésique et des droits y relatifs, eu égard aux objectifs du Millénaire pour le développement, et le rôle de l'OMS à cet égard. Il regrette donc que le Secrétariat ne porte pas à cette question l'attention qu'elle mérite. Le projet de stratégie sur les maladies sexuellement transmissibles est loin d'être satisfaisant. Les discussions sur l'importante question des femmes, des problèmes qui leur sont propres et de la santé, prévues pour 2005, ont été remises à plus tard, et les participants à la consultation interdisciplinaire sur les priorités de la recherche pour prévenir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et ses conséquences se demandent quand seront publiés les comptes rendus de leurs travaux. En attendant, le onzième programme général de travail 2006-2015 décrit l'avortement simplement comme une question « sensible ». L'OMS devrait assumer un rôle directeur plus fort, faire preuve d'une responsabilité accrue et de transparence en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique et les droits s'y rapportant.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> précise la position de son pays concernant la santé génésique. Les Etats-Unis comprennent que les références à la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et à la Déclaration et plate-forme

---

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



d'action de Beijing et l'utilisation de l'expression « médecine de la procréation » (ou « médecine procréative ») aux paragraphes 57.g) et 58.c) du document final du Sommet mondial de 2005 ne créent pas pour autant un droit et ne sauraient être interprétées comme constituant un soutien, une approbation ou une promotion de l'avortement. En outre, les Etats-Unis ne soutiennent pas l'utilisation de l'expression « droits sexuels », dont il n'existe aucune définition internationalement acceptée. Si chaque femme, où qu'elle vive, mérite de bénéficier des meilleurs soins médicaux possibles en cas de problèmes de santé, quelle qu'en soit la cause, ce n'est pas à une organisation internationale, fût-ce l'OMS, de promouvoir l'avortement là où il n'est pas légal ou de le promouvoir en tant que mesure de contrôle des naissances ou de contrôle démographique. Il encourage les Etats Membres et le Secrétariat à se concentrer sur la promotion de la santé et de la stabilité de la famille, en soulignant le rôle des parents en tant que premiers dispensateurs de soins et en garantissant que les interventions sanitaires et éducatives à l'intention des enfants et des adolescents soient adaptées à leur âge.

M. MARTIN (Suisse)<sup>1</sup> déclare que les activités de l'OMS en matière d'avortement vont bien au-delà de la simple question de l'interruption volontaire de grossesse, en particulier dans les pays en développement, mais aussi parmi les jeunes femmes de milieux défavorisés dans les pays développés. Même si l'avortement ne doit pas être encouragé comme forme de planification familiale et si la santé des femmes est mise en danger par les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène, la prévention des grossesses non désirées reste une priorité. Quelle que soit la législation d'un pays sur l'avortement, il s'agit d'une question de santé publique importante et l'OMS devrait en étudier l'étendue et les répercussions, adopter des stratégies adaptées aux diverses législations nationales et soutenir les gouvernements qui lui demandent son aide.

Les documents relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement font peu référence à la réforme des Nations Unies, même si l'Assemblée de la Santé a encouragé l'OMS à participer à cet exercice.

M. NAIR (The Save the Children Fund), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, exprime son soutien au rapport figurant dans le document EB117/12, et notamment au paragraphe 5. Dans ce contexte, le point 9.3 de l'ordre du jour devrait être examiné conjointement avec le point 4.11. Quant au document EB117/13, l'organisation qu'il représente estime que la dernière phrase du paragraphe 3 devrait, conformément au *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*,<sup>2</sup> être ainsi libellée : « Encore faut-il, pour ce faire, trouver des stratégies de prestation susceptibles de renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux à fournir des services efficaces, accessibles et équitables afin d'augmenter rapidement la couverture ... ». Une note de bas de page faisant expressément référence à la résolution WHA58.31 devrait également être rajoutée. En ce qui concerne les paragraphes 7 et 16, l'orateur se félicite du soutien accru en faveur des conseils techniques concernant la santé néonatale mais observe que l'action normative dans ce domaine devrait également bénéficier de ressources suffisantes. Il se félicite par ailleurs de l'accent mis sur l'impact de la malnutrition sur la santé. S'agissant de la question de la promotion de la santé, les recherches menées par l'organisation qu'il représente indiquent que l'information seule n'entraînera pas de changements de comportement sans un changement des normes économiques, sociales et politiques, et notamment un meilleur accès à des services de santé et d'éducation de qualité. Les mécanismes visant à atteindre les populations les plus marginalisées doivent être considérés comme prioritaires et dotés de ressources. Pour ce qui est de l'augmentation des ressources en faveur de la vaccination, mentionnée au paragraphe 13, ces ressources devraient aller au renforcement des systèmes de santé nationaux. Le rapport souligne avec raison aux paragraphes 15 et 16 l'importance à accorder à l'impact du VIH sur les enfants ; les donateurs devraient soutenir d'urgence des recherches sur les formulations pédiatriques de

---

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

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, 2005.

médicaments. Quant à l'engagement pris par le Secrétariat de rendre compte à l'Assemblée de la Santé des travaux relatifs aux stratégies sur le renforcement des services infirmiers et obstétricaux,<sup>1</sup> cette question devrait être examinée au titre du point 4.11 de l'ordre du jour.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) dit que les membres semblent en général d'accord sur ce qui constitue les éléments essentiels des systèmes de santé nationaux. L'infrastructure est naturellement un élément critique qui ne peut être assuré par le seul secteur de la santé. Un système d'information efficace est également capital pour fournir des données de base et indiquer les progrès accomplis et l'efficacité de l'utilisation des ressources. Le Secrétariat a prévu de présenter un rapport de situation sur le Réseau de métrologie sanitaire à la prochaine Assemblée de la Santé. D'ici là, une nouvelle édition des *Statistiques sanitaires mondiales* devrait également être disponible et il devrait être possible de ventiler les données de façon à faire apparaître les principaux déterminants sociaux, comme l'a suggéré le membre désigné par la Thaïlande.

Les ressources humaines sont également un élément important de l'infrastructure des systèmes de santé et seront le thème du *Rapport sur la santé dans le monde* et de la Journée mondiale de la Santé en 2006. Il n'y a pas de solution simple à ce problème : au contraire, des solutions doivent être recherchées pour divers aspects, par exemple la formation du juste nombre d'agents de santé aux compétences appropriées, l'aide au personnel sur le lieu de travail, la santé et la sécurité des travailleurs, la fidélisation du personnel et la planification des départs. Il est essentiel de conserver une vue d'ensemble de la situation des ressources humaines, en particulier à un moment où la population vieillit.

Le financement de la santé est également prioritaire. Bien qu'il soit important d'affecter davantage de ressources à l'aide internationale au développement, il n'est pas moins nécessaire de mettre en place des systèmes de financement nationaux de la santé et d'investir dans ceux-ci, comme le recommande la résolution WHA58.33, dans la mesure où dans dix ans on ne pourra peut-être plus compter sur le niveau actuel de financement international. La direction et la gouvernance des programmes prioritaires doivent être prises en considération. Les programmes de l'OMS concernant la tuberculose, le VIH/SIDA et la santé de la mère et de l'enfant portent une grande attention à l'interface entre leurs domaines techniques respectifs et les systèmes de santé nationaux. L'action intersectorielle et la prise en compte des déterminants sociaux de la santé sont tout aussi importantes. Le Dr Evans attend d'ailleurs avec impatience les résultats des travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé.

Le Sommet mondial de 2005 a appelé les pays à mettre en oeuvre des stratégies globales de développement national. Ces stratégies vont bien au-delà du secteur de la santé et le rôle de l'OMS consiste donc à coordonner ces efforts avec ceux d'autres partenaires du développement. Par exemple, un séminaire traitera cet après-midi même des efforts déployés par deux pays africains pour aligner les activités de l'OMS sur leurs propres plans de développement généraux. L'OMS s'attache à mieux coordonner les contributions qu'elle reçoit des divers donateurs.

Le Secrétariat est en train de rédiger un document pour préciser sa position sur le rôle de l'OMS dans le débat actuel sur la réforme des Nations Unies, en faisant plus particulièrement référence au rôle futur des institutions spécialisées, l'OMS comprise.

Les membres soutiennent, semble-t-il, les principaux points du projet de stratégie proposé pour le renforcement des systèmes de santé, que le Secrétariat prévoit de soumettre en 2006. Il a pris note de l'accent mis par le Conseil sur la stratégie elle-même et sur sa mise en oeuvre.

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) déclare qu'une bonne santé génésique est essentielle au développement humain. Les régions dépourvues d'accès à des services de santé génésique et enregistrant un taux élevé de grossesses non désirées sont souvent celles où les taux de mortalité de la mère et de l'enfant sont les plus élevés et où les enfants sont plus généralement en mauvaise santé ou négligés. L'OMS prend très au sérieux son rôle qui consiste à coordonner son

---

<sup>1</sup> Document WHA56/2003/REC/3, procès-verbal de la septième séance, Commission A, section 3.

action avec celle des autres membres de la communauté mondiale s'occupant de santé génésique ; celle-ci est en effet essentielle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

L'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité est l'un des cinq éléments centraux de la stratégie visant à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique adoptés dans la résolution WHA57.12. En 2003, le Secrétariat a publié des avis techniques et des orientations sur l'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité.<sup>1</sup> Cette publication concerne les cadres dans lesquels l'avortement est autorisé par la loi. Plus de 27 000 exemplaires ont été imprimés et 18 000 autres ont été téléchargés à partir du site Web de l'OMS. Des ateliers régionaux ont été organisés à l'intention des Etats Membres intéressés dans les Régions africaine et européenne et dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Un appui technique a également été fourni à plusieurs pays, dont le Bangladesh, le Ghana, la Mongolie et le Viet Nam. L'OMS a publié des données sur l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et ses conséquences tous les cinq ans, les plus récentes remontant à 2004.

Il n'est pas dans le mandat de l'OMS de promouvoir l'avortement comme méthode de contrôle des naissances ou d'en préconiser la légalisation. La consultation interdisciplinaire sur les priorités de la recherche pour prévenir l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et ses conséquences, évoquée par le représentant de la Suède, a rassemblé des chercheurs du monde entier. On a demandé à l'OMS d'en publier les résultats, mais une partie du contenu du rapport a été considérée comme incompatible avec son mandat. Une autre institution qui avait pris part à la consultation pourrait en publier les travaux.

En 2003, l'Assemblée de la Santé s'est félicitée de la formulation des orientations stratégiques pour améliorer la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent.<sup>2</sup> Par la suite, le Secrétariat a encouragé les Régions à élaborer leurs propres stratégies et aidé les pays à élaborer des plans nationaux d'exécution. La stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant est en cours d'évaluation et des mesures sont prises pour combler les lacunes en matière de services de santé visant les enfants et les adolescents au niveau des pays.

Le membre désigné par le Brésil a demandé des informations au sujet des besoins des pays. Le Secrétariat dispose d'informations détaillées sur les besoins des Etats Membres qui ont demandé une assistance et élaboré des plans nationaux.

Les Etats Membres se sont engagés à mettre en oeuvre les recommandations du *Rapport sur la santé dans le monde, 2004*<sup>3</sup> et les notes d'orientation publiées ultérieurement. De nombreuses recommandations figurant dans le rapport ont également été adoptées par des organismes partenaires de l'OMS comme l'UNICEF et le FNUAP, des associations professionnelles et des organisations non gouvernementales. Depuis la publication du *Rapport sur la santé dans le monde*, le Secrétariat a aidé à mettre sur pied le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et a repris les travaux entamés par le partenariat pour la survie de l'enfant tout en encourageant l'instauration de partenariats avec la Commission européenne et d'autres organismes donateurs. Le Secrétariat continuera à promouvoir les principes de l'accès universel, de l'intégration des services et de la continuité des soins.

Le DIRECTEUR GENERAL regrette que les Etats Membres aient pu avoir l'impression que l'OMS accordait trop peu d'attention à la santé de l'enfant et de l'adolescent. Les objectifs du Millénaire pour le développement sont tout à fait louables, mais il est frappé par le fait que de nombreux Etats Membres n'ont pas été en mesure de respecter leurs engagements vis-à-vis de la stratégie « 3 millions d'ici 2005 », qui devait constituer un test, alors même que l'espérance de vie a, dans de nombreux pays, chuté à moins de 40 ans en grande partie en raison de la pandémie de

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Avortement médicalisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève, 2004.

<sup>2</sup> Résolution WHA56.21.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – Changer le cours de l'histoire*. Genève, 2004.

VIH/SIDA. S'il est incapable de faire face au problème du VIH/SIDA, comment le monde peut-il espérer atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement dans dix ans? D'ici là, les successeurs des actuels décideurs pourraient bien se contenter de modifier tout simplement les objectifs.

Il est important de se fixer des objectifs à court terme et d'aller de l'avant en s'appuyant sur des petits succès. Il ne sera pas possible d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015, pour lointain que cet horizon puisse, à tort, paraître, sans entre-temps réussir une succession de petites réalisations. Ce n'est pas qu'une question d'argent ; la cible consistant à allouer 0,7 % du produit national brut à l'aide publique au développement est tout à fait louable, mais les pays doivent pour cela disposer des ressources et de la volonté politique nécessaires. Une bonne gouvernance et une aptitude démontrée à atteindre des objectifs à court terme, avec une aide internationale supplémentaire pour les systèmes de santé nationaux, apporteraient un réel changement.

Il s'est déjà écoulé un tiers du délai prévu pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il n'est donc pas réaliste de penser que, si les progrès se poursuivent au même rythme, les objectifs pourront être atteints d'ici 2015. Lui-même n'a pas encore observé de changement majeur dans la gouvernance ou l'engagement des pays ou dans les contributions internationales, à l'exception de la réaffirmation des objectifs du Millénaire pour le développement lors du Sommet mondial de 2005. Le Secrétariat doit se fixer des buts à court terme pour l'année ou les deux années qui viennent et travailler avec les Etats Membres pour aller de l'avant en s'appuyant sur les bons résultats obtenus.

Le PRESIDENT, affirmant la nécessité d'une collaboration en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, appelle à aider les Etats Membres à améliorer leurs mécanismes techniques et leurs mécanismes d'assistance. La cible de 0,7 % a été approuvée lors du Sommet mondial, mais l'accroissement du financement national est également essentiel. Les membres du Conseil devraient encourager leurs gouvernements à contribuer eux-mêmes au financement et à compléter l'aide internationale qu'ils reçoivent. Les Etats Membres ont besoin d'informations complémentaires sur les systèmes novateurs de financement qui ont été évoqués. L'OMS a besoin de l'appui de l'Organisation des Nations Unies et du soutien politique des chefs d'Etat de chaque pays.

#### **Le Conseil prend note des rapports.**

#### **Commerce international et santé : projet de résolution : Point 4.3 de l'ordre du jour (documents EB117/10 et EB117/10 Add.1) (suite)**

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution suivant, fruit d'une consultation informelle :

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

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,  
Ayant examiné le rapport intitulé Commerce international et santé ;<sup>1</sup>  
Rappelant les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA56.23, WHA56.27, WHA57.14 et WHA57.19 ;

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

---

<sup>1</sup> Document EB117/10.

Consciente de la nécessité pour tous les ministères concernés, y compris les ministères de la santé, du commerce, des finances et des affaires étrangères, 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 et coordonnée ;

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, lorsque cela est nécessaire, des politiques, des lois et des réglementations relatives aux problèmes que ce dialogue aura permis de recenser, ainsi qu'à tirer parti des possibilités et à relever les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la santé ;
  - 3) à appliquer ou à élaborer, lorsque cela est nécessaire, des mécanismes de coordination associant les ministères des finances, de la santé et du commerce, et d'autres institutions pertinentes, pour étudier les aspects du commerce international liés à la santé publique ;
  - 4) 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 ;
  - 5) à continuer à développer les capacités au niveau national pour rechercher et analyser les possibilités et les défis que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour la performance du secteur de la santé et les résultats sur le plan sanitaire ;
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de fournir un appui aux Etats Membres, à leur demande et en collaboration avec les organisations internationales compétentes, pour qu'ils puissent élaborer des politiques cohérentes de gestion des liens entre commerce et santé ;
  - 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 relèvent les défis potentiels que le commerce et les accords commerciaux peuvent présenter pour 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, y compris en produisant et en échangeant des données factuelles sur les liens entre le commerce et 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 l'application de la présente résolution.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) indique qu'aux paragraphes 1.2) et 2.2) de la version anglaise il convient de revenir à la terminologie d'origine, c'est-à-dire d'utiliser le terme « address » au lieu de « meet ».

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**La séance est levée à 17 h 50.**

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R5.

## SEPTIEME SEANCE

**Jeudi 26 janvier 2006, 9 h 10**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

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

#### **Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique : Point 4.10 de l'ordre du jour (document EB117/9)**

Le **PRESIDENT** invite la Présidente de la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique à informer le Conseil des travaux réalisés à ce jour.

Mme DREIFUSS (Présidente de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique), exprimant sa sympathie au peuple pakistanais pour les souffrances et les pertes humaines qu'il a subies du fait du récent tremblement de terre, dit que les travaux de la Commission ont aussi concerné les souffrances prolongées des personnes frappées par la maladie. Ces travaux ont été engagés dans l'espoir de combler l'énorme fossé qui existe entre les possibilités qu'offre la science et leur application pour répondre aux besoins des malades négligés dans les pays en développement. Après avoir mené ses travaux pendant près de deux ans, la Commission espérait présenter son rapport au Conseil à la présente session, mais malheureusement les membres ont dû prolonger leurs travaux. Ce rapport sera achevé sous peu et paraîtra en avril 2006, à temps pour la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Il y a trois raisons à ce retard. La première tient à la méthode de travail de la Commission. Son mandat a été défini dans la note du Directeur général à la cent treizième session du Conseil.<sup>1</sup> La Commission a été invitée à « apporter une valeur ajoutée » aux travaux existants en procédant à des recherches et à des consultations, et à privilégier la consultation et l'écoute. La phase de consultation, dont on trouvera les détails sur le site Web de l'OMS, a été plus longue que prévu, mais elle a permis de recueillir des informations précieuses sur les aspects scientifiques, économiques et politiques complexes qui sous-tendent l'innovation biomédicale et l'accès aux soins.

Les ambitions de la Commission sont une deuxième cause de retard, car pour mener à bien une analyse rigoureuse il faut décrire la complexité du système d'innovation biomédicale et expliquer les raisons pour lesquelles elle ne donne pas les résultats escomptés par les pays en développement. Les droits de propriété intellectuelle ont sur l'innovation un impact différent à chaque étape du cycle, depuis la recherche fondamentale jusqu'à l'accès aux médicaments en passant par les activités de recherche-développement. La Commission offre donc une grille d'analyses adaptées aux différents types de maladie qui touchent particulièrement les pauvres et aux conditions propres à diverses catégories de pays. Elle s'est aussi efforcée de montrer comment les parties prenantes se sont adaptées aux pressions économiques et politiques et de mettre l'accent sur le potentiel et les responsabilités de ces parties. Dans son rapport, elle fera donc une distinction entre les situations dans lesquelles les droits de propriété intellectuelle pourront contribuer à promouvoir la recherche et celles dans lesquelles ils risquent d'être sans effet. Elle essaiera de mettre en lumière les effets positifs et négatifs

---

<sup>1</sup> Document EB113/INF.DOC./1.

des régimes de propriété intellectuelle sur l'innovation biomédicale, l'accès aux médicaments et les capacités de production et d'innovation des pays en développement, en tenant compte des effets de la mise en oeuvre, au niveau national, de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), de la suite donnée à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, et de la portée des accords de libre-échange bilatéraux et régionaux sur la capacité des pays à atteindre leurs objectifs de santé publique.

D'autres incitations et mécanismes de financement s'imposent pour promouvoir la recherche biomédicale sur les maladies qui affectent plus particulièrement les pauvres et pour développer les capacités des pays en développement dans ce domaine. Le rapport mettra en évidence les divers partenariats public-privé participant au développement de produits. Il faudra que les efforts soient intensifiés pour les rendre durables et pour que les médicaments, les vaccins et les moyens diagnostiques mis en place parviennent jusqu'à ceux qui en ont besoin. C'est aux Etats Membres qu'incombe la responsabilité capitale de financer la recherche, de régler la commercialisation des nouveaux produits médicaux et d'organiser les systèmes de santé, pour ne citer que trois aspects.

En troisième lieu, les dix membres qui constituent la Commission représentent un éventail très large d'expériences, d'opinions et de disciplines scientifiques et il a fallu du temps pour trouver des dénominateurs communs. Les membres se sont efforcés à la fois de mettre de côté les considérations idéologiques et les intérêts particuliers pour dégager un consensus et d'élaborer des recommandations et des propositions d'action. Le rapport s'inscrit dans un moment de mobilisation et d'engagement, permettant d'associer une prise de conscience internationale, un apport de ressources supplémentaires (encore qu'insuffisantes), une science efficace et de nouvelles formes de partenariat. Le défi de la Commission consiste à montrer comment rendre ce mouvement plus durable et plus efficace.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner, en particulier, quelle sera la meilleure manière de présenter le rapport de la Commission aux organes directeurs. Il appelle l'attention des membres sur le projet de résolution ci-après, proposé par les membres désignés par le Brésil et le Kenya :

Le Conseil exécutif,

Considérant les tendances actuelles en matière d'accès aux médicaments et la nécessité de mettre au point d'urgence de nouveaux médicaments et autres technologies de soins de santé ;

Notant le travail utile fait par la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;

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, WHA54.10, WHA56.27 et WHA57.14 ;

Considérant que peu de nouveaux médicaments sûrs, adaptés et peu coûteux sont mis au point contre des maladies transmissibles telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose et que l'on manque de médicaments, de vaccins et de moyens diagnostiques pour les maladies tropicales ou autres qui affectent principalement les populations les plus pauvres du monde ;

Reconnaissant qu'il est important d'aider à mettre au point des traitements contre les maladies qui touchent un nombre peu élevé d'individus ;

Soucieuse de la nécessité de mettre au point des outils sanitaires appropriés, efficaces et sûrs à l'intention des malades qui vivent dans des milieux défavorisés ;

Notant que plus de 70 % des médicaments nouvellement approuvés concernent des produits qui n'apportent pas d'avantages supplémentaires par rapport aux produits existants ;

Considérant qu'il est urgent de mettre au point de nouveaux médicaments contre des menaces émergentes telles que la tuberculose polypharmacorésistante et contre d'autres maladies infectieuses et liées à la pauvreté ;

Consciente de ce que les fonds alloués aux activités de recherche-développement destinées à la mise au point de nouveaux vaccins contre le SIDA et d'autres maladies sont insuffisants ;

Reconnaissant l'importance d'initiatives publiques mondiales telles que le projet sur le génome humain et le rôle croissant d'une recherche publique ouverte et accessible dans les avancées de la science et le transfert de technologie ;

Consciente en outre de la possibilité de concevoir de nouveaux modèles ouverts pour le développement des sciences médicales assurant une meilleure participation et un accès plus large aux progrès scientifiques et un renforcement des connaissances ;

Reconnaissant l'importance de partenariats public/privé consacrés à la mise au point de nouveaux médicaments essentiels et à l'élaboration d'outils de recherche, mais soucieuse de la nécessité, pour les gouvernements, de définir des programmes de santé prioritaires axés sur les besoins et de fournir un appui politique et des sources de financement durables pour ces initiatives ;

Reconnaissant l'importance des investissements publics et privés pour le développement de nouvelles technologies médicales ;

Considérant qu'un certain nombre de pays en développement ont renforcé leur capacité de mettre au point de nouvelles technologies sanitaires et que leur rôle sera de plus en plus décisif ;

Reconnaissant que les droits de propriété intellectuelle sont l'un des moyens importants de promouvoir l'innovation, la créativité et le transfert de technologie ;

Reconnaissant aussi qu'il est important d'assurer un juste équilibre entre droits de propriété intellectuelle et domaine public et que les règles en matière de propriété intellectuelle doivent être appliquées d'une manière respectueuse du droit humain fondamental à la santé et propre à promouvoir la poursuite de l'innovation ;

Notant que le *Rapport sur le développement humain 2005* du PNUD souligne que « l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), ainsi que ses variantes « ADPIC-plus » pour les accords régionaux et bilatéraux, n'établit pas d'équilibre entre les intérêts des détenteurs de moyens technologiques et l'intérêt public plus large » ;

Tenant compte du fait que l'article 7 de l'Accord sur les ADPIC souligne que « la protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances technologiques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations » ;

Soulignant que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme reconnaît le droit de chacun à la protection des intérêts découlant de toute production scientifique, auquel doit faire pendant le droit de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent ;

Considérant qu'il est impératif de concilier l'intérêt public qu'il y a à accéder à de nouvelles connaissances et l'intérêt public qu'il y a à stimuler l'invention ;

Préoccupée par l'incidence que le prix élevé des médicaments a sur l'accès aux traitements et par la nécessité d'appliquer les lois sur la propriété intellectuelle d'une manière conciliant l'incitation à mettre au point de nouveaux médicaments et la nécessité de promouvoir l'accès de tous à ces médicaments, conformément aux paragraphes 4, 5 et 7 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;

Consciente de la nécessité de concevoir un nouveau cadre mondial permettant d'apporter un niveau de soutien financier adéquat et durable à la recherche axée sur les patients, y compris en particulier la recherche médicale prioritaire ;

Rappelant que 162 spécialistes scientifiques, experts en santé publique, professeurs de droit, économistes, hauts fonctionnaires, parlementaires, représentants d'organisations non gouvernementales et autres personnalités ont demandé que soient évaluées les



propositions relatives à un nouveau cadre mondial pour la recherche-développement dans le domaine médical ;

Considérant l'appel mondial en faveur de la recherche-développement sur les maladies négligées lancé le 8 juin 2005 avec l'appui de 18 lauréats du Prix Nobel, de plus de 2500 chercheurs et spécialistes scientifiques et experts en santé, universitaires, représentants d'organisations non gouvernementales et d'instituts publics de recherche, de hauts fonctionnaires et de parlementaires pour demander l'adoption de nouvelles règles politiques afin d'encourager les activités de recherche-développement essentielles en santé, en particulier à l'intention des patients les plus délaissés ;

Consciente de la nécessité de promouvoir une réflexion nouvelle sur les mécanismes susceptibles de favoriser l'innovation ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les capacités des institutions publiques et entreprises locales dans les pays en développement pour qu'elles contribuent et participent aux efforts de recherche-développement ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
  - 1) à faire de la santé mondiale et des médicaments un secteur stratégique, à prendre des mesures résolues pour axer les priorités de la recherche-développement sur les besoins des patients, notamment là où les ressources manquent, et à mettre en oeuvre des initiatives collectives de recherche-développement faisant intervenir les pays d'endémie ;
  - 2) à participer activement, au sein de l'OMS et avec d'autres acteurs internationaux, à la mise en place d'un cadre pour définir les priorités sanitaires mondiales, prêter un appui aux activités essentielles de recherche-développement dans le domaine médical fondées sur le principe d'un partage équitable des coûts, et déterminer des incitations propres à favoriser les investissements dans des activités de recherche-développement utiles, axées sur les besoins des patients et l'intérêt public ;
  - 3) à faire en sorte que les progrès des sciences fondamentales et de la biomédecine débouchent sur la mise au point de produits sanitaires améliorés, sûrs et abordables – médicaments, vaccins et moyens diagnostiques – répondant aux besoins de tous les patients, particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté, et que des médicaments essentiels soient rapidement fournis à la population ;
2. PRIE le Directeur général :
  - 1) de créer un groupe de travail des Etats Membres intéressés qui examinera les propositions visant à créer un cadre mondial destiné à soutenir les recherches axées sur les besoins, conforme à l'intérêt public et tenant compte des travaux de la Commission OMS sur la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;
  - 2) de veiller à ce que les accords de libre échange et les autres accords commerciaux bilatéraux, régionaux et mondiaux ne portent pas préjudice aux flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC et soient conformes à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;
  - 3) de présenter un rapport de situation du groupe de travail des Etats Membres intéressés à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2008) et un rapport final incluant des propositions concrètes au Conseil exécutif à sa cent vingt et unième session (janvier 2009), et de proposer d'autres systèmes de protection de la propriété intellectuelle, afin d'améliorer l'accès aux nouveaux médicaments ;
  - 4) de veiller à ce que le rapport de la Commission OMS sur la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique figure à l'ordre du jour des comités régionaux de l'OMS en 2006.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, souligne la difficulté et la complexité des travaux de la Commission, et salue la déclaration de sa

Présidente. Il est très important pour la Région africaine de trouver un moyen durable de répondre aux besoins sanitaires des pauvres. Il est urgent de corriger les asymétries des mécanismes actuels d'incitation aux activités de recherche-développement. Il est donc décevant de voir que la Commission n'a pas été en mesure de présenter son rapport à la présente session du Conseil.

L'accès aux produits de la recherche et de l'innovation, comprenant les vaccins, les moyens diagnostiques et les traitements, est essentiel pour améliorer l'état de santé des peuples d'Afrique et des pays en développement. La santé et l'action en faveur de la santé sont capitales pour le développement humain. Le *Rapport sur le développement humain 2005* du PNUD met en lumière le déséquilibre qui existe entre d'un côté les intérêts des détenteurs de la technologie et, de l'autre, l'intérêt public plus large.<sup>1</sup> Tant qu'un nouveau cadre ne garantira pas l'accès aux produits médicaux novateurs, la mortalité restera élevée dans les pays pauvres. Le rapport sur le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et l'accès aux médicaments essentiels de l'équipe spéciale du Projet du Millénaire des Nations Unies, montre l'inadéquation des activités de recherche-développement dans le domaine des médicaments et des vaccins pour résoudre les problèmes de santé prioritaires dans les pays en développement, par exemple les maladies négligées, comme la trypanosomiase ou la leishmaniose, ou le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA dont le traitement exige des médicaments de deuxième intention. L'innovation et la production n'offrent guère, pour ces traitements, de perspectives de profit puisque les personnes affectées ne peuvent payer les médicaments. Le rapport conclut que l'OMS joue un rôle important en soutenant les efforts menés par les pays pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement.

L'orateur propose que soit mis en place un cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en matière de santé, reposant sur le principe d'un partage équitable des coûts. Le projet de résolution répond à la préoccupation grandissante suscitée par l'absence d'un système mondial d'appui à l'innovation dans le domaine des médicaments et autres technologies sanitaires et par le nombre croissant des personnes qui ne peuvent avoir accès aux médicaments essentiels.

Le Dr BUSS (Brésil) rappelle que le Brésil compte parmi les pays qui ont proposé la création de la Commission, en partie à cause du nombre considérable de pauvres qui n'ont pas accès aux médicaments, aux vaccins et aux moyens diagnostiques, tant dans son pays que dans d'autres régions. Il fait part, à son tour, de la déception de son pays devant le retard pris dans la présentation du rapport, et exprime l'espoir que celui-ci pourra être examiné lors de la prochaine Assemblée de la Santé. Il invite instamment le Conseil à adopter le projet de résolution auquel ont souscrit certains des scientifiques les plus éminents, notamment des lauréats du Prix Nobel, dans une lettre qui a été communiquée aux membres.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, salue le projet de résolution. Tous les pays attachent une grande importance à la nécessité de faire de la santé mondiale et de l'accès aux médicaments un secteur stratégique partout où des droits de propriété intellectuelle sont applicables. Il conviendrait cependant de remplacer la référence à la définition des priorités sanitaires mondiales par une définition de la portée de la santé publique. Les Etats Membres de la Région de l'oratrice proposent une définition de la santé publique ainsi formulée :

« La santé publique est la science et l'art de promouvoir, de protéger et/ou de rétablir le bien-être physique, mental et social de la population par des mesures prophylactiques, diagnostiques, thérapeutiques et rééducatives, appliquées aux êtres humains et à leur environnement. ».

---

<sup>1</sup> PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain 2005 – La coopération internationale à la croisée des chemins – L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités*. New York, PNUD, 2005.

Les progrès récents de la science et de la technologie offrent des avantages potentiels pour tous les pays, particulièrement les pays en développement. Le projet de résolution devrait donc proposer la création de fonds mondiaux pour les médicaments, qui pourraient être utilisés par l'OMS afin d'acquérir les brevets de nouveaux médicaments pour les pays en développement et les programmes de santé publique ; d'externaliser les activités de recherche-développement concernant les médicaments dont ont besoin les pays en développement pour les domaines prioritaires ; et de mettre en place des centres de recherche-développement dans ces pays ou de les renforcer.

L'oratrice se félicite de ce que la Commission mette l'accent sur l'accessibilité des produits pharmaceutiques et biotechnologiques pour les pays en développement. Toutefois, en cherchant à encourager la mise au point de nouveaux médicaments, la Commission ne doit pas oublier qu'il faut s'efforcer de rendre les médicaments existants accessibles et abordables. L'actuel système des brevets de l'OMC n'entraîne pas une augmentation importante des activités de recherche-développement concernant les maladies répandues dans les pays en développement ; le paludisme en est un bon exemple. La Commission doit donc étudier à la fois les mécanismes d'incitation, qui comprennent des contributions financières pour les activités de recherche-développement, et les mécanismes de récompense, qui visent à garantir un niveau attractif de la demande pour une production satisfaisante de médicaments ou de vaccins. Le partenariat public-privé peut être un moyen valable d'atteindre cet objectif.

L'oratrice se dit préoccupée d'apprendre que le rapport intégral ne pourra être examiné à la présente session. Le Secrétariat devrait distribuer aux membres le projet de document une fois terminé pour qu'ils puissent l'examiner et faire des observations.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) remercie la Présidente de la Commission pour sa déclaration liminaire très complète. Il regrette que le rapport de la Commission ne soit pas encore disponible mais il peut comprendre les difficultés qu'il a fallu surmonter pour permettre un débat fructueux. Il demande des précisions sur le calendrier de publication du rapport, lequel devrait parvenir aux Etats Membres bien avant la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr TÜRMEŒN (représentant du Directeur général) dit que le rapport sera d'abord affiché sur le site Web de l'OMS avant d'être distribué aux Etats Membres et aux parties intéressées, probablement dans le courant de la troisième semaine d'avril, en même temps que les autres documents de l'Assemblée de la Santé. Le rapport a été établi par un groupe d'experts indépendants, les Etats Membres ne sont donc pas invités à apporter une contribution.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) souligne que cela fait plus de dix ans que l'Organisation examine cette question complexe et importante. L'objectif est de trouver un autre moyen de permettre aux pays les plus démunis d'avoir accès à la fois à l'innovation et à l'appui sanitaire pour améliorer leur qualité de vie. La question de savoir comment atteindre cet objectif n'est pas résolue. L'espoir pour l'avenir réside dans la recherche et l'accès aux connaissances. L'orateur reconnaît la nécessité d'une résolution sur ce sujet, mais le Conseil ne peut recommander l'adoption du projet de résolution par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé parce qu'il ne connaît pas encore les conclusions du rapport de la Commission. Il conviendrait de créer un groupe restreint composé de représentants de chaque Région qui examinerait le rapport de la Commission dès sa publication et rendrait compte de ses conclusions au Conseil.

Le Dr ANDRADE GAIBOR (Equateur) souscrit aux vues exprimées par les membres désignés par le Kenya et le Brésil. Il faut que les pauvres aient accès aux médicaments et que les laboratoires pharmaceutiques investissent massivement dans la recherche afin de lutter contre la pharmacorésistance. La nouvelle génération de médicaments contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, par exemple, ne sont accessibles qu'à une minorité privilégiée. L'orateur appelle les laboratoires pharmaceutiques à faire don de leurs médicaments et à réduire leurs coûts de recherche.

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau) dit que la difficulté majeure consiste à développer les ressources humaines et à rendre les médicaments accessibles et abordables. Le paradoxe est que, malgré tout ce qui a été dit sur la réduction de la pauvreté, le nombre de personnes qui n'ont toujours pas accès aux médicaments reste très élevé. Il soutient vivement le projet de résolution.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon), rendant hommage aux travaux de la Commission, dit qu'il faudrait que son rapport soit publié dès que possible, avec les différences de points de vue mentionnées au paragraphe 4 du rapport du Secrétariat.<sup>1</sup> Il demande un examen collégial dans un souci d'objectivité et de neutralité.

La protection des droits de propriété intellectuelle est importante pour l'innovation pharmaceutique ; le système des brevets constitue un instrument d'incitation efficace pour le développement de nouveaux médicaments. L'orateur souligne que les activités de recherche-développement concernant les produits pharmaceutiques pour les maladies répandues dans les pays en développement sont entreprises dans le cadre du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, ainsi que d'autres programmes.

M. SHUGART (Canada) dit que les questions soulevées dans le projet de résolution revêtent une grande importance. Le Canada est résolu à accélérer la recherche de solutions au double problème de l'accès abordable aux médicaments et de la mise au point de nouveaux médicaments dont puissent bénéficier le monde entier et, plus particulièrement, les populations les plus pauvres qui ont la charge de morbidité la plus forte. Il a adopté une législation visant à faciliter l'accès aux médicaments des populations des régions les plus pauvres du monde, et a soutenu la Commission dans ses travaux.

La Commission devrait rechercher un consensus, mais en s'attachant à la transparence quant aux éventuelles divergences de vues et sans retarder indûment la publication de son rapport si un consensus n'intervient pas. Le rapport devrait montrer la voie à suivre et proposer des solutions innovantes et viables.

Le projet de résolution vise à mettre en place immédiatement un processus en vue de la création d'un cadre mondial pour améliorer l'innovation et l'accès aux médicaments dans les pays en développement. Il faudra adopter une procédure pour arriver à un consensus et avancer sur la question, mais en veillant à ne pas reproduire inutilement les travaux de la Commission ou à devancer ses conclusions, et en s'appuyant plutôt sur ses délibérations portant sur des solutions concrètes. La proposition d'accélérer les travaux, formulée par le membre désigné par la Bolivie, est intéressante. Lorsque la Commission aura terminé son rapport, le Secrétariat pourrait peut-être créer un groupe qui serait chargé de rédiger un projet de résolution dans le but de parvenir à un consensus.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom de la Communauté européenne et de ses Etats Membres, reconnaît l'importance et la grande complexité de la question exposée dans le projet de résolution dont le texte devra être sensiblement remanié. Les Etats Membres de l'Union européenne se demandent comment répondre le mieux aux questions importantes qui sont posées concernant les activités de recherche-développement, et considèrent le commerce et les droits de propriété intellectuelle qui s'y rattachent comme des aspects majeurs. Il faudra que soit poursuivie la réflexion lorsque paraîtra le rapport de la Commission. Il serait souhaitable d'avoir une procédure du type de celle proposée par le membre désigné par la Bolivie pour parvenir à un consensus sur la base du rapport.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) dit que ce sujet complexe et sensible revêt une importance fondamentale. Elle regrette que le rapport de la Commission ne soit pas encore disponible, mais estime qu'un retard de quelques semaines est compréhensible compte tenu de la complexité des

---

<sup>1</sup> Document EB117/9.

questions en jeu. Les travaux de la Commission devraient déboucher sur des solutions concrètes et sur un débat davantage tourné vers l'action. Il faudrait faire en sorte que tous, et plus particulièrement les pauvres, aient durablement accès aux médicaments et à l'innovation.

L'oratrice se félicite du projet de résolution et espère qu'une résolution pourra être adoptée par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le Luxembourg s'associe aux orateurs précédents qui ont exprimé le désir de débattre et de prendre en considération les conclusions du rapport de la Commission.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) rend hommage au travail opiniâtre de la Commission. Saluant le projet de résolution, il fait observer qu'il reste neuf ans pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Les interventions de santé publique ne sont pas moins importantes que la mobilisation sociale ou la réduction des écarts entre pays développés et pays en développement. Les enjeux sont de taille ; si des mesures ne sont pas prises d'urgence, il est possible que les pays les moins avancés, particulièrement ceux d'Afrique et d'Asie du Sud, ne puissent réaliser les objectifs. Les craintes exprimées par certains membres quant au fait que le texte actuel du projet de résolution pourrait ne pas faire l'objet d'un consensus sont compréhensibles, mais l'orateur demande instamment au Conseil de recommander à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter une résolution tenant compte des conclusions du rapport de la Commission, faute de quoi la question pourrait traîner plusieurs années encore. Par conséquent, l'orateur soutient la proposition du membre désigné par la Bolivie, visant à la création d'un groupe restreint qui rendrait compte de ses conclusions au Conseil.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) trouve encourageant que la Commission concentre ses travaux sur les besoins sanitaires et les maladies des pauvres, et aussi sur l'accès aux produits novateurs. Les droits de propriété intellectuelle et la santé publique ont fait l'objet de débats à la vingt-troisième réunion des ministres de la santé des Etats Membres de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (Colombo, 4 et 5 septembre 2005). On a insisté et on s'est entendu sur la nécessité de faire passer les malades avant les brevets et de faire une place à la santé dans les négociations commerciales. Le Bhoutan salue et soutient en principe le projet de résolution. Compte tenu des préoccupations et des divergences de vues exprimées, l'orateur est favorable à la proposition de réunir un groupe restreint qui serait chargé d'examiner ces préoccupations et de formuler un projet de résolution équilibré pour être présenté à la prochaine Assemblée de la Santé.

Le Dr TANGI (Tonga) souscrit aux observations du membre désigné par le Canada concernant le consensus. Il attend avec impatience le rapport de la Commission et soutient la proposition du membre désigné par la Bolivie. Il faut que le Conseil ait le temps d'examiner et d'assimiler le rapport avant la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Une étude plus approfondie du rapport s'impose pour que les pauvres aient enfin accès à une médecine de qualité : un rêve certes ambitieux et difficile à réaliser.

Mme HALTON (Australie) reconnaît que la tâche de la Commission est complexe et délicate. Il est important de trouver des moyens d'incitation pour garantir aussi bien un accès constant aux médicaments nouveaux et novateurs qu'un accès abordable aux médicaments, l'essentiel étant de trouver un juste équilibre entre ces deux aspects.

Il faut avancer, mais en s'appuyant sur ce qui a déjà été fait et sur un examen attentif du rapport. Il importe particulièrement de veiller à la transparence et à ce que les divergences de vue soient bien comprises.

Pour que le rapport soit disponible lors de la prochaine Assemblée de la Santé, il faudra qu'un calendrier rigoureux soit établi. Le Conseil aura besoin que le Secrétariat le guide sur la manière dont il devra présenter ses vues à l'Assemblée de la Santé pour que celle-ci les examine.

Le Dr WINT (Jamaïque) souligne qu'il est urgent de prendre des mesures qui permettent aussi de se rapprocher des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est aussi important d'établir des lignes directrices pour les activités de recherche-développement que de rendre les produits accessibles et abordables.

L'orateur souscrit à la proposition du membre désigné par la Bolivie, étant entendu que l'Assemblée de la Santé devra s'efforcer de résoudre cette question en mai 2006. Le groupe devrait avoir également pour mandat d'affiner le texte du projet de résolution. Étant donné que le Directeur général ne sera pas en mesure de donner suite aux demandes figurant dans le projet de résolution sans l'appui de l'OMC, le Conseil devra, en élaborant sa stratégie, trouver un moyen de faire participer cette organisation, à la fois par l'intermédiaire des représentants nationaux et en utilisant les liens existant entre l'OMS et l'OMC.

Le Dr MIHAI (conseiller du Dr Iliescu, Roumanie) souligne que le rapport doit être précis, impartial et transparent. La question doit être résolue comme il convient, ce qui pourrait donc prendre plus de temps.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) évoque les appels qui ont été lancés pendant la présente session du Conseil pour que des mesures soient prises d'urgence sur plusieurs questions, notamment pour que les pays en développement, surtout africains, atteignent les objectifs du Millénaire pour le développement et que leurs systèmes de santé soient renforcés, particulièrement sous l'angle des ressources humaines. Compte tenu de l'urgence que présente pour les pays en développement la question à l'étude, l'orateur soutient le projet de résolution dans la mesure où il établit un cadre qui permettra de faire des progrès pour mettre les médicaments à la disposition des communautés défavorisées. Il souscrit à la proposition de constitution d'un groupe restreint chargé d'examiner le rapport de la Commission et d'informer le Conseil en temps utile, et soutient la proposition de création d'un groupe de travail informel pour le projet de résolution.

Mme 't HOEN (Consumers International), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que sa déclaration est soutenue par Médecins sans Frontières – Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, Health Action International, Medico International, Third World Network et CPTech. Ces organismes appuient fermement le projet de résolution et particulièrement la proposition du paragraphe 2.1) jugée importante et opportune, concernant la création d'un cadre mondial destiné à soutenir la recherche essentielle en santé. L'innovation est importante pour améliorer les soins, mais elle doit répondre aux besoins sanitaires réels et ne présente un intérêt que si ses résultats sont accessibles à tous ceux qui sont dans le besoin. Le projet de résolution propose une manière radicalement nouvelle de considérer l'innovation en créant un forum dans le cadre duquel les pays peuvent discuter des priorités et du partage des coûts des activités de recherche-développement.

A l'exception des débats au sein des pays du G8, aucun accord sur le commerce, le prix des médicaments ou les règles de propriété intellectuelle ne couvre l'appui du secteur public aux activités de recherche-développement ou les défaillances du marché dans ce domaine, par exemple en ce qui concerne les maladies négligées ou le projet sur le génome humain. Les activités de recherche-développement doivent disposer d'un cadre mondial équilibré, doté d'un mécanisme visant à encourager l'action dans les domaines prioritaires afin de garantir la mise au point de médicaments essentiels tout en permettant aux gouvernements de protéger les consommateurs contre les prix élevés et les difficultés d'accès. Des exemples récents montrent à quel point la volonté politique est importante pour assurer la coopération internationale et la mobilisation de ressources considérables. Malheureusement, le sentiment d'urgence qui s'est traduit par des réactions rapides et efficaces face à l'apparition du syndrome respiratoire aigu sévère et au risque de pandémie de grippe aviaire ne s'est pas du tout manifesté pour les activités de recherche-développement concernant les maladies qui touchent surtout les populations pauvres des pays en développement.

L'OMS est bien placée pour organiser et encourager les débats sur un nouveau cadre mondial qui garantirait la mise au point d'instruments sanitaires essentiels disponibles pour tous. L'adoption du projet de résolution serait un premier pas important dans ce sens.

Sir John SULSTON (OXFAM), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, s'associe pleinement aux observations formulées par l'orateur précédent. Il donne lecture d'une lettre ouverte au Conseil signée par plus de 200 scientifiques de renom qui expriment leur soutien au projet de résolution. Les signataires semblent préoccupés par le fait que les résultats de la recherche biomédicale ne débouchent pas suffisamment sur des traitements permettant de remédier aux problèmes de santé, et en particulier par le manque d'appui durable en faveur des activités de recherche-développement concernant les médicaments destinés à traiter les maladies négligées. Ils sont aussi vivement préoccupés de voir que les mécanismes existants sont incapables d'utiliser les progrès importants de la recherche fondamentale pour améliorer la santé publique à l'échelle mondiale. Les restrictions juridiques telles que les droits de propriété intellectuelle peuvent entraver l'échange de données et limiter les progrès de la recherche biomédicale. Par ailleurs, il y a un déséquilibre entre les besoins médicaux et l'affectation des ressources. Le projet de résolution, qui traite de ces questions d'une manière équilibrée et propose des solutions à long terme pour un financement durable, l'établissement de priorités et l'accès aux médicaments, mérite l'entière adhésion du Conseil.

Le Dr BALE (Fédération internationale de l'Industrie du Médicament), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que les objectifs mentionnés par l'orateur précédent sont partagés par tous. La question est de savoir si le système des droits de propriété intellectuelle donnera les résultats que tout le monde attend. L'orateur rappelle que les entreprises composant l'équipe spéciale Influenza Vaccine Supply International Task Force ont donné la priorité à 28 projets de vaccin contre la grippe aviaire, et la Fédération internationale se félicite de la coopération étroite avec l'OMS à cet égard. La recherche se poursuit également sur les médicaments et les vaccins destinés à lutter contre d'autres maladies. Pour ce qui concerne le VIH/SIDA, 20 agents antirétroviraux ont été créés, et des investissements importants ont été consacrés à la mise au point de 80 nouveaux médicaments, dont des vaccins. Deux nouveaux vaccins ont été lancés pour lutter contre les maladies à rotavirus, qui tuent environ 500 000 enfants chaque année dans les pays en développement. Deux nouveaux vaccins ont aussi été mis au point contre les infections à papillomavirus humain, à l'origine du cancer du col de l'utérus (pour lequel on recense la plus grande charge de morbidité dans les pays en développement), et des vaccins sont en cours d'élaboration contre le paludisme, la fièvre hémorragique Ebola et d'autres maladies tropicales. Au moins cinq partenariats public-privé travaillent à la mise au point d'agents innovants contre le paludisme (dont l'opération Médicaments antipaludiques), trois s'occupent de la tuberculose (dans le cadre de l'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux) et quatre de la trypanosomiase humaine africaine, de la leishmaniose et de la maladie de Chagas. Près de 90 % des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS ont été mis au point par l'industrie pharmaceutique. Celle-ci a par ailleurs mis en place de grands laboratoires de recherche-développement en Espagne, en Inde et à Singapour pour élaborer de nouveaux médicaments contre la dengue, le paludisme, la tuberculose et d'autres maladies tropicales. La Fédération internationale a exposé ses idées à la Commission pour favoriser ces partenariats. En outre, les sociétés membres de la Fédération internationale collaborent avec l'OMS et d'autres partenaires pour enrayer ou éradiquer diverses maladies tropicales.

Une étude complète menée en 2005 sur les programmes de ces sociétés membres de la Fédération dans les pays en développement a montré que l'industrie pharmaceutique a effectué près de 539 millions d'interventions sanitaires depuis l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement en 2000, et que l'accès aux agents antirétroviraux continue de se développer, puisque le nombre de malades du SIDA bénéficiant d'un traitement dans les pays en développement est maintenant proche de 500 000.

C'est l'innovation, protégée par les droits de propriété intellectuelle, qui est au centre de toutes ces activités. Ces droits sont essentiels. Les brevets et les autres aspects de la propriété intellectuelle

incitent les laboratoires pharmaceutiques, y compris dans des pays dont le nombre croît rapidement, tels que la Chine, l'Inde, le Mexique et Singapour, à se lancer dans la recherche et à nouer des partenariats avec les pays en développement. Les pays qui cherchent à se doter de moyens technologiques ont aussi besoin d'une protection de la propriété intellectuelle, par exemple pour l'exploitation de brevets sous licence ou la conduite d'essais cliniques. Cette protection est tout aussi importante pour les transferts de technologie et de connaissances des pays en développement vers les pays industrialisés que pour les transferts dans l'autre sens. La propriété intellectuelle est le fondement même des efforts menés au niveau mondial pour élaborer des médicaments et des vaccins nouveaux destinés à lutter contre les pandémies virales, pour développer les soins de santé et pour diffuser le savoir-faire technologique dans le monde entier.

Le Dr NYIKAL (Kenya) souligne que le rapport de la Commission et le projet de résolution ne s'excluent pas mutuellement. Les deux documents devraient être soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Ils devraient être menés à bien en même temps et en synergie. Il faudrait que le Conseil soit en mesure de prendre une décision sur le projet de résolution à la présente session. Il sera encore possible de formuler des observations à l'Assemblée de la Santé et dans le rapport de la Commission. Actuellement, on ne peut tirer aucune conclusion quant au contenu du rapport et il n'est donc peut-être pas opportun de définir la séquence à suivre. Il est sûrement préférable de progresser sur les deux plans à la fois avec un groupe de travail pour le rapport et un groupe de rédaction pour la résolution et de réunir les deux en temps voulu, pour ne pas perdre de vue le caractère d'urgence. Le projet de résolution appelle les Etats Membres intéressés à créer un cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en santé. Personne n'est exclu. Pas plus que ne le sont les données contenues dans le rapport de la Commission. Les efforts importants qui ont été consacrés au projet de résolution et ceux déployés par la Commission ne doivent pas avoir été faits en vain.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) dit qu'à l'issue de consultations informelles on a suggéré, compte tenu du soutien qui avait été exprimé, de faire avancer le projet de résolution pendant la présente session. Pour cela, de nouvelles consultations seront organisées après la session, sous la présidence du Dr Shangula, Vice-Président. Il a également été suggéré que le groupe de travail proposé par le membre désigné par la Bolivie se compose pour l'essentiel de 12 membres du Conseil, deux pour chaque Région de l'OMS, mais qu'il soit ouvert à tous les Etats Membres intéressés et qu'il se réunisse à Genève après la publication du rapport de la Commission. Avec l'aide de la Présidente de la Commission, le Secrétariat élaborera un projet de résolution sur le rapport, qui pourrait aussi être examiné par le groupe de travail dont les observations seront ensuite transmises à l'Assemblée de la Santé. Il sera difficile de prendre d'autres décisions concernant le projet de résolution dont est saisi le Conseil avant la tenue des consultations informelles proposées si le projet de résolution doit encore être travaillé après la présente session ; cette tâche pourrait éventuellement être confiée au groupe de travail.

Le Dr NYIKAL (Kenya) demande des compléments d'information sur le temps qui risque de s'écouler entre la réunion du groupe de travail proposé et l'Assemblée de la Santé. Il n'est peut-être pas indiqué de préjuger du contenu du rapport de la Commission en laissant entendre qu'il faudrait préparer un projet de résolution séparé sur le rapport alors que, par ailleurs, on suggère d'examiner le projet de résolution actuel à la lumière du rapport.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) confirme que le rapport de la Commission devrait normalement être disponible vers la mi-avril 2006. L'Assemblée de la Santé commencera le 22 mai 2006. Le groupe de travail devra donc se réunir vers la fin du mois d'avril 2006.



M. ALCÁZAR (suppléant du Dr Buss, Brésil), souscrivant aux observations formulées par le membre désigné par le Kenya, dit qu'aucune objection n'a été soulevée contre le projet de résolution lors des débats précédents. En fait, le membre désigné par la Thaïlande a demandé que l'on agisse rapidement. Les problèmes de procédure ne se seraient pas posés si la Commission avait remis son rapport à la présente session. On ne peut tarder davantage et le Conseil doit prendre une décision sur le projet de résolution dont il est saisi.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) salue la proposition de poursuivre l'examen du projet de résolution dans le cadre de consultations informelles. Toutefois, il convient d'examiner avec soin la proposition visant la création d'un groupe de travail chargé d'examiner le rapport de la Commission et l'élaboration d'un projet de résolution par le Secrétariat. Si le projet de résolution soumis au Conseil est adopté à la présente session, le deuxième projet de résolution devra en tenir compte. Mais un deuxième projet de résolution est-il vraiment nécessaire? Le Conseil devra faire connaître clairement son point de vue à l'Assemblée de la Santé, sans contradiction possible, ce que l'on pourrait craindre avec deux projets de résolution séparés.

Selon M. SILBERSCHMIDT (Suisse),<sup>1</sup> le sentiment général est que la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé doit adopter une résolution ferme et générale; la question est de savoir comment y parvenir. Le projet de résolution soumis au Conseil recoupera sans doute le rapport de la Commission sur plusieurs points, mais il ne peut préjuger de son contenu et son libellé devra être révisé à la lumière de celui-ci. L'orateur souscrit donc à la proposition consistant à présenter deux projets de résolution à l'Assemblée de la Santé.

Mme DREIFUSS (Présidente de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique) présente ses excuses pour le retard de la publication du rapport de la Commission et les difficultés de procédure qui s'ensuivent. Elle assure au Conseil que les membres de la Commission sont conscients de l'urgence de la question. La principale difficulté est de trouver un juste équilibre entre les exigences liées à l'innovation, qui concernent encore essentiellement – mais non plus seulement – les pays industrialisés, et les besoins, notamment en matière de santé publique, des populations défavorisées des pays en développement. Plusieurs orateurs ont souligné la nécessité d'adopter une série de mesures qui ne portent pas seulement sur les droits de propriété intellectuelle. L'organisation des systèmes de santé pour garantir la prestation de services importe tout autant que la promotion des activités de recherche-développement. Le rapport cherchera donc à montrer l'éventail des mesures nécessaires pour promouvoir l'innovation visant stratégiquement la lutte contre les maladies jusque-là négligées ou les malades dans les populations qui n'ont pas accès aux médicaments, aux vaccins et aux moyens diagnostiques qui existent actuellement. Il s'agit aussi de fournir des orientations aux Etats Membres, au Secrétariat et aux organisations internationales telles que l'OMPI et l'OMC lorsqu'ils ont des décisions à prendre. Ces décisions pourront bien entendu être différentes selon les gouvernements et les conditions en place: la Commission ne peut les leur dicter, mais elle peut énoncer les éléments dont ils doivent tenir compte pour prendre des décisions rationnelles et rapprocher les responsables du commerce et ceux de la santé. Cela va tout à fait dans le sens de la résolution sur le commerce international et la santé adoptée par le Conseil à sa sixième séance.<sup>2</sup>

Se référant aux observations des membres désignés par le Canada et le Japon, Mme Dreifuss souscrit à l'opinion selon laquelle il ne sert à rien de perdre du temps à essayer de trouver un consensus si les chances de l'obtenir sont improbables. Il vaut mieux que les points de désaccord soient nettement exposés et la Commission n'a pas ménagé ses efforts pour préciser les arguments en

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

<sup>2</sup> Résolution EB117.R5.

faveur de telle ou telle position, faisant ainsi clairement ressortir les points de divergence. Cela ne veut pas dire que les membres de la Commission reviendront à leurs divergences initiales ; les progrès faits sur la voie de la convergence ne seront pas vains, mais les points sur lesquels un consensus n'a pu être établi seront exposés en toute transparence. Les dix membres de la Commission ont travaillé sans se faire prier pendant deux ans pour essayer de parvenir à une communauté de vues. Les domaines dans lesquels cela n'a pas été possible seront clairement indiqués dans le rapport.

En ce qui concerne le calendrier, Mme Dreifuss suggère que le rapport soit affiché en version anglaise sur le site Web de la Commission dès qu'il sera terminé ; les versions dans les autres langues seront disponibles ultérieurement dans le courant du mois d'avril 2006.

Le PRESIDENT suggère de suspendre la poursuite de l'examen de ce point de l'ordre du jour en attendant les résultats des consultations informelles.

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

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la huitième séance, section 3, p. 139.)

### **Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 4.12 de l'ordre du jour (documents EB117/14 et EB117/14 Add.1)**

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom du Groupe africain, souligne l'importance capitale de la recherche sanitaire pour promouvoir la santé, prévenir la maladie et limiter les actes cliniques. Compte tenu des différents niveaux de développement des Etats Membres, il faut que les recommandations soient suffisamment générales pour couvrir les besoins de tous. La recherche mondiale a servi de base à la révolution sanitaire du XX<sup>e</sup> siècle, mais les pays en développement n'ont pu bénéficier de ses avancées autant que cela était possible. Seulement 10 % du financement de la recherche médicale mondiale ont été affectés aux problèmes sanitaires qui concernent 90 % de la population mondiale. C'est en Afrique que la recherche sur les systèmes de santé a retenu le moins d'attention. Même dans les domaines où la recherche a été importante, il reste un décalage entre les connaissances issues de la recherche et leur application. Il est essentiel que l'OMS s'attelle à ces deux problèmes.

L'orateur soutient le projet de résolution figurant dans le document EB117/14, mais propose d'ajouter un nouveau paragraphe 3.7) ainsi libellé : « de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leurs capacités de recherche sur les systèmes de santé ».

Le Dr OROOJ (suppléant de M. Khan, Pakistan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, demande instamment à l'OMS d'affecter des ressources durables pour permettre aux pays en développement de mener des activités essentielles de recherche en santé et de veiller à ce que les résultats de la recherche soient utilisés et diffusés d'une manière appropriée. Il souligne aussi que l'OMS doit encourager la mise en place de réseaux de recherche et l'interaction entre pays développés et pays en développement, et qu'elle doit se tourner vers d'autres acteurs du secteur public que la santé et l'éducation pour promouvoir les programmes nationaux de recherche en santé. Devant l'échec de nombreuses interventions dans les pays en développement, l'OMS, dans le cadre de son programme de recherche, devrait aussi évaluer les grands programmes et les principales initiatives concernant la prévention des maladies et la lutte contre celles-ci afin de mieux se familiariser avec les problèmes de mise en oeuvre auxquels se heurtent les pays en développement. Le programme de recherche devrait s'efforcer d'aider à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et de renforcer la capacité des systèmes de santé, comme le préconise le Sommet ministériel sur la recherche en santé (Mexico, 16-20 novembre 2004).

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) soutient le projet de résolution. Etant donné que la recherche en santé doit aussi se pencher sur les questions de la pauvreté et des inégalités en matière de santé pour infléchir les politiques, il propose d'insérer dans le préambule, à la suite du troisième alinéa, un nouvel alinéa ainsi libellé : « Reconnaissant par ailleurs que la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé est limitée et qu'elle joue un rôle important pour orienter les politiques et réduire ainsi les écarts ». Il suggère aussi, puisque certains pays ont déjà commencé à affecter une partie de leur budget de la santé à la recherche, de remplacer, au paragraphe 1.1), les mots « de mettre en oeuvre » par « d'accélérer la mise en oeuvre de ». Au paragraphe 2, il propose d'insérer, après « la recherche sanitaire et médicale », une virgule suivie du membre de phrase suivant « et en particulier la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé ».

M. GUNNARSSON (Islande) se félicite de ce que le projet de résolution prie le Directeur général d'examiner l'utilisation des données issues de la recherche pour l'adoption de décisions et de recommandations majeures de politique générale à l'intérieur de l'OMS. Comme, faute de temps, les partenaires de l'OMS n'ont pu être associés comme il se doit à la rédaction du document d'information mentionné dans le rapport du Secrétariat, l'orateur demande que ce document soit examiné conjointement avec les bureaux de pays et les bureaux régionaux de l'OMS et les partenaires tels que les gouvernements, les organismes donateurs bilatéraux, les fondations et les organisations non gouvernementales. Le document révisé devrait paraître bien avant la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé afin de permettre aux Membres d'en débattre en connaissance de cause. La tenue des consultations par voie électronique ferait gagner du temps et de l'argent.

**La séance est levée à 12 h 30.**

## HUITIEME SEANCE

**Jeudi 26 janvier 2006, 14 h 15**

**Président : M. M. N. KHAN (Pakistan)  
puis : Mme J. HALTON (Australie)**

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

#### **Rôle et responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé : Point 4.12 de l'ordre du jour (documents EB117/14 et EB117/14 Add.1) (suite)**

Le Dr SINGAY (Bhoutan) loue la qualité du rapport et appuie le projet de résolution qui y est présenté, faisant observer que des liens plus étroits et une meilleure coordination entre le Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS), le Siège de l'OMS et les bureaux régionaux seraient bénéfiques à l'action que mène l'Organisation en matière de recherche en santé.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) reconnaît le rôle important que joue l'OMS dans le domaine de la recherche en santé et appuie le projet de résolution. La recherche en santé est appelée à prendre une part décisive dans la reconstruction des systèmes de santé ; elle sera nécessaire pour assurer le suivi des efforts faits pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, parvenir à l'équité, réduire les inégalités et évaluer les interventions. L'OMS doit aider les pays à renforcer la culture de la recherche en santé en leur proposant des exemples de la façon dont ses applications ont amélioré la santé humaine. Certains instituts et programmes partenaires, tel le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, sont extrêmement utiles mais ont tendance à travailler de manière centralisée ; il faudrait qu'ils se préoccupent davantage de développer le potentiel des pays.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) constate avec satisfaction que l'OMS s'efforce de systématiser la façon dont elle rend compte de ses activités de recherche en santé et souligne qu'il lui faut absolument continuer à conférer un rang de priorité à ces activités et à définir la valeur ajoutée qu'elles apportent dans le domaine de la recherche. Le Canada encourage les recherches portant sur les solutions à apporter aux inégalités en matière de santé. Il a parrainé une réunion consacrée au dialogue OMS-Canada sur la recherche en santé mondiale (Ottawa, 3-4 novembre 2005), à l'issue de laquelle des suggestions ont été faites sur les moyens d'améliorer la collaboration pour la recherche en santé entre pays développés et pays en développement. D'autres pays devraient eux aussi engager ce type de dialogue.

Mme HALTON (Australie) rappelle que, dans sa résolution WHA58.34 consacrée au Sommet ministériel sur la recherche en santé, l'Assemblée de la Santé a instamment invité les Etats Membres à envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 tendant à ce que « les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ». Cette résolution ayant été adoptée à l'issue

de discussions approfondies sur les conclusions du Sommet ministériel, le libellé du projet de résolution à l'examen devrait être aligné sur celui de ladite résolution, et l'on devrait remplacer le premier alinéa de l'actuel paragraphe 1 par le premier alinéa du paragraphe 2 de la résolution WHA58.34.

Le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) appuie le projet de résolution, d'autant plus que celui-ci met en exergue la responsabilité des Etats Membres dans les activités de recherche-développement en santé. Ce texte devrait être facile à appliquer si chaque partie honore ses engagements. La demande adressée tant au Directeur général qu'aux Etats Membres tendant à ce qu'ils s'emploient également à promouvoir la recherche en santé est tout à fait fondée.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> appuie la proposition faite par le membre désigné par l'Australie. Il propose aussi de remplacer « recherche sanitaire et médicale », au paragraphe 2 du dispositif, par « recherche sanitaire, médicale et comportementale ». Le texte pourrait aussi faire mention des deux organes de l'OMS qui sont spécialisés dans la recherche, à savoir le CIRC et le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

M. DEL PICÓ (Chili),<sup>1</sup> s'exprimant au nom du Groupe des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, souligne que la plupart des pays de sa Région ne pourraient pas s'acquitter de l'obligation d'allouer 2 % de leur budget de la santé à la recherche. Il suggère donc d'insérer au premier alinéa du paragraphe 1, après « mettre en oeuvre », l'expression «, dans la mesure du possible, ».

M. DEVLIN (Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, se félicite des efforts faits par l'OMS pour clarifier la nature de ses activités et fonctions actuelles en matière de recherche en santé et demande instamment à l'Organisation de s'attacher davantage à évaluer ses activités au niveau régional et à celui des pays. Lorsqu'elle analyse son rôle, l'OMS devrait prendre en considération les organismes extérieurs, organisations non gouvernementales et autres institutions afin de pouvoir instaurer des partenariats qui ne peuvent être que favorables à la recherche en santé au niveau des pays. Le membre désigné par l'Islande a fait une heureuse proposition en suggérant d'associer les partenaires à la révision du document d'information ; le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement serait prêt à participer à cet examen.

Le Dr LARIVIÈRE (Centre international de Recherche sur le Cancer) rend hommage aux efforts déployés par le CCRS pour faire connaître les résultats de la recherche en santé et pour en traduire les conclusions dans les politiques et programmes. Le CIRC a été créé par l'Assemblée de la Santé en 1965 ; avec quelque 300 publications scientifiques produites chaque année, il contribue de manière irremplaçable à la prévention et à la lutte contre le cancer dans le monde entier. Le Centre considère que l'élaboration d'un projet de politique sur la recherche en santé est l'occasion pour lui de faire partager et d'optimiser sa vaste expérience en matière de recherche dans l'intérêt de l'OMS. Afin de satisfaire les exigences à venir en matière de recherche en santé, il faudrait établir un document qui rendrait compte de la situation concrète qui est actuellement celle de la recherche au sein de l'OMS et qui tenterait de répondre aux besoins futurs de la communauté de la recherche en santé. Les consultations ouvertes à tous qui ont été proposées par le membre désigné par l'Islande permettraient sans doute d'améliorer le document d'information, que l'on pourrait réexaminer à une date ultérieure.

M. BAILÓN (Mexique) appuie l'amendement proposé par le représentant du Chili. Allouer 2 % du budget de la santé à la recherche est un idéal, mais il faut reconnaître que beaucoup de pays, du fait

---

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

de leurs ressources financières limitées, auront du mal à atteindre un tel objectif. L'OMS devrait consacrer davantage de ressources à l'étude systématique des publications scientifiques et recommander aux Etats Membres de s'y intéresser activement de façon que tous aient accès aux meilleures informations possibles. Des experts de pays à faible revenu et à revenu intermédiaire devraient faire partie des groupes de travail afin qu'il soit tenu compte de leurs points de vue. Enfin, il faudrait créer un mécanisme qui permettrait d'évaluer les progrès réalisés dans la promotion de la recherche en santé.

M. GUNNARSSON (Islande) appuie la proposition du représentant des Etats-Unis d'Amérique tendant à ajouter les mots « et comportementale » après « médicale » au paragraphe 2 du dispositif.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) n'est pas opposé à la tenue de nouvelles consultations ; mais, comme il ne reste que deux mois pour parachever le document d'information et compte tenu des contraintes budgétaires, il sera difficile de les organiser concrètement : il serait préférable que les Etats Membres communiquent leurs commentaires par voie électronique. Il remercie les Etats Membres de leurs observations, dont il sera tenu compte.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture des amendements qui ont été proposés. Il a été suggéré d'insérer un nouvel alinéa après le troisième alinéa du préambule, qui se lirait comme suit : « Reconnaissant par ailleurs que la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé est limitée et que les données qui découlent de cette recherche sont importantes pour orienter les politiques et réduire ainsi les écarts ; ». Compte tenu de l'observation faite au sujet du débat qui a eu lieu en mai 2005, il suggère que le texte du premier alinéa du paragraphe 1 présenté à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé reprenne le libellé de la résolution WHA58.34, qui se lit comme suit : « envisager d'appliquer la recommandation formulée en 1990 par la Commission de Recherche en Santé pour le Développement, à savoir que les pays en développement investissent au moins 2 % des dépenses de santé nationales dans la recherche et le renforcement du potentiel de recherche, et qu'au moins 5 % de l'aide aux projets et aux programmes du secteur de la santé fournie par les organismes d'aide au développement soient consacrés à la recherche et au renforcement des capacités de recherche ;<sup>1</sup> ». Le paragraphe 2 serait modifié comme suit : « ... dans tous les domaines de la recherche sanitaire, médicale et comportementale, et en particulier la recherche sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé ; et à continuer de soutenir ... ». Il a aussi été proposé d'ajouter un paragraphe 3.7) dont le libellé serait le suivant : « de fournir un appui aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leurs capacités de recherche sur les systèmes de santé ».

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada), appuyant la proposition du représentant des Etats-Unis d'Amérique tendant à mentionner des programmes de recherche existants au sixième alinéa du préambule, elle suggère de faire aussi référence au Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) souligne qu'il est délicat de désigner nommément tel ou tel programme de recherche.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) suggère d'opter pour le libellé suivant : « Notant en particulier les travaux du CIRC, du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et du Programme

---

<sup>1</sup> Commission on Health Research for Development. *Health research: essential link to equity in development*. New York, Oxford University Press, 1990.

spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine ».

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution ainsi amendé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

## **2. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 9 de l'ordre du jour**

**Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé (CCRS) : Point 9.4 de l'ordre du jour (document EB117/37)**

Le Professeur WHITWORTH, prenant la parole en qualité de Président du CCRS, rend hommage au Président du Conseil pour le soutien qu'il apporte personnellement de longue date à la recherche en santé dans son pays et au niveau international. C'est un chercheur en santé qui a été désigné Australien de l'Année en 2006. A propos du rapport du Comité sur sa quarante-cinquième session, elle indique que, dans son plan de travail pour 2006-2007, celui-ci continuera de participer au programme de recherche sur les systèmes de santé exécuté avec ses partenaires, au programme d'enregistrement des essais cliniques et à l'initiative des réseaux de politiques à bases factuelles. Le Sous-Comité sur l'amélioration de l'utilisation des données issues de la recherche à l'OMS examine le rôle et les responsabilités de l'OMS dans l'utilisation de la recherche en santé pour étayer les décisions. Les changements exigent des processus de synthèse et d'interprétation des données factuelles plus rigoureux que les approches traditionnelles fondées sur les avis d'experts. Il incombe à l'OMS de mettre à profit ces avancées et de jouer un rôle directeur. L'OMS devrait s'attacher à donner l'exemple en appliquant les meilleures pratiques liées à l'utilisation des données issues de la recherche, et son action directrice est encourageante. Le renforcement interne des capacités favorisera la mise en oeuvre.

Le Comité se félicite de l'enquête menée par l'Agence suédoise pour le Développement international sur les activités de recherche de l'OMS. Un système d'information contribuerait à améliorer l'efficacité de la gestion de la recherche. Le Comité adhère sans réserve au document d'information de l'OMS sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé<sup>2</sup> et il appuie le projet de résolution. L'OMS doit rester la première organisation internationale de santé à dispenser des avis reposant sur les meilleures données issues de la recherche. La gestion des risques éviterait que soient exposées les insuffisances perçues dans les avis, les recommandations et les lignes directrices fournis par l'OMS. Ses propres pratiques en matière de recherche doivent s'inspirer des meilleures pratiques. Cela a été le cas pour l'éthique de la recherche ; des normes du même niveau peuvent être observées pour l'établissement des priorités de la recherche, les examens par les pairs, la diffusion et l'amélioration des résultats sanitaires.

Elle appelle l'attention sur la conférence ministérielle sur la recherche en santé qui aura lieu en Afrique en 2008. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé de 2004 n'a pas hésité à inscrire la recherche au programme des responsables politiques et la réunion qui se tiendra en Afrique en 2008 continuera sur cette voie.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) note que le document d'information sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans le domaine de la recherche en santé fait référence à un mécanisme concerté de soutien pour les recherches de l'OMS.<sup>2</sup> L'OMS ne dispose d'aucune politique ni d'aucun

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R6.

<sup>2</sup> Document ACHR45/05.16.

mécanisme pour coordonner les travaux des 368 centres collaborateurs de l'OMS et les deux centres spécialisés existants. Vu le déficit de ressources financières et humaines, le maillage ne suffit pas et ces centres ont besoin pour travailler d'un mécanisme de coordination que le CCRS est le mieux à même de concevoir. Il réitère l'engagement du Japon vis-à-vis de la mission du Centre de l'OMS pour le développement sanitaire à Kobe, Hyogo (Japon) et se félicite que ses opérations soient prolongées de dix ans. Le soutien fourni par le consortium local, le Groupe de Kobe, illustre de manière remarquable ce que des partenariats public-privé peuvent apporter à la recherche.

Pour ce qui est du rapport du Comité, l'enregistrement des essais cliniques est une initiative importante pour tous les pays et l'OMS devrait aider à renforcer les capacités aux fins de la création de registres dans les pays en développement. La promotion de la recherche sur les systèmes de santé est, elle aussi, importante. Il appelle l'attention sur la nécessité de bien préparer la réunion de 2008 en Afrique et de coordonner les activités connexes.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan), saluant le rapport du CCRS, demande, à propos du paragraphe 5, pourquoi aucun lien n'est proposé avec d'autres bureaux régionaux comme ceux de la Méditerranée orientale et de l'Afrique. Concernant l'enquête sur les activités de recherche de l'OMS (paragraphe 7), elle demande pourquoi il a fallu demander à plusieurs reprises que soit améliorés les mécanismes de gestion de la diffusion des travaux. Elle regrette que les contrats de recherche entre des donateurs extérieurs et des instituts de pays en développement soient défavorables à ces derniers, situation qu'il convient de corriger.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), répondant à la deuxième question, dit que, vu la quantité d'activités de recherche menées dans l'ensemble de l'Organisation, il n'est pas toujours aisé de trouver des solutions spécifiques définissant et décrivant les travaux, mais que l'on continue de s'efforcer de rassembler les données. Il n'existe pas de centre de recherche de l'OMS dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), se reportant au paragraphe 6 du rapport, insiste sur la nécessité de tenir compte de l'usage ultime des résultats de la recherche. Ceux-ci devraient à l'évidence servir à améliorer les systèmes de santé dans tous les pays et non, comme c'est parfois le cas, bénéficier à leurs auteurs du simple fait de leur publication. Il souhaite, à son tour, que la conférence qui se tiendra en Afrique en 2008 soit préparée dans un esprit de coopération.

**Le Conseil prend note du rapport.**

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

**Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action : Point 4.2 de l'ordre du jour (document EB117/5) (suite)**

- **Application du Règlement sanitaire international (2005) : suivi** (documents EB117/31 et EB117/31 Add.1) (suite de la troisième séance, section 1)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé sur l'application du Règlement sanitaire international (2005), dont le texte suit :



Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;<sup>1</sup>  
RECOMMANDE à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;

Rappelant les résolutions WHA58.3 sur la révision du Règlement sanitaire international et WHA58.5 sur la pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action ;

Réaffirmant le risque grave pour la santé humaine, notamment celui de l'émergence possible d'un virus pandémique, que présentent les flambées actuelles chez les volailles de grippe aviaire causée par la souche H5N1 hautement pathogène du virus grippal A dans certaines parties d'Asie et ailleurs ;

Notant avec préoccupation la persistance de flambées chez les volailles, celle de cas sporadiques de pathologies humaines graves qui leur sont associées, le caractère endémique du virus dans plusieurs pays, sa propagation à la faveur des migrations des oiseaux d'eau sauvages vers de nouvelles régions, et la propagation ultérieure que l'on prévoit ;

Consciente que ces facteurs, entre autres, ont accru la probabilité d'une pandémie ;

Soulignant l'importance que revêtent le plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe<sup>2</sup> ainsi que les mesures de lutte qu'il recommande ;

Sachant que la détection rapide des cas humains, reposant sur des capacités nationales adéquates, et la notification rapide et transparente des résultats sous-tendent la capacité de l'OMS à procéder à une évaluation fiable des risques et à déclarer une phase appropriée d'alerte à la pandémie, et qu'elles sont en outre nécessaires pour garantir que les premiers signes épidémiologiques d'une transmissibilité interhumaine accrue du virus sont bien reconnus ;

Consciente que plusieurs dispositions du Règlement sanitaire international (2005) seraient utiles en vue d'une action renforcée et coordonnée de la communauté internationale, tant dans la situation actuelle qu'en cas de pandémie ;

Consciente en outre que la capacité renforcée de réagir à des cas humains de grippe aviaire et à la menace de pandémie qui en découle permettra de mieux faire face à de nombreuses autres maladies infectieuses émergentes et potentiellement épidémiques et d'accroître ainsi la sécurité sanitaire mondiale face à la menace de maladies infectieuses ;

Notant que le Règlement sanitaire international (2005) n'entrera en vigueur que le 15 juin 2007 ;

Rappelant les principales conclusions et recommandations adoptées lors d'une réunion commune organisée par l'OMS, la FAO, l'Office international des Epizooties et la Banque mondiale sur la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine (Genève, 7-9 novembre 2005) ; et

Donnant suite à la demande spécifique, formulée au cours de cette réunion, de soumettre des propositions à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-septième session, en vue d'une application volontaire immédiate des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) ;

1. INVITE les Etats Membres à appliquer immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) considérées comme pertinentes au regard du risque présenté par la grippe aviaire et la grippe pandémique ;

---

<sup>1</sup> Document EB117/31.

<sup>2</sup> Document WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5.

2. DECIDE que les dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) seront notamment les suivantes :
- 1) l'annexe 2, dans la mesure où elle prévoit la notification rapide à l'OMS des cas de grippe humaine causés par un nouveau sous-type de virus ;
  - 2) l'article 4, concernant la désignation ou la mise en place d'un point focal national RSI dans les pays et la désignation de points de contact RSI à l'OMS, ainsi que la définition de leurs fonctions et responsabilités ;
  - 3) les articles du titre II se rapportant à la communication d'informations, à la consultation, à la vérification et à l'action de santé publique ;
  - 4) les articles 23 et 30 à 32 du titre V concernant les dispositions générales relatives aux mesures de santé publique applicables aux voyageurs à l'arrivée ou au départ et les dispositions spéciales applicables aux voyageurs ;
  - 5) les articles 45 et 46 du titre VIII concernant le traitement des données à caractère personnel et le transport et la manipulation de substances biologiques, réactifs et matériels utilisés à des fins diagnostiques ;
3. NOTE que cette application volontaire ne saurait préjuger de la position d'aucun Etat Membre concernant le Règlement sanitaire international (2005) après son entrée en vigueur ;
4. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :
- 1) à désigner ou à mettre en place immédiatement un point focal national RSI, comme le prévoit l'article 4 du Règlement, et à en informer l'OMS dans les 90 jours, ledit point focal étant habilité à communiquer des informations officielles et à participer à l'évaluation collective des risques avec l'OMS ;
  - 2) à suivre, en ce qui concerne les questions liées aux cas humains de grippe aviaire, les dispositifs et les procédures énoncés dans le Règlement pour une maladie pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ;
  - 3) à notifier de manière transparente et urgente tous les cas ~~suspects~~ probables [Thaïlande] ou confirmés de grippe aviaire, y compris les cas exportés ou importés, ~~et~~ à poursuivre ensuite les communications à l'OMS les concernant et à diffuser des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes en temps utile et régulièrement [Tonga] ;
  - 4) à renforcer la collaboration sur les gripes humaine et zoonosique avec les organismes nationaux [France] responsables de la santé humaine et animale afin de renforcer la surveillance et de prendre des mesures immédiates pour endiguer les poussées de grippe aviaire chez l'homme et l'animal ; [Thaïlande]
  - 4)5) à respecter les délais prévus par le Règlement pour entreprendre et mener à bien des activités et des communications urgentes, particulièrement en ce qui concerne la déclaration de cas humains de grippe aviaire, la vérification des faits et les mesures prises pour répondre aux demandes d'informations complémentaires reçues de l'OMS ;
  - 5)6) à collaborer, notamment par la mobilisation d'un appui financier, à la mise en place, au renforcement et au maintien de la capacité de surveillance et d'action concernant la grippe dans les pays touchés par la grippe aviaire ;
  - 6)7) à suivre ~~toutes~~ les recommandations ~~éventuelles~~ [USA/Canada] du Directeur général, de même que les conseils techniques de l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe, qui sont jugées nécessaires dans le cadre de l'action internationale face à la grippe aviaire ou à la grippe pandémique ;
  - 7)8) à informer le Directeur général des mesures prises dans le cadre de l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005) ;
5. PRIE le Directeur général :
- 1) de désigner immédiatement des points de contact RSI à l'OMS, comme le prévoit l'article 4 du Règlement ;

- 2) d'appliquer, dans la mesure du possible et aux fins de la présente résolution, les mesures prévues aux titres II et III du Règlement qui incombent à l'OMS ;
- 3) d'accélérer encore les mesures prises pour établir une liste d'experts et solliciter des propositions concernant les membres à faire figurer sur la liste, conformément à l'article 47 ;
- 4) d'utiliser l'équipe spéciale chargée de la pandémie de grippe comme dispositif temporaire appelé à conseiller l'Organisation sur la riposte à la grippe aviaire, la phase appropriée d'alerte à la pandémie et les mesures correspondantes qui sont recommandées, la déclaration d'une pandémie de grippe et l'action internationale face à une pandémie ;
- 5) de collaborer avec les Etats Membres à la mise en oeuvre de la présente résolution, et à l'application volontaire du Règlement sanitaire international (2005), [Canada] le cas échéant, notamment :
  - a) en apportant ou en facilitant une coopération technique et un appui logistique ;
  - b) en mobilisant l'aide internationale, notamment l'appui financier, en consultation avec les Etats Membres, surtout les pays touchés ne disposant pas d'une capacité opérationnelle suffisante, surtout lorsque les mesures de lutte contre la propagation internationale ont peu de chances d'être concluantes ; [Thaïlande]
  - c) en établissant des lignes directrices pour aider les Etats Membres à renforcer leurs capacités d'action de santé publique face au risque de grippe aviaire et de grippe pandémique ;
  - d) en élaborant un cadre pour l'évaluation de l'application volontaire par les Etats Membres du Règlement sanitaire international (2005) ; [Kenya]
- 6) de collaborer avec les Etats Membres dans la mesure du possible pour aider les pays en développement à mettre en place et à renforcer les capacités nécessaires en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 7) de mobiliser et d'affecter spécifiquement les ressources techniques de l'OMS là où cela est possible, en utilisant les capacités disponibles dans les bureaux régionaux et les centres collaborateurs pour développer et accélérer les activités de formation dans les domaines de la surveillance, de l'alerte et des interventions en cas d'épidémie, ainsi que des capacités de laboratoire, de la biosécurité et du contrôle de qualité, afin d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) ; [France]
- 7)8) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session, sur l'application de la présente résolution et de faire ensuite rapport chaque année sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres pour l'application volontaire et la mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) [Canada].

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) informe le Conseil que l'amendement proposé par le membre désigné par la France concernant le développement de la formation n'entraînera pas de surcoût.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) propose de diviser le paragraphe 4.3) en deux alinéas, le premier sur la notification et les communications et le second sur la diffusion des matériels biologiques. Au paragraphe 4.4), il conviendrait de remplacer le mot « avec » qui précède « les organismes nationaux » par « entre ». Au paragraphe 5.5) b), le mot « pour » devrait être inséré entre « surtout » et « les pays touchés » et, au paragraphe 5.8), « volontaire » doit être supprimé après « l'application » car, le moment venu, le Règlement entrera en vigueur.

Mme HALTON (Australie) est également d'avis que le mot « volontaire », au paragraphe 5.8), doit être supprimé. Elle relève à cet égard qu'il semble y avoir un chevauchement avec le paragraphe 5.5) d).

Le Dr TANGI (Tonga), pour expliquer l'amendement proposé par les Tonga au paragraphe 4.3), dit que la notification des cas de grippe n'est pas suffisante ; des informations et les matériels biologiques pertinents doivent aussi être communiqués.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) convient de la logique de la proposition du membre du Canada visant à scinder le paragraphe 4.3) en deux alinéas ainsi libellés : « 3) à notifier de manière transparente et urgente tous les cas probables ou confirmés de grippe aviaire, y compris les cas exportés ou importés, et à poursuivre ensuite les communications à l'OMS les concernant ; » et « 4) à diffuser aux centres collaborateurs de l'OMS des informations et matériels biologiques pertinents sur les souches de grippe aviaire et autres nouvelles souches de virus grippal hautement pathogènes en temps utile et régulièrement ».

Le Dr BELLO DE KEMPER (République dominicaine)<sup>1</sup> dit qu'il ressort clairement de la résolution WHA58.3 que l'application des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) doit être volontaire. Les termes du paragraphe 5.8) doivent donc rester inchangés, compte tenu en particulier du libellé du paragraphe 3 selon lequel « cette application volontaire ne saurait préjuger de la position d'aucun Etat Membre concernant le Règlement sanitaire international (2005) après son entrée en vigueur ». Les Etats Membres auxquels l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international pose des problèmes décideront probablement d'appliquer les dispositions pertinentes volontairement, notamment dans la perspective d'une éventuelle flambée de grippe aviaire et de la menace que fait peser le VIH/SIDA.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) indique que le paragraphe 5.7) du document EB117/31 a été rédigé compte tenu des opinions exprimées par l'Assemblée de la Santé lors de l'adoption de la résolution WHA58.3. Aux termes de l'article 54 du Règlement, le Directeur général fait rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement « selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé ». Ce qui signifie que l'Assemblée de la Santé est habilitée à fixer la périodicité des rapports que présente le Directeur général. Le groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international a longuement examiné la question et il faudra décider si la demande concernant la soumission des rapports est en contradiction avec la décision du groupe selon laquelle le premier rapport sur la mise en oeuvre portera sur l'instrument de décision<sup>2</sup> et sera présenté à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé. Par souci de clarté et pour éviter tout conflit avec la décision du groupe de travail, elle suggère de conserver le paragraphe 5.5) d) et de faire du paragraphe 5.7) du projet de résolution figurant dans le document EB117/31 le paragraphe 5.8).

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) déclare que le premier rapport doit être présenté à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et que les rapports suivants doivent être annuels.

---

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

<sup>2</sup> Résolution WHA58.3, annexe 2.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> indique que ni la résolution ni les amendements proposés par le Secrétariat ne disent clairement que les rapports devraient être annuels, ce qu'il estime, quant à lui, essentiel.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général), pour répondre aux inquiétudes des deux intervenants précédents, propose d'insérer un point après « chaque année » et de supprimer le reste du paragraphe 5.8).

Le Dr ALI MOHAMMED SALIH (Iraq) juge le paragraphe 5.8) trop vague ; les incidences d'une application volontaire pour les Etats Membres ne sont pas claires.

Le Dr NYIKAL (Kenya) dit que son pays a proposé son amendement parce que l'application volontaire du Règlement, dont l'entrée en vigueur n'est prévue qu'en 2007, sera souhaitable, compte tenu de l'éventualité d'une pandémie de grippe aviaire. La communauté internationale devra savoir si les pays l'appliquent.

Mme HALTON (Australie) déclare que le texte du paragraphe 5.8) doit être remanié pour répondre aux exigences de son pays et du Canada.

Le Dr CHAN (Sous-Directeur général) indique que l'article 54 du Règlement offre la possibilité de prier le Directeur général de présenter un rapport.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada), appelant l'attention sur le paragraphe 5.8) où il est fait état des rapports du Directeur général sur les progrès réalisés en vue d'aider les Etats Membres à appliquer le Règlement, estime que le mot « volontaire » n'a pas lieu d'être.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général), faisant le point du débat, dit que l'OMS est tenue par le Règlement sanitaire international (2005) de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur son application. Les intervenants favorables au maintien du texte du paragraphe 5.8) ont noté qu'il ne se contente pas de demander un rapport sur l'application du Règlement, mais que, outre le rapport sur l'application du Règlement, comme le prévoit le Règlement, l'OMS doit aussi aider les Etats Membres pour l'application volontaire et pour la mise en oeuvre du Règlement en général.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>2</sup>**

**Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique : Point 4.10 de l'ordre du jour (document EB117/9) (suite de la septième séance)**

Le Dr NYIKAL (Kenya), faisant rapport sur les consultations informelles, dit que le groupe de travail a examiné le projet de résolution proposé par le Brésil et le Kenya et que malgré les progrès satisfaisants qui ont été accomplis il faudra davantage de temps pour parachever cette tâche.

Après un débat de procédure entre M. ALCÁZAR (suppléant du Dr Buss, Brésil), le Dr NYIKAL (Kenya), le Dr NTAWUKULIRYAYO (Rwanda) et le Secrétariat, il est convenu de poursuivre les discussions informelles le lendemain.

(Voir la suite du débat dans le procès-verbal de la dixième séance, section 6.)

---

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

<sup>2</sup> Résolution EB117.R7.

**VIH/SIDA : Point 4.5 de l'ordre du jour (suite)**

- **Accès universel à la prévention, aux soins et au traitement** (document EB117/6) (suite de la quatrième séance)

Le PRESIDENT rappelle le projet de résolution sur la mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA et invite les membres à faire d'autres observations.

Le Dr KAMAL (suppléant de M. Shugart, Canada) demande au Secrétariat de rédiger un document sur les aspects techniques de l'accès universel qui sera présenté à la prochaine Assemblée de la Santé, et ce pour tenir compte de l'intérêt manifesté lors des précédents débats.

Le Dr PHOOKO (Lesotho) soutient le projet de résolution mais propose que le paragraphe 2.2) soit libellé ainsi : « de faire rapport sur les progrès réalisés ... à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et, par la suite, tous les deux ans, ... ».

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), accueillant favorablement le projet de résolution, propose d'inclure un nouvel alinéa dans le préambule, formulé comme suit : « Reconnaissant que l'impulsion directrice, l'appropriation par les pays des plans et priorités, la promotion d'une coordination efficace ainsi que l'alignement et l'harmonisation des programmes et des soutiens dans les pays sont les déterminants essentiels de l'efficacité des ripostes nationales ; ». Elle demande en outre l'adjonction d'un nouveau paragraphe 2 libellé comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à accélérer l'application des « trois principes » en fonction de la réalité nationale » et la modification de la proposition du membre désigné par le Lesotho pour que le paragraphe 2.2) commence ainsi : « de faire rapport ... au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ... ». Elle propose également l'adjonction, à la fin du paragraphe 2.3), du membre de phrase « en particulier le renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé nécessaires du fait de l'intensification des interventions. ».

Mme TOR DE TARLÉ (suppléant du Professeur Houssin, France) indique que Chypre, l'Estonie, la Lituanie et la Norvège ont également annoncé qu'ils se joignent aux auteurs du projet de résolution.

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> rappelle que l'Australie, le Canada et les Etats-Unis d'Amérique ont déjà proposé des amendements au projet de résolution.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) assure l'orateur précédent que les amendements auxquels il fait référence ont été notés en vue de leur inclusion dans le projet de résolution. Il fait observer que la Bolivie a demandé à être ajoutée à la liste des auteurs. Il donne lecture des amendements proposés. Un nouvel alinéa du préambule sera libellé ainsi : « Reconnaissant que l'impulsion directrice, l'appropriation par les pays des plans et priorités, la promotion d'une coordination efficace ainsi que l'alignement et l'harmonisation des programmes et des soutiens dans les pays sont les déterminants essentiels de l'efficacité des ripostes nationales ; ». Le paragraphe 1 doit s'achever sur le membre de phrase supplémentaire suivant : « et appuie d'autre part toutes les décisions connexes du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA » et être suivi d'un nouveau paragraphe rédigé comme suit : « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres à accélérer

---

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

l'application des « trois principes » en fonction des réalités nationales ; ». Le paragraphe 2.2) devrait se lire comme suit : « de faire rapport sur les progrès réalisés dans la mise en oeuvre des ... au Conseil exécutif à sa cent dix-neuvième session et à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et, par la suite, tous les deux ans, ». Pour tenir compte des diverses propositions relatives au paragraphe 2.3), le texte devra être formulé ainsi : « de fournir un soutien technique efficace aux gouvernements et, conformément à la division du travail convenue, de se concentrer sur les domaines dans lesquels l'OMS présente un avantage par rapport à d'autres organismes, en particulier le renforcement des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé nécessaires du fait de l'intensification des interventions. ».

En réponse à une question posée par le Dr ASAMOA-BAAH (Sous-Directeur général), M. Aitken propose de clarifier l'amendement au paragraphe 1 proposé notamment par le membre désigné par le Canada en précisant qu'elle souscrit d'autre part à toutes les décisions du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA à sa dix-septième réunion.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

**Cybersanté : outils et services proposés : Point 4.13 de l'ordre du jour (document EB117/15)**

Le Professeur FIŠER (République tchèque) dit que la cybersanté, domaine en pleine évolution, peut aider à améliorer la qualité, la sécurité et la disponibilité des soins. L'agenda de Tunis pour la société de l'information, établi au Sommet mondial sur la société de l'information (deuxième phase) (Tunis, 16-18 novembre 2005), ayant recommandé que les institutions du système des Nations Unies facilitent le fonctionnement de son mécanisme international de mise en oeuvre, l'OMS devrait diriger la mise en oeuvre du plan d'action de Genève dans le domaine de la cybersanté et en partie dans le domaine du cyberenvironnement. Il suggère donc que ce Sommet soit mentionné dans le rapport et qu'un lien soit établi entre les activités proposées de l'OMS et l'agenda de Tunis.

Le Ministre tchèque de l'Informatique a proposé un cours élémentaire sur les ordinateurs personnels et l'Internet qui a été donné à trois reprises au Kenya et qui fera partie de la « feuille de route » du Bureau régional de l'Afrique pour la cybersanté début 2006.

M. GUNNARSSON (Islande) accueille d'autant plus favorablement le rapport que la nature des outils et des actions qui pourraient être prioritaires dans le cadre de la cybersanté restait floue. Les dossiers médicaux électroniques constituant un instrument supplémentaire et un élément essentiel des programmes de cybersanté de nombreux Etats Membres, une terminologie normalisée utilisable par tous les Etats Membres pourrait être conçue ; il demande que la question soit examinée par le Conseil à sa cent dix-huitième session.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) reconnaît que le recours aux technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé, par exemple les dossiers sanitaires électroniques, les systèmes de télémédecine et la diffusion d'informations sur la santé au grand public, peut améliorer et promouvoir la santé publique.

La promotion par l'OMS des activités mondiales et régionales de cybersanté, comme le réseau sanitaire d'apprentissage à distance du Pacifique, est accueillie favorablement. L'OMS pourrait continuer à soutenir divers pays, compte tenu des différences au plan des technologies utilisées.

Les difficultés particulières auxquelles se heurte la promotion de la cybersanté sont le poids économique, la normalisation de l'information médicale, la compatibilité des systèmes, la sécurité de l'information, et la collaboration entre les secteurs privé et public. Il souhaite voir l'OMS continuer de progresser dans ce domaine.

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R8.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) appelle l'attention sur l'inégalité d'accès aux technologies entre pays développés et pays en développement, une personne sur 1000 ayant accès à l'Internet dans les pays les moins avancés contre près de la moitié de la population dans les pays de l'OCDE au revenu élevé.

Les systèmes de cybersanté les plus efficaces supposent une bonne infrastructure et du personnel de santé formé à l'informatique, en particulier dans les zones reculées où la cybersanté est la plus nécessaire. Le renforcement des capacités devrait constituer une activité majeure dans le plan de travail proposé. Le plan devrait prévoir la création d'un comité chargé d'examiner les questions juridiques, éthiques et autres de façon détaillée et pratique. L'OMS devrait encourager les initiatives en matière de cybersanté qui sont adaptées aux systèmes de santé nationaux et au contexte culturel. Il faudrait également qu'elle garantisse l'utilisation pérenne de la cybersanté et l'apport d'un soutien aux pays.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) accueille avec satisfaction le rapport, qui est clair, concis et pragmatique. Notant les efforts déployés par l'OMS pour promouvoir les politiques de cybersanté dans les Etats Membres, il approuve les six domaines d'activité proposés dans le rapport. Le Portugal a coopéré avec l'OMS en traduisant les documents en portugais en vue de leur diffusion par l'intermédiaire d'un réseau interrégional. Les établissements de santé portugais préparent la mise en place d'un site Intranet pour concevoir des outils de cybersanté destinés à la formation continue des professionnels de la santé. Un portail de santé à l'intention du grand public, qui permet d'obtenir des avis sur les modes de vie sains, a été lancé fin 2005.

Il adhère à la demande du membre désigné par l'Islande concernant le prolongement du débat sur les dossiers médicaux électroniques et la terminologie normalisée.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) salue l'approche focalisée du rapport et reconnaît l'amélioration que la cybersanté peut apporter dans la prestation des services de santé. La cybersanté, néanmoins, ne fait pas partie de la mission de base de l'OMS. L'OMS pourra étendre ses services ultérieurement mais, entre-temps, les ressources de l'Organisation ne doivent pas être gaspillées.

Compte tenu de la grande expérience qu'a le Canada de la cybersanté, il est prêt à communiquer les meilleures pratiques à d'autres pays.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) accueille le rapport avec satisfaction et approuve les activités proposées. Avec l'appui de l'OMS, le Bhoutan fait ses premiers pas en télémédecine, instrument qui sera particulièrement utile pour surmonter le problème de l'éparpillement de la population lié à sa géographie et la pénurie de spécialistes. Son pays envisage également de recourir aux dossiers médicaux électroniques, aux systèmes d'informations hospitalières et à la télésanté. Il est reconnaissant du soutien de l'OMS pour l'élaboration des systèmes, stratégies et politiques de cybersanté, des meilleures pratiques, des normes et des étalons, le cyberapprentissage et le développement des ressources humaines.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite que l'OMS reconnaisse que l'application de la cybersanté suppose une approche systématique et l'existence de ressources humaines et financières. De nombreux pays de la Région ont amélioré leurs services de soins grâce à des projets de cybersanté, et l'utilité de l'enquête mondiale sur la cybersanté est reconnue. L'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches est accueilli avec satisfaction, mais tous les pays ne sont pas raccordés à l'Internet ; une formation régulière est indispensable pour pouvoir tirer profit de l'Initiative. Les projets de démonstration proposés pour certains pays, en collaboration avec l'OMS, pourront être évalués systématiquement et servir de base de formation pour les spécialistes de la cybersanté. Le budget proposé devrait inclure un soutien aux initiatives nationales, une collaboration interpays et régionale et l'échange de données d'expérience.



Le Dr MANDIL (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan), s'exprimant également au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, se félicite du rôle de l'OMS dans la cybersanté. Contrairement au membre désigné par le Canada, il considère que la cybersanté est du ressort de l'OMS, et il convient d'espérer que le Directeur général intensifiera les activités dans ce domaine. Dans ses orientations budgétaires et programmatiques, l'OMS privilégie la gestion du savoir et les technologies de l'information pour les services de santé publique, démarche qu'il approuve. La cybersanté peut aider les pays en développement à améliorer et rationaliser leurs services de santé, et la gestion doit donc être fortement privilégiée.

Il accueille favorablement toutes les propositions présentées au Conseil, mais souhaiterait que des priorités soient fixées, compte tenu des estimations budgétaires. Il demande si les dépenses de personnel sont déduites de ces chiffres ; dans le cas contraire, le budget est très faible. L'OMS bénéficie peut-être de moyens exceptionnels pour s'acquitter d'activités juridiques et dans le domaine de l'éthique. La sécurité numérique devrait être prioritaire pour les transactions sanitaires des réseaux nationaux et internationaux et pour les travaux du comité juridique et d'éthique de l'OMS pour la cybersanté proposé. Il fait sien la proposition du membre désigné par l'Islande concernant la présentation d'un rapport de situation au Conseil à sa cent dix-huitième session. Les instruments et les services proposés devraient être évalués officiellement sur la base de leur valeur pratique pour les Etats Membres.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) accueille avec satisfaction les informations fournies, en particulier au sujet des importants travaux réalisés dans les bureaux régionaux. Il salue les initiatives qui aideront les Etats Membres à baser leurs activités de cybersanté sur des normes fiables de qualité, de sécurité, d'accès et aussi d'éthique. Il est particulièrement intéressé par les technologies de l'information et les applications pouvant soutenir la formation et les ressources humaines. La France met en place un programme ambitieux, qui associe 17 pays francophones et un réseau d'universités françaises, et repose entièrement sur l'apprentissage à distance. Les cours seront donnés à plusieurs catégories de professionnels de la santé et ils déboucheront sur des diplômes approuvés par les universités participantes. Cette action, menée en étroite collaboration avec l'OMS, est un jalon pour l'avenir.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général) indique que 60 % environ des pays interrogés ont répondu à l'enquête et il invite instamment les autres pays à faire de même pour compléter les informations obtenues.

Un lien avec le Sommet mondial sur la société de l'information doit être établi, en particulier pour des questions, telle la fracture numérique, qui débordent le cadre de la mission de l'OMS. Concernant les dossiers médicaux électroniques et la terminologie normalisée, l'OMS est prête à rassembler des informations à l'intention du Conseil à sa cent dix-huitième session, mais il fait observer que la normalisation n'est pas propre à la cybersanté et qu'elle est davantage demandée en raison des nombreux instruments qui existent sous forme électronique. A propos du renforcement des capacités des pays, l'OMS ne doit pas prendre trop d'engagements. C'est pourquoi la stratégie s'étend à l'ensemble de l'Organisation, toutes les Régions y contribuant.

La stratégie est de création récente et des détails complets peuvent être fournis. En réponse à la question du membre désigné par le Soudan, il confirme que les dépenses de personnel ne sont pas incluses dans le budget. Quant à l'accès à l'InterRéseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches, son groupe directeur s'emploiera à promouvoir l'accès des pays qui ont des difficultés. L'évaluation est essentielle et il encouragera le groupe de la cybersanté à préciser la périodicité et la nature d'un rapport de situation. L'enquête initiale sur la cybersanté est très utile et elle permettra de comparer les progrès accomplis au cours de ces prochaines années. Pour ce qui est des ressources humaines et de la cybersanté, l'apprentissage à distance permet de mettre en relation des communautés éloignées et de nombreux établissements. C'est pourquoi il salue l'initiative décrite par le membre désigné par la France et il sera heureux de travailler sur d'autres projets similaires.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**Promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : Point 4.14 de l'ordre du jour (document EB117/11)**

Le PRESIDENT appelle l'attention sur un projet de résolution relatif à la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation, proposé par l'Autriche, le Bhoutan, la Bolivie, le Brésil, l'Equateur, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Kenya, le Luxembourg, le Népal, la Norvège, le Pakistan, le Portugal, la Suède et la Thaïlande, libellé comme suit :

Le Conseil exécutif,  
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 WHA42.44 sur la promotion de la santé, l'information du public et l'éducation pour la santé, WHA51.12 sur la promotion de la santé, WHA57.16 sur la promotion de la santé et les modes de vie sains, ainsi que les résultats des cinq conférences internationales sur la promotion de la santé (Ottawa, 1986 ; Adélaïde (Australie), 1988 ; Sundsvall (Suède), 1991 ; Jakarta, 1997 ; et Mexico, 2000) ;

Ayant examiné le rapport sur le suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui confirme l'importance qu'il convient d'accorder à la promotion de la santé dans l'action sur les déterminants de la santé ;<sup>1</sup>

S'inspirant de la Déclaration d'Alma-Ata, de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui énonce les orientations stratégiques pour une amélioration équitable de la santé au cours des premières décennies du XXI<sup>e</sup> siècle ;

Considérant les actions et les engagements énoncés dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation visant à inscrire la promotion de la santé au coeur du programme mondial de développement, à en faire une responsabilité essentielle de tous les gouvernements et l'une des principales priorités des communautés et de la société civile, et à ce qu'elle soit intégrée dans les bonnes pratiques institutionnelles ;

Notant que la promotion de la santé est indispensable pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, est intimement liée à l'action de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, et apporte une contribution importante à la réalisation des objectifs du onzième programme général de travail ;

Reconnaissant que les modifications profondes de la charge mondiale de morbidité doivent davantage retenir l'attention et que des ajustements s'imposent dans la société dans son ensemble et en matière d'allocation des ressources afin de pouvoir influencer sur les déterminants immédiats et sous-jacents de la santé ;

Confirmant qu'il est important de se préoccuper aussi des déterminants plus larges de la santé et de tenir les engagements et de prendre les mesures en faveur de la santé pour tous, tels qu'ils sont énoncés dans la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

- 1) à accélérer les investissements en faveur de la promotion de la santé en tant qu'élément essentiel du développement social et économique équitable ;
- 2) à établir des mécanismes associant le gouvernement dans sa totalité pour traiter efficacement les déterminants sociaux de la santé tout au long de la vie ;
- 3) à soutenir et encourager la participation active de la société civile, du secteur privé et des organisations non gouvernementales à la promotion de la santé ;

---

<sup>1</sup> Document EB117/11.

- 4) à surveiller de façon systématique les politiques, les programmes, les infrastructures et les investissements liés à la promotion de la santé ;
  - 5) à combler l'écart entre les pratiques actuelles et les preuves qu'on a de l'efficacité de la promotion de la santé, en exploitant pleinement le savoir acquis dans ce domaine ;
2. PRIE le Directeur général :
- 1) de renforcer les capacités de promotion de la santé dans toute l'Organisation pour mieux soutenir les Etats Membres ;
  - 2) de créer une structure au moyen de laquelle les acteurs multisectoriels, les organisations intéressées et d'autres organismes soutiendront l'élaboration et l'application de la promotion de la santé ;
  - 3) d'assurer la tenue régulière de conférences mondiales sur la promotion de la santé ;
  - 4) de concevoir et d'appliquer un système de surveillance de la promotion de la santé dans le monde pour évaluer les progrès et recenser les principales faiblesses ;
  - 5) de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

Le Dr WINT (Jamaïque), estimant que la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé demeure pertinente, prend note de l'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation qui s'en inspire. Il note en particulier la référence aux bonnes pratiques institutionnelles et à la santé et la sécurité au travail. L'accent mis sur la santé des travailleurs est l'occasion d'associer le secteur privé. Il convient de noter l'engagement pris par l'OMS d'élaborer un cadre général pour la stratégie de promotion de la santé, décrit au paragraphe 13 du rapport, et il encourage le Secrétariat à développer cette activité. Il est très important d'élaborer des méthodes pour mesurer les incidences de la promotion de la santé.

M. GUNNARSSON (Islande), conscient des contraintes budgétaires, rappelle qu'en octobre 2005 l'OMS établissait à 60 % au moins la charge de morbidité mondiale imputable aux maladies non transmissibles, situation qui nécessite une réaffectation des ressources. En tant que coauteur du projet de résolution, il y attache une grande importance. Sa formulation devrait être renforcée. La Belgique a demandé à figurer sur la liste des auteurs.

Mme HALTON (Australie) pense, elle aussi, qu'il convient de renforcer le projet de résolution. L'Australie soutient résolument la promotion de la santé, élément fondamental de son système de santé national qui a donné de bons résultats. Elle fait observer que le texte du paragraphe 1.1) n'est pas adapté aux pays qui investissent déjà beaucoup en faveur de la promotion de la santé. Elle propose de remplacer le début du texte par « à envisager la nécessité d'accroître les investissements en faveur de la promotion de la santé ... ». Au paragraphe 2.2), à défaut de précisions sur la constitution et les méthodes de travail des structures proposées, elle suggère le texte suivant : « d'assurer l'utilisation optimale des structures existantes des Etats Membres pour les acteurs multisectoriels, les organisations intéressées et d'autres organismes afin de soutenir le développement et la mise en oeuvre de la promotion de la santé, et d'appeler l'attention sur la nécessité de créer de nouvelles structures ou de nouveaux organismes pour encourager la promotion de la santé ».

Le Dr RUÍZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) voit dans la promotion de la santé un processus politique et social d'importance mondiale. Elle est au coeur de toute politique de santé et peut jouer un rôle stratégique dans la préparation à une éventuelle pandémie de grippe. Le suivi des accords passés lors de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé doit être assuré, et il suggère que soient renouvelés les engagements pris à la Cinquième Conférence mondiale tendant à améliorer les réseaux nationaux et internationaux de promotion de la santé. L'OMS devrait soutenir la

promotion de la santé, au moyen du renforcement des capacités et du transfert de technologie. La Charte de Bangkok devrait être intégrée dans les activités régionales, tâche qui devrait être confiée au Secrétariat.

Le Mexique a privilégié les investissements en faveur de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr BUSS (Brésil) rappelle que 2006 marque le vingtième anniversaire de la Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue à Ottawa. Le Canada a continué à jouer un rôle directeur dans le domaine de la promotion de la santé. L'adoption de la Charte d'Ottawa sera commémorée au Brésil lors du Premier Congrès mondial de la Fédération mondiale des Associations de Santé publique en 2006, et il invite cordialement le Directeur général et les membres du Conseil à y assister.

#### **Mme Halton assume la présidence.**

Le Professeur FIŠER (République tchèque) propose, au paragraphe 1.3), d'ajouter le membre de phrase « y compris les associations de la santé publique » après « organisations non gouvernementales ». Il souhaite que la République tchèque soit ajoutée à la liste des auteurs du projet de résolution.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) accueille avec satisfaction les efforts déployés par les auteurs du projet de résolution et les observations du membre désigné par l'Islande pour renforcer le libellé du projet. Elle remercie le membre désigné par le Brésil d'avoir rappelé l'engagement de son pays en faveur de la promotion de la santé. Le Canada souhaite que son nom soit ajouté à la liste des auteurs.

Le paragraphe 2.3) devrait être reformulé comme suit : « d'encourager la tenue régulière de conférences mondiales sur la promotion de la santé », et le texte du paragraphe 2.4) devrait être simplifié, comme suit : « d'évaluer les progrès et de recenser les principales faiblesses dans le domaine de la promotion de la santé dans le monde ». Son pays accueillera la prochaine conférence de l'Union internationale de la Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé à Vancouver en 2007, occasion importante de suivre un grand nombre des activités examinées.

Le Dr NODA (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) confirme que quantité de recherches épidémiologiques et de mesures de santé publique ont porté sur le problème mondial des maladies non transmissibles depuis la Première Conférence mondiale sur la promotion de la santé en 1986. Il serait souhaitable d'investir davantage en faveur de la prévention car la plupart des maladies non transmissibles sont évitables. En 2000, le Gouvernement japonais a mis sur pied un programme décennal de promotion de la santé. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) fait observer que le rapport confirme le rôle central de la promotion de la santé dans les soins de santé primaires et la santé publique. La promotion de la santé est essentielle pour les politiques publiques de tous les pays, pour l'équité et l'amélioration de la santé. Elle devrait figurer au nombre des fonctions de base de tout gouvernement.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) est satisfait du rapport, mais regrette qu'il ne fasse pas référence à la Déclaration d'Alma-Ata. Les paragraphes 12, 13 et 14 sont l'élément central du document. La promotion de la santé reste déterminante, mais la santé dépend de la condition sociale d'une personne. Les populations les plus démunies n'ont guère le choix en la matière. Une promotion de la santé commercialisée n'est ni bénéfique ni satisfaisante. La tâche de promouvoir la santé devrait incomber aux Etats.

Le Dr TANGI (Tonga) salue la référence faite dans le projet de résolution aux objectifs du Millénaire pour le développement, intimement liés à la santé et à la promotion de la santé. Les Tonga, où les maladies non transmissibles constituent le principal problème de santé, sont engagées à promouvoir la santé. Un projet de loi tendant à établir une fondation pour la santé est en préparation aux Tonga. Son pays souhaite figurer au nombre des auteurs du projet de résolution.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) dit que la promotion de la santé est un élément clé des soins de santé primaires et de la santé publique. Avec le soutien du Bureau régional de l'Europe, le Gouvernement portugais applique sa stratégie nationale de santé 2004-2010, dont la promotion de la santé constitue l'élément central. Il est satisfait du renforcement des capacités des Etats Membres dans le domaine de la promotion de la santé et de l'évaluation proposée des effets de la promotion de la santé. Il est favorable à l'approche fondée sur les déterminants de la santé, thème de l'importante conférence accueillie par le Portugal qui a influé sur le programme de santé publique de l'Union européenne. Le Bureau régional de l'Europe a créé le Bureau européen de l'investissement pour la santé et le développement qui s'occupe des déterminants structurels de la santé.

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) souhaite voir développer les investissements en faveur de la promotion de la santé, car c'est là le moyen le plus efficace de réduire les effets sociaux et économiques de la maladie. Les stratégies de promotion de la santé existantes devraient être renforcées. Elle est reconnaissante du soutien de l'OMS à la promotion de la santé dans son pays et elle souhaiterait que l'assistance fournie soit étendue, notamment au domaine de la santé bucco-dentaire : près de 70 % de la population souffrent en effet de problèmes dentaires. Le Gouvernement met en place un programme de fluoration du sel et il compte sur l'appui de l'OMS. Madagascar souhaite figurer au nombre des auteurs du projet de résolution.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) approuve l'amendement proposé par le membre désigné par l'Australie.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, souhaite que soient encouragées les activités de promotion de la santé, notamment celles qui visent à mettre fin à la stigmatisation à l'encontre des personnes infectées par le VIH/SIDA, souffrant de maladies mentales ou atteintes de tuberculose. Le VIH/SIDA touchant plus fréquemment des jeunes, il conviendrait d'investir davantage en faveur de la promotion de la santé sexuelle, qui devrait être inscrite dans les programmes scolaires. Des investissements accrus sont nécessaires pour améliorer la santé des femmes, et en particulier les soins prénatals. Il faudrait également accroître les sommes investies en faveur des programmes de sevrage tabagique, vu les effets cancérogènes du tabagisme actif et passif.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran)<sup>1</sup> et le Dr RUÍZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Mexique) disent que leurs pays respectifs souhaitent compter parmi les auteurs du projet de résolution, et approuvent les amendements proposés par le membre désigné par la République tchèque.

Le Dr MATHESON (Nouvelle-Zélande)<sup>1</sup> estime que la promotion de la santé pourrait être l'instrument le plus puissant et le plus efficace pour améliorer la santé. La Charte de Bangkok a réaffirmé les principes de la promotion de la santé compte tenu des progrès de la mondialisation et des rôles de la société civile et du secteur privé. L'OMS devrait témoigner de l'importance de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé dans ses propres structures et ses fonctions.

---

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

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> confirme l'importance de la promotion de la santé. Le projet de résolution serait renforcé si l'on modifiait les deux références à la Charte de Bangkok, qui n'est pas un document négocié au niveau intergouvernemental, comme suit : le mot « engagements », au quatrième et au dernier alinéa du préambule, devrait être remplacé par « recommandations ».

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) soutient cette proposition.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) rappelle le rôle déterminant de la Charte d'Ottawa dans la définition des activités de l'Organisation. Dans les 20 années qui ont suivi, cependant, des épidémies et des maladies non transmissibles ont posé de nouveaux défis. L'OMS a combattu le tabagisme et l'alcoolisme et elle a encouragé une bonne alimentation et l'exercice physique. La promotion de la santé doit reposer sur des indicateurs d'évaluation fiables. C'est pourquoi l'OMS s'emploie à élaborer des indicateurs spécifiques et des indicateurs plus généraux afin de mieux cerner les progrès réalisables.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>2</sup>**

#### **4. QUESTIONS PROGRAMMATIQUES ET BUDGETAIRES : Point 5 de l'ordre du jour**

**Onzième programme général de travail, 2006-2015 : Point 5.1 de l'ordre du jour (documents EB117/16, EB117/16 Add.1 et EB117/INF.DOC./3)**

Le PRESIDENT rappelle les observations qu'elle a formulées lors de la première séance sur le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et rappelle aussi que le Comité a examiné le onzième programme général de travail.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), présentant une vue d'ensemble du onzième programme général de travail, définit six fonctions essentielles de l'OMS, qui n'ont que peu changé par rapport au programme général de travail précédent, et nullement modifié la mission de l'Organisation. Ses quatre domaines stratégiques fixent des priorités qui seront reprises dans les objectifs stratégiques du plan stratégique à moyen terme. Les fonctions essentielles de l'OMS doivent tenir compte de l'évolution de la situation et du volume de travail accru de l'OMS. L'OMS doit axer son attention sur les résultats et assurer la transparence, travailler avec d'autres institutions du système des Nations Unies et dans des partenariats public-privé, s'attacher à susciter de réels changements dans les pays et, en tant qu'organisation technique ayant pour tâche principale d'apporter un soutien technique, se comporter comme une Organisation moderne, compétente et en apprentissage permanent.

La formulation du programme a commencé en 2004. Dans le cadre d'un séminaire organisé pour les membres du Conseil à Reykjavik, le Secrétariat a présenté divers scénarios mettant en lumière les défis majeurs que l'OMS doit relever. En janvier 2005, le Conseil a accueilli favorablement la portée du programme général de travail et fait plusieurs observations. Plus tard, en 2005, les comités régionaux ont apporté leur précieuse contribution. D'autres observations, issues de consultations récentes<sup>3</sup> et formulées par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration,<sup>4</sup> ont indiqué

---

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

<sup>2</sup> Résolution EB117.R9.

<sup>3</sup> Document EB117/INF.DOC./3.

<sup>4</sup> Document EB117/3.

qu'il était important de préciser que l'objectif du programme général avait évolué par rapport à celui des programmes généraux précédents. Il devrait constituer un cadre stratégique pour l'OMS et pour ses partenaires, et indiquer clairement comment s'est effectué le passage des objectifs généraux du programme général aux objectifs plus spécifiques du plan stratégique à moyen terme et des budgets programmes biennaux. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a proposé une procédure pour la révision du document.

Une fois approuvé par l'Assemblée de la Santé, le programme général de travail pourra servir de cadre pour la préparation du plan stratégique à moyen terme et des budgets programmes biennaux, et de base de dialogue entre l'OMS et ses partenaires. La présentation du document sera améliorée afin d'en faciliter la lecture. Un processus sera mis en place pour suivre et évaluer les progrès réalisés dans la réalisation des objectifs du programme général de travail et pour veiller à ce qu'il reste jusqu'au bout adapté aux besoins.

Le PRESIDENT invite les membres du Conseil à garder les points suivants à l'esprit lorsqu'ils formuleront leurs observations. Le Secrétariat a besoin de connaître précisément l'opinion des membres pour réviser le programme général de travail en conséquence. Le Conseil doit convenir d'une procédure pour la transmission du programme général à l'Assemblée de la Santé, par exemple en confiant la responsabilité de l'approbation du texte définitif au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, comme cela a été proposé. Le document EB117/16 contient un projet de résolution sur lequel les membres pourront souhaiter formuler des observations.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) indique que les Etats Membres de la Région européenne se sont réunis à Copenhague les 10 et 11 janvier 2006, et que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a tenu compte des conclusions de cette consultation dans son rapport.<sup>2</sup> Le rapport officiel de cette consultation sera soumis au Secrétariat. Les Etats Membres se sont demandé si le document, dans son ensemble, était bien équilibré pour ce qui est des fonctions de base de l'OMS telles qu'elles sont définies dans la Constitution. Les fonctions normatives clés, qui ressortent par exemple de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, du Règlement sanitaire international (2005) et des travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, n'ont pas suscité une attention suffisante. Seule l'OMS peut traiter de ces questions, qui témoignent de la valeur ajoutée qu'apporte l'Organisation. Le programme général tient davantage du document de sensibilisation que d'un véritable programme de travail. Il demande que ses observations soient prises en compte et il accueille favorablement la proposition tendant à soumettre le prochain projet à l'examen du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

M. SAMOU (suppléant du Dr Al-Keab, Jamahiriya arabe libyenne), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, salue l'ampleur et la transparence du processus de consultation. Le programme général de travail est bien structuré, il énonce un programme mondial d'action sanitaire complet, analyse correctement les déficits existant dans les services de santé (malgré l'omission de certaines questions, telle la nutrition), et prend acte de l'évolution du rôle et des responsabilités des ministères de la santé et de leurs partenaires dans les pays. Le programme mondial d'action sanitaire proposé définit de vastes orientations stratégiques pour les dix domaines prioritaires recensés. Il devrait servir de base au plan stratégique à moyen terme pour 2008-2013, compte tenu des capacités et des ressources financières et techniques existantes, en particulier dans les pays les plus démunis.

L'ultime section, sur l'évolution de l'OMS, devrait faire le point des réalisations passées et présentes de l'OMS et énoncer explicitement les enseignements à tirer. Le rôle de l'OMS en tant qu'« autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international », comme indiqué à l'article 2.a) de la Constitution, est plus déterminant que jamais, vu l'émergence de nouveaux partenaires et de nouvelles alliances, et il demande à tous les membres du Conseil d'aider l'OMS à s'acquitter de cette importante mission. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr PHOOKO (Lesotho), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, salue la manière dont le programme général de travail a été élaboré, et en particulier les nombreuses consultations régionales. Le programme général tente de recenser les problèmes de santé mondiaux, les avantages que peut offrir l'OMS par rapport aux autres organisations, l'insuffisance des ressources existantes, les opportunités qui se présentent et les mesures à prendre ces dix prochaines années. Il a des incidences profondes sur la manière dont l'OMS et ses partenaires s'acquitteront du mandat de l'Organisation. Son message doit être clair pour les autres institutions du système des Nations Unies, les partenaires pour le développement et les organisations non gouvernementales.

Il se dit inquiet que le programme général ne soit pas prêt alors que la période qu'il couvre a déjà commencé. Le travail manquant doit être effectué dès que possible. Nombre des préoccupations des Etats africains sont prises en compte dans le document EB117/INF.DOC./3, mais il insiste tout particulièrement sur la nécessité de définir les problèmes de santé mondiaux et indique les rôles respectifs de l'OMS et des autres partenaires dans la solution de ces problèmes. Le programme général doit répondre aux préoccupations et aux attentes des usagers des services de santé.

La section sur le programme mondial d'action sanitaire devrait porter sur la synergie avec les organisations apparentées et les partenaires pour le développement, condition essentielle pour éviter les doubles emplois et promouvoir la coopération entre des acteurs concernés de plus en plus nombreux. Le texte définitif devrait définir la relation entre le programme général de travail, le plan stratégique à moyen terme et les budgets programmes biennaux. Il adhère à la proposition tendant à ce que le Secrétariat et le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration parachèvent conjointement l'élaboration du programme général de travail en vue de sa présentation à l'Assemblée de la Santé en mai 2006.

M. GUNNARSSON (Islande) estime que le onzième programme général de travail, sous sa forme actuelle, manque de clarté. Associé au plan stratégique à moyen terme, au budget et aux autres documents pertinents, il constitue cependant un instrument d'orientation utile. Des informations supplémentaires sont nécessaires sur le rôle de l'OMS comparé à celui des organisations partenaires, et sur ses points forts et ses faiblesses. Il conviendrait de fixer des priorités moins nombreuses mais plus spécifiques. Un meilleur maillage pourrait être assuré entre le programme général de travail et les futurs scénarios de santé publique que les membres du Conseil ont examinés lors du séminaire qui s'est tenu à Reykjavik. Il approuve le processus proposé, qui permettra d'améliorer le document qui sera présenté dans un premier temps au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, puis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il appuie le projet de résolution.

Le Dr VIROI TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) demande que les observations des membres du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et du Conseil soient prises en compte dans la révision du onzième programme général de travail. Il regrette, malgré la conformité de l'analyse, au paragraphe 139 du programme général de travail, concernant la nécessité d'assurer des effectifs suffisants de personnel de santé, avec les problèmes recensés au paragraphe 42, que les priorités décrites aux paragraphes 142 à 144 ne soient pas adaptées aux problèmes que posent les migrations internationales des professionnels de la santé. Ces priorités doivent être mieux étayées et clarifiées et elles devraient tenir compte de la résolution WHA57.19 sur les migrations internationales des personnels de santé.

Il propose de reformuler comme suit le paragraphe 1 du projet de résolution : « APPROUVE le onzième programme général de travail, 2006-2015 après sa mise en forme définitive par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration à sa session extraordinaire en février 2006 ».

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, est satisfait de la présentation claire du programme général de travail et fait siennes les observations formulées par le membre désigné par la Jamahiriya arabe libyenne.



M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) prend acte des nombreuses consultations qui ont eu lieu. Il convient que la mission de l'OMS est de plus en plus influencée par des facteurs sociaux, économiques et politiques extérieurs au domaine traditionnel de la santé publique, mais il invite à plus de réalisme quant à l'ampleur de la tâche dont l'Organisation peut s'acquitter. L'OMS devrait se concentrer sur ce qu'elle fait bien, et le programme général de travail devrait préciser plus nettement la nature de ses tâches. L'Organisation devrait axer son attention sur sa mission originelle.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) salue la qualité du projet de programme de travail, mais convient que des éclaircissements sont nécessaires. Le chapitre concernant l'évolution du contexte mondial devrait insister sur la pauvreté, les risques croissants pour la santé et la politisation de la santé. Il conviendrait de renforcer la section sur les systèmes de santé. L'efficacité des déclarations et accords internationaux (paragraphe 45 et 46) est discutable ; ce sont des actions concrètes qu'il faut pour améliorer les systèmes de santé. Il accueille avec satisfaction le chapitre sur les obstacles pour la santé et les inégalités en matière de santé. Il se félicite de l'inclusion de la sécurité sanitaire dans le programme mondial d'action sanitaire, mais une analyse intersectorielle est nécessaire. Il appuie le projet de résolution.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) est satisfaite de l'élaboration du onzième programme général de travail. Le programme devrait énoncer clairement et brièvement les principales priorités de l'OMS qui pourraient aboutir à un programme mondial d'action sanitaire et aider l'Organisation à faire les choix difficiles qu'exigent les ressources financières et humaines disponibles. Il devrait également faciliter le processus budgétaire, compte tenu de la dépendance à l'égard des fonds volontaires, en définissant des activités prioritaires découlant des fonctions essentielles de l'OMS. Elle se fait l'écho de la demande de plusieurs membres en faveur d'une définition claire du rôle de l'OMS dans l'amélioration de la santé dans le monde et des domaines dans lesquels son travail constitue une valeur ajoutée en comparaison du travail d'autres parties.

Elle adhère à la proposition visant à approfondir l'examen du document et suggère que les observations du Conseil servent de critères pour déterminer s'il convient de présenter le programme général de travail à la Cinquante-Neuvième Assemblée de la Santé, la décennie 2006-2015 ayant déjà commencé. Elle approuve le projet de résolution, à la condition que le programme général de travail dresse un tableau plus succinct des activités prioritaires de l'OMS.

**La séance est levée à 19 heures.**

## NEUVIEME SEANCE

**Vendredi 27 janvier 2006, 9 h 10**

**Président : Mme J. HALTON (Australie)**

**puis : M. M. N. KHAN (Pakistan)**

**QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET : Point 5 de l'ordre du jour (suite)**

**Onzième programme général de travail, 2006-2015 : Point 5.1 de l'ordre du jour (documents EB117/16, EB117/16 Add.1 et EB117/INF.DOC./3) (suite)**

Le **PRESIDENT** demande au Secrétariat de clarifier la procédure proposée pour l'approbation du projet de onzième programme général de travail et l'adoption du projet de résolution y relatif.

M. **BURCI** (Conseiller juridique) déclare que le Conseil souhaitera peut-être déléguer au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration le pouvoir d'examiner le projet de onzième programme général de travail lors d'une réunion extraordinaire en février pour vérifier que le document a été révisé conformément à ses conclusions. Le Comité pourra alors, au nom du Conseil, finaliser et approuver le projet de résolution pertinent en vue de sa présentation à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr **BRUNET** (suppléant du Professeur Houssin, France) fait observer que le document EB117/INF.DOC./3 résume certains points soulevés lors des consultations avec les Etats Membres de la Région européenne mais pas tous, et demande si les points de vue des autres Etats Membres ou Régions ont été pris en compte. En outre, on ne sait pas très bien, d'après la procédure définie par le Conseiller juridique, si le projet de résolution qu'aura à examiner le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration est celui dont est actuellement saisi le Conseil, ou si une deuxième résolution sera adoptée pour déléguer ce pouvoir au Comité en précisant clairement son mandat.

M. **BURCI** (Conseiller juridique) répond que le projet de résolution contenu dans le document EB117/16, tel qu'amendé au cours du débat au Conseil, pourrait être transmis au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour servir de base au texte final du projet de résolution qu'il approuvera au nom du Conseil en vue de sa présentation à l'Assemblée de la Santé. Le Conseil n'aura pas besoin d'adopter une résolution donnant formellement mandat au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour ce faire. Dans son résumé, qui paraîtra dans les procès-verbaux, le Président énoncera précisément le mandat que le Conseil souhaite confier au Comité, ce qui sera suffisant.

M. **KINGHAM** (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)<sup>1</sup> dit que les Etats Membres de la Région européenne se sont félicités d'avoir la possibilité d'examiner la totalité du

---

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

projet de document, plutôt qu'un simple résumé d'orientation. Bien que les résultats de ces consultations aient été largement diffusés auprès de tous les Etats Membres, il ignore si tel a été le cas pour les autres consultations mentionnées dans le document EB117/INF.DOC./3. Or la transparence est une condition nécessaire si l'on veut s'assurer le soutien de tous les Etats Membres.

Comme l'a déclaré le Directeur général, l'élaboration du onzième programme général de travail offre l'occasion de regarder l'avenir et de préciser le rôle de l'OMS dans le programme de réforme des Nations Unies. Le Directeur général a d'ores et déjà reconnu la nécessité d'un changement avec l'introduction de la gestion fondée sur les résultats. En poursuivant son programme de réforme et en utilisant son mandat principal et les avantages qu'elle offre par rapport à d'autres organisations pour renforcer les relations opérationnelles avec d'autres institutions et éviter les doubles emplois, l'OMS sera en position de force pour jouer le rôle directeur nécessaire dans l'action sanitaire mondiale. Le programme général de travail, quelle que soit la forme qu'il revêtira en définitive, sera un instrument clé à cet égard.

Le programme général a besoin d'être radicalement remanié. La version révisée devra énoncer sans ambiguïté quelle en est la finalité, offrir un projet clair pour la santé dans le monde et définir le rôle de l'OMS dans une architecture mondiale de plus en plus complexe. Elle devra prendre en compte le mandat principal et les atouts de l'OMS pour trouver un meilleur équilibre entre l'action normative mondiale et la fourniture d'un appui technique. Le texte devra fournir une évaluation de la performance de l'OMS et prendre plus largement en compte le besoin de flexibilité pour réagir à des problèmes inattendus, alors même que l'OMS doit faire face à un financement plus incertain et compter davantage sur les contributions volontaires. Le document révisé devra également envisager de synchroniser les échéances du programme général de travail et celles du processus de planification stratégique à moyen terme.

Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration pourra également juger de l'utilité d'intégrer le programme général de travail dans un ensemble de propositions en même temps que le plan stratégique à moyen terme et le prochain projet de budget programme, de sorte que les Etats Membres puissent comprendre comment s'articulent concrètement ces documents, la nouvelle approche et les principes de l'allocation stratégique des ressources.

Les discussions et les éclaircissements ont été utiles, mais l'orateur aimerait avoir l'assurance que le prochain projet de programme général de travail sera distribué à tous les Etats Membres pour leur permettre de contribuer au futur débat soit en qualité d'observateurs à la réunion, soit par l'intermédiaire de leurs représentants régionaux.

Le PRESIDENT confirme que la version révisée du document sera communiquée à tous les Etats Membres ; la réunion de février du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration sera ouverte à tous les Etats Membres en qualité d'observateurs.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique),<sup>1</sup> reprenant à son compte les observations formulées par le représentant du Royaume-Uni, déclare que le onzième programme général de travail, tel qu'il est, est loin de constituer une stratégie et exige un changement d'orientation radical. La coordination entre les institutions des Nations Unies et avec d'autres organismes internationaux dont les mandats ont un rapport avec la santé devrait constituer un élément important, aussi soutient-il l'appel à une délimitation claire des atouts de l'OMS et à une évaluation précise de sa performance dans plusieurs domaines. L'OMS n'est pas un organe responsable des droits de l'homme. Il faudrait veiller à ne pas s'écarter du texte de la Constitution en utilisant des expressions telles que « le droit à la santé » ou « des approches fondées sur les droits ». Le processus suggéré est acceptable, mais il ne sera possible d'envisager d'appuyer le projet de résolution qu'après une nouvelle révision du document.

---

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

M. XING Jun (Chine)<sup>1</sup> approuve en principe le contenu du programme général de travail et le projet de résolution, de même que la proposition de confier la poursuite de l'examen du document au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en février.

La mise en oeuvre du programme dépendra de facteurs tels que le développement économique et social, les ressources, les épidémies et autres situations d'urgence. L'OMS devrait utiliser les avantages qu'elle offre par rapport à d'autres organisations pour renforcer la communication et la coopération avec les Etats Membres et d'autres parties afin de faire le meilleur usage possible du programme. La situation sanitaire mondiale pourrait se modifier radicalement au cours des dix prochaines années et le programme devrait être adapté en conséquence. Le Secrétariat devrait donc renforcer son action de suivi et d'évaluation de la mise en oeuvre du programme et tenir les Etats Membres régulièrement informés. Etant donné que la mise en oeuvre dépendra d'éléments extérieurs au secteur de la santé, l'OMS devra également informer les institutions et organismes internationaux concernés du contenu du programme et coordonner ses stratégies avec eux en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit que le but du onzième programme général de travail est de faire le point de la santé dans le monde et de dégager des perspectives d'avenir. Le document EB117/INF.DOC./3 récapitule les consultations qui ont eu lieu avec les Etats Membres de la Région européenne, avec la société civile et des partenaires bilatéraux. D'autres consultations régionales ont déjà été prises en compte dans l'élaboration du projet de programme. Les résultats de toutes les consultations régionales sont déjà disponibles sur le site Web de l'OMS et seront pris en compte lors de la révision.

Le Secrétariat pourrait éventuellement y inclure une partie des travaux initiaux sur les scénarios futurs de santé publique, comme l'a suggéré le membre désigné par l'Islande. Il pourra certainement améliorer la présentation du document final pour en faciliter la lecture.

Il n'y a pas contradiction entre l'action normative mondiale de l'OMS et l'apport d'un soutien technique dans les pays en développement. Dans l'ensemble toutefois, il convient lui aussi que le document devrait faire une plus large place aux activités normatives mondiales.

Il a été pris bonne note des observations relatives à l'importance et à l'évolution du rôle des ministres de la santé dans un environnement multisectoriel et selon lesquelles le programme général de travail devrait répondre aux besoins des pays ou des individus les plus démunis ; il a été également dit que la santé allait au-delà du seul secteur classique de la santé. Or si l'OMS n'assume pas la responsabilité d'ensemble des questions relatives aux droits de l'homme ou à l'environnement, elle a néanmoins un rôle à jouer en veillant à ce que les aspects sanitaires et les répercussions de problèmes plus généraux intéressant la santé soient convenablement pris en compte. Les observations du membre désigné par le Lesotho quant à la nécessité de mettre sur pied des mécanismes susceptibles de créer les synergies nécessaires et d'en tirer profit ont également été enregistrées.

Il reconnaît que le document doit définir plus précisément le rôle et les atouts de l'OMS et évaluer ce qu'il faut en attendre dans le contexte de la réforme du système des Nations Unies.

En fait, le programme général de travail, la stratégie à moyen terme et le budget programme doivent être considérés comme un tout. Toutefois, le programme n'est pas un plan de travail du Secrétariat : il définit une orientation stratégique, le plan stratégique à moyen terme fixe les objectifs et le budget programme décrit les résultats escomptés et les ressources financières disponibles.

Les membres ont soulevé la question des priorités. Le mandat de l'OMS fait qu'il est difficile de décider, sans l'avis des Etats Membres, qu'un problème de santé est plus important qu'un autre. Il se félicite du débat indispensable sur les fonctions essentielles de l'Organisation et des appels lancés en faveur d'une plus grande clarté concernant ses atouts. Toutes les fonctions essentielles ne peuvent pas être mises en oeuvre de la même façon pour toutes les questions de santé étant donné que les résultats escomptés et les incidences au niveau des ressources diffèrent. Une plus grande clarté quant au rôle de

---

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

l'OMS et aux résultats escomptés pour certains problèmes de santé permettrait de faire en sorte que les priorités établies soient les bonnes, que la budgétisation et l'établissement des coûts soient plus clairs et donc garantir une meilleure rentabilité.

Le PRESIDENT dit que le Conseil a envoyé au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration un message clair. Le document doit tenir plus pleinement compte des résultats de toutes les consultations et du débat au Conseil ; il doit être plus succinct, plus ciblé et mieux définir ses buts que la version actuelle. Le rôle du document et le mandat principal de l'OMS doivent être précisés plus clairement. La relation entre le programme général de travail, le plan stratégique à moyen terme et le budget programme doit être clarifiée afin qu'il n'y ait plus aucun doute sur le fait que le programme fait partie d'un tout. Il conviendrait de mieux préciser quelles sont les questions considérées par l'OMS comme intéressant la santé dans le monde, quels sont les lacunes, les atouts et les faiblesses, les grands défis auxquels nous sommes confrontés et les possibilités à saisir, la position de l'OMS dans ce scénario et le rôle et l'importance des autres parties. La nécessité d'une plus grande souplesse pour faire face à des circonstances imprévues et de la conformité du libellé utilisé avec le mandat de l'OMS a également été soulignée.

Elle a noté que le Conseil était favorable au fait de déléguer ses pouvoirs au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour l'examen du programme général de travail révisé. Si la nouvelle version du document ne répond pas aux exigences du Conseil, elle ne sera pas approuvée. Le projet de résolution ne sera examiné par le Comité que si la version révisée du programme général de travail est approuvée.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) voudrait savoir si le Conseil déléguera également au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration la responsabilité d'approuver le rapport.

Le PRESIDENT, répondant par l'affirmative, explique que le Conseil a l'autorité légale de le faire. Le Conseil délègue deux décisions : l'approbation du programme général de travail révisé et, si c'est le cas, l'adoption du projet de résolution contenu dans le document EB117/16.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) aimerait savoir, en cas de non-approbation du programme général de travail par le Comité, quelles seraient les répercussions pour le plan stratégique à moyen terme et le budget programme et quelles seraient alors les possibilités pour l'OMS.

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) demande quand le texte révisé sera publié, car cela déterminera le calendrier, et notamment les consultations au sein des gouvernements des Etats Membres.

Le Dr BUSS (Brésil) partage la préoccupation du membre désigné par la Thaïlande. Le programme général de travail doit être adopté en 2006 ; si tel n'est pas le cas, le budget programme conservera-t-il sa validité ?

M. BURCI (Conseiller juridique) dit que, si le Comité n'est pas entièrement satisfait de la révision, il pourra donner des instructions claires au Secrétariat qui préparera un projet final à soumettre à l'Assemblée de la Santé. Si cette dernière n'est pas en mesure d'adopter un nouveau programme général de travail en 2006, elle pourra décider provisoirement de prolonger le programme général de travail 2001-2005, en le complétant par des indications supplémentaires, jusqu'à ce qu'un nouveau programme général de travail soit adopté. Le fait que l'Assemblée de la Santé n'adopte pas un programme général de travail en 2006 n'invalide pas le budget programme, qui a déjà été adopté pour la période biennale 2006-2007.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général), répondant à une question au sujet du calendrier, précise que, pour que le rapport puisse être prêt pour l'Assemblée de la Santé, il devra être traduit dans les autres langues officielles début avril 2006. Le Secrétariat espère publier la version révisée du rapport une semaine avant la réunion extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du 24 février 2006, mais ne sera pas en mesure de le produire dans les six langues pour la réunion du Comité, puis à nouveau pour l'Assemblée de la Santé. Des efforts seront néanmoins faits pour produire la révision dans plusieurs langues. Après la réunion du Comité, le texte sera révisé en tenant compte des observations du Comité, puis transmis à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SHANGULA (Namibie) approuve la procédure exposée par le Président.

Le Dr BUSS (Brésil) approuve également la procédure proposée, mais fait observer que les dispositions relatives à la traduction ne correspondent pas à celles qui avaient été convenues la veille pour le projet de résolution soumis par son pays et par le Kenya.

Le PRESIDENT voudrait savoir si le Conseil accepte la procédure proposée, aux termes de laquelle le Secrétariat incorporera au projet les résultats des travaux des séances du Conseil et du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et des consultations informelles ; la responsabilité de l'examen du programme révisé sera déléguée au Comité qui, s'il juge le document acceptable, examinera alors le projet de résolution et le transmettra, avec le document, à l'Assemblée de la Santé.

En réponse à une question du Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), elle précise que le Comité sera chargé d'amender le projet de résolution si nécessaire.

En l'absence d'objections, le Président considère que le Conseil approuve la procédure proposée.

**Il en est ainsi convenu.**

**M. Khan assume la présidence.**

**Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, mécanisme de validation compris :** Point 5.2 de l'ordre du jour (documents EB117/3 et EB117/17)

Le PRESIDENT dit que le document EB117/17, contenant un projet de principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources à l'échelle de l'Organisation, a été préparé pour faire suite à une demande émanant du Conseil en mai 2005.<sup>1</sup> L'annexe contient des précisions sur le dispositif de validation proposé ; le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a rendu compte de cette question dans le document EB117/3.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, indique que l'examen du Comité a été grandement facilité par les explications détaillées fournies par le Secrétariat, qui ont permis aux membres de mieux comprendre certains aspects techniques du dispositif de validation. Il ne s'agit pas d'un dispositif d'affectation des ressources. Son but, qui ne ressort pas toujours clairement de la documentation, consiste à fournir un moyen supplémentaire de déterminer si les ressources vont bien là où il faut. La méthode statistique permet d'obtenir une fourchette de valeurs assez large permettant d'évaluer les affectations budgétaires, mais ne détermine pas les montants alloués à l'intérieur des Régions.

---

<sup>1</sup> Document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la troisième séance.

Le Comité a examiné de manière détaillée le fondement statistique du dispositif et déterminé si tous les éléments sur lesquels il reposait étaient exacts, bien choisis et reflétaient convenablement les préoccupations des Etats Membres au sujet des besoins relatifs des pays. Certains membres du Comité ont suggéré la possibilité de modifier le coefficient de pondération pour les pays les moins avancés de façon à mieux refléter les besoins relatifs. Aucun consensus n'a pu être trouvé sur cette suggestion, mais, dans l'ensemble, les membres se sont accordés à dire que la disposition était une bonne approche.

M. BAILÓN (Mexique) dit que les pays d'Amérique latine ont souligné l'importance de pouvoir disposer d'un système ouvert et efficace pour évaluer l'allocation des ressources. Ils sont inquiets des disparités observées dans la pondération au niveau régional, mais soutiennent l'affectation de ressources accrue aux pays les moins avancés. Les zones des pays en développement ayant un indicateur de pauvreté élevé devraient également être considérées comme des régions moins avancées et il faudrait veiller à ce que les régions comme l'Amérique latine et les Caraïbes reçoivent un appui suffisant. En outre, dans le cadre de l'analyse et de la prise de décision en matière d'allocation de ressources, il faudrait tenir compte du fait que les pays de la Région des Amériques doivent verser deux contributions, l'une à l'OPS, l'autre à l'OMS. Ces pays devraient faire des propositions constructives concernant l'allocation des ressources.

Le Dr SINGAY (Bhoutan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est, se référant au paragraphe 22 du document EB117/3, dit qu'un consensus s'est dégagé au sein du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration sur les principes directeurs, mais pas sur le dispositif de validation. Il note que le deuxième principe affirme que l'allocation stratégique des ressources doit être fondée sur l'équité et sur l'appui aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés. Or les pays les moins avancés n'ont pas tous été classés dans les déciles 1 et 2 ; ceux de sa Région sont répartis sur les déciles 3 et 4, assortis de coefficients de pondération de 2,9 et 2,2 respectivement.

L'équité en matière de santé signifie à besoins égaux traitement égal. Il demande donc instamment au Conseil de s'en tenir, d'une part, à la définition des pays les moins avancés adoptée par l'Organisation des Nations Unies en 1971 et, d'autre part, au deuxième principe, en plaçant tous les pays les moins avancés dans le décile 1.

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) rappelle la déclaration figurant dans le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration (document EB117/3, paragraphe 23) selon laquelle, dans l'ensemble, les membres étaient parvenus à un consensus sur le dispositif de validation. L'OPS a déjà acquis une expérience utile dans l'application de ce type de modèle. Les pays de la Région européenne considèrent le modèle comme un moyen bien équilibré d'utiliser les indicateurs sanitaires.

Le Dr ACHARYA (Népal) dit que les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est se sont réunis quatre fois pour examiner les principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources et qu'ils sont parvenus à se faire une idée claire des principes. Il rejoint le membre désigné par le Bhoutan en soulignant les principes d'équité et d'appui aux pays les plus démunis, en particulier les pays les moins avancés, et demande un traitement égal entre les déciles.

M. RAMATSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région africaine, prend acte avec satisfaction de l'incorporation du deuxième principe, proposé par le Comité régional de l'Afrique. Les dispositifs essentiels pour une allocation efficace des ressources, tels qu'ils figurent dans le document EB117/17, pourraient être expliqués de façon plus simple. La composante « engagement » devrait être réduite. Contrairement à l'indication figurant au paragraphe 21 du rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, les Etats Membres de la Région africaine considèrent que le retrait de ce facteur augmenterait les chiffres en

dollars de la composante « besoins ». Le Secrétariat devrait également établir des lignes directrices claires pour la mise en oeuvre des principes directeurs et du dispositif de validation. Les zones les plus démunies et les régions à plus forte charge de morbidité devraient se voir accorder un rang plus élevé de priorité dans les allocations et les pays les moins avancés devraient rester prioritaires.

Dans son rapport à la cent treizième session du Conseil exécutif,<sup>1</sup> le Directeur général a expliqué la réaffectation de ressources vers les pays par le renforcement des systèmes de santé nationaux. L'OMS a fait passer ses allocations aux pays et aux Régions au titre du budget programme 2004-2005 de 66 à 70 % et s'efforce d'atteindre 75 % pour la période biennale 2006-2007. Cet engagement devrait être la préoccupation prépondérante pour l'allocation des ressources et le document devrait témoigner de cet esprit. Le respect des principes directeurs, et en particulier du deuxième, devrait permettre de faire en sorte que la Région africaine et les autres Régions parmi les plus démunies soient mieux placées pour relever les défis auxquels elles sont confrontées.

Le Dr OROOJ (suppléant de M. Khan, Pakistan), s'exprimant au nom des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale, soutient les efforts faits par le Directeur général pour décentraliser l'Organisation, ce qui aura des répercussions sur la coordination et sur les activités, les bureaux de pays et les bureaux régionaux étant davantage sollicités. Le dispositif de validation doit en tenir pleinement compte et garantir l'équité tant en ce qui concerne le budget ordinaire que les ressources extrabudgétaires. Il s'inquiète de voir que la part du Siège reste constante, alors que la part des Régions dépend du modèle choisi. Dans la décision WHA57(10) sur les allocations de crédits aux Régions, il a été demandé au Directeur général d'établir des principes directeurs en tenant compte de l'équité, de l'efficacité et des résultats obtenus ainsi que de l'appui à fournir aux pays les plus démunis. Toutefois, si le dispositif de validation proposé, moyenne des quatre modèles suggérés, avait été appliqué pour la période biennale 2006-2007, les Régions africaine, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est (les trois Régions les moins avancées en termes d'espérance de vie, de revenu, d'éducation et autres indicateurs sanitaires et socio-économiques) auraient reçu US \$127 millions de moins. La Région africaine, la plus pauvre et celle qui est dans le plus grand besoin, aurait perdu plus de US \$62 millions de son budget pour la période biennale. Mais le dispositif de validation, en fournissant des indications pour l'allocation des ressources, ne devrait pas involontairement compromettre la lettre et l'esprit de la décision prise par l'Assemblée de la Santé.

Les indicateurs suggérés pour apprécier les besoins sanitaires des pays sont également un sujet de préoccupation. Des indicateurs comme l'espérance de vie, le revenu par habitant ou l'éducation ne s'améliorent que très progressivement avec le temps et ne reflètent que les tendances à long terme de la situation sanitaire. En outre, on observe un décalage de deux à trois ans dans le compte rendu des indicateurs, ce qui fait qu'ils ne reflètent pas la situation actuelle dans de nombreux pays. L'OMS alloue par ailleurs des ressources pour des besoins sanitaires qui ne sont pas couverts par ces indicateurs, par exemple en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite. Comme l'action en situation d'urgence et l'action humanitaire, ces allocations ne devraient pas être incluses dans le dispositif de validation, mais considérées comme un élément distinct.

Le choix d'un modèle pour évaluer les besoins sanitaires d'un pays doit être mûrement réfléchi. La corrélation positive entre santé et éducation a été abondamment démontrée, un accès accru à l'éducation entraînant des progrès en matière de santé. L'indicateur de développement humain du PNUD, qui prend en compte l'éducation, devrait donc être utilisé pour le dispositif de validation.

Les pays à forte population devraient être traités équitablement ; il y a une limite à ce que l'on appelle les économies d'échelle. Les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale sont favorables à l'utilisation de la méthodologie de la racine carrée pour les ajustements liés à la taille de la population.

---

<sup>1</sup> Document EB113/2.



Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) salue le dispositif de validation et les sept principes directeurs, en particulier le deuxième. Toutefois, il approuve les observations formulées par le membre désigné par le Bhoutan concernant le Tableau 1 de l'annexe au document EB117/17. Tous les pays les moins avancés devraient bénéficier du même coefficient de pondération.

Il n'est toujours pas convaincu de la nécessité d'une composante « engagement » de 2 %, qui se situerait entre US \$60 millions et US \$70 millions, soit US \$350 000 par Etat Membre. L'introduction de cette composante est destinée à couvrir le coût administratif de l'engagement auprès de tous les Etats Membres. Or l'OMS sert *de facto* tous les Etats Membres de par ses fonctions normatives, même si elle n'est pas présente dans tous. Les Etats disposant de ressources suffisantes ne devraient pas bénéficier de ressources puisque celles-ci sont en quantité limitée. De même, il met en cause la composante « engagement » proposée en ce qui concerne les zones et territoires placés sous la juridiction d'Etats Membres, telle qu'elle est énoncée au paragraphe 12 de l'annexe au document EB117/17. La composante « engagement » devrait être supprimée et la part de 2 % de ressources transférée à la composante « besoins ». Ce transfert mettrait en lumière la nécessité d'utiliser plus efficacement des ressources limitées.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) félicite le Secrétariat des efforts accomplis pour établir des principes directeurs et proposer un dispositif de validation qui ont été motivés par le besoin d'équité et d'appui aux pays les plus démunis. Le dispositif devrait permettre l'évaluation du plan stratégique à moyen terme et du budget programme. La France salue l'inclusion dans les indicateurs fondés sur les résultats d'une composante « besoins », ce qui devrait permettre une répartition équitable des ressources en fonction des besoins. C'est important dans la Région européenne, où les besoins des pays varient considérablement. La composante « engagement » de 2 % est essentielle, compte tenu des coûts régionaux des fonctions fondamentales. Par exemple, les dépenses au titre de la gouvernance sont plus élevées pour les Régions regroupant davantage de pays. La composante devrait être conservée.

Trois questions demandent à être clarifiées. La première, quelles seront les conséquences d'un non-respect du dispositif de validation, par exemple si les Etats Membres adoptent des budgets qui ne sont pas conformes aux fourchettes proposées des allocations ? Existe-t-il des dispositions qui permettraient d'apporter des ajustements et faudrait-il modifier les règles financières et budgétaires ? Deuxièmement, comment l'OMS entend-elle garantir la composante fixe proposée de 43 %, étant donné que près de 70 % des ressources totales de l'Organisation proviennent actuellement des contributions volontaires et que cette proportion pourrait bien augmenter. Troisièmement, comment seront assurées la coordination et la cohérence entre les divers instruments proposés – les 15 objectifs stratégiques du plan stratégique à moyen terme, le budget programme, les principes directeurs pour l'allocation des ressources et le dispositif de validation ? Les répercussions des propositions concernant l'allocation des ressources et le dispositif de validation pour la politique de ressources humaines, les méthodes de recrutement et la mobilité du personnel devraient également être précisées.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) se demande si le dispositif produira les résultats escomptés, car son application se traduira en réalité par une diminution des allocations aux Régions africaine et de la Méditerranée orientale, deux des Régions où les besoins sont les plus grands. Le Directeur général devrait reconsidérer la question et le dispositif de validation devrait être remanié.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) fait siens les avis exprimés par les membres désignés par le Bahreïn, le Bhoutan, le Lesotho, le Népal, le Pakistan et la Thaïlande et demande instamment au Conseil, à sa session actuelle, d'examiner et d'accepter les propositions faites par le membre désigné par le Pakistan.

Le Dr TANGI (Tonga) dit que l'exposé qui a été fait à la récente réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et les observations formulées par le Président du Comité

au début de la présente discussion ont clarifié de nombreux aspects des principes directeurs et du dispositif de validation. Les pays les moins avancés ne devraient pas être traités tous de la même façon puisque leurs besoins sanitaires diffèrent considérablement. L'application de la résolution WHA51.31 sur les crédits alloués aux Régions au titre du budget ordinaire s'est traduite par une diminution des allocations à la Région du Pacifique occidental. Le retrait de la composante « engagement » proposée pour les nombreux territoires et zones relevant de la juridiction d'Etats Membres se traduirait par des nouvelles réductions. C'est pourquoi elle doit être conservée. Il souscrit aux observations du membre désigné par la France.

M. IWABUCHI (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) reconnaît la difficulté de concevoir des méthodes d'allocation des ressources qui satisfassent tous les Etats Membres. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration est parvenu à un consensus sur les principes directeurs et l'utilisation du dispositif de validation, mais de plus amples éclaircissements s'imposent. Comme l'a fait observer le membre désigné par la France, il pourrait s'avérer difficile d'allouer les ressources conformément au troisième principe, étant donné que près des deux tiers des ressources de l'OMS sont d'origine extrabudgétaire. Ces fonds ne sont pas toujours mis à disposition selon les mêmes échéances financières que celles de l'OMS et les organisations partenaires n'ont pas toujours la souplesse voulue en ce qui concerne leur destination technique ou géographique, de sorte qu'elles auront du mal à respecter ce principe. Il aimerait avoir de plus amples éclaircissements sur le passage d'une approche fondée sur les ressources à une approche fondée sur les résultats pour l'allocation des ressources, mentionnée au paragraphe 12 du document EB117/17. Il n'y a pas de sens à chercher à atteindre ces résultats sans une base de ressources solide. Les organisations doivent établir des priorités dans leurs activités compte tenu des ressources disponibles. La nouvelle approche fondée sur les résultats signifie-t-elle que les résultats escomptés détermineront désormais les ressources que chaque Etat Membre et que les organismes partenaires devront verser ?

M. SHIRALIYEV (Azerbaïdjan) approuve les observations formulées par le membre désigné par la France et soutient les principes directeurs et le dispositif de validation sous sa forme actuelle. La légère augmentation prévue pour la Région européenne est nécessaire en raison de la très grande diversité des besoins. Les ressources manquent dans de nombreux pays de la Région, notamment ceux qui sont actuellement en transition économique. Les autorités sanitaires des Etats Membres se tournent vers l'OMS pour solliciter des ressources et un soutien moral en vue d'améliorer la santé publique.

M. GUNNARSSON (Islande) s'étonne que le rapport sur les principes directeurs et le dispositif de validation établi par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration n'ait pas été accepté par tous les membres du Conseil, ni même par certains qui sont également membres du Comité. Les méthodes d'examen du Comité pourraient être reconsidérées. Tous conviennent que les ressources doivent aller en grande partie à ceux qui en ont le plus besoin. Il est important de permettre aux pays de franchir la période de transition économique que l'Islande a elle-même connue par le passé. Il est impossible de concevoir une méthode mathématique d'allocation des ressources qui satisfasse tous les Etats Membres. Mais il est indispensable de trouver une solution largement acceptable. Des ajustements et de petits réglages de précision pourraient la rendre plus équitable, ce qui est le principal but de l'exercice. Faute d'accord à la présente session du Conseil, l'OMS devra revenir sur l'application de la résolution WHA51.31, ce que peu d'Etats Membres souhaitent. Il ne voit pas d'autre solution que d'approuver le rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, qui témoigne du consensus auquel est parvenu celui-ci.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), revenant sur les observations de l'orateur précédent, fait observer qu'aucun consensus n'a été atteint.

Le paragraphe 22 du document EB117/3 indique que le dispositif de validation accorde sensiblement plus de poids aux pays les plus démunis sans que les pays les moins avancés soient

considérés comme un groupe distinct ; certains de ces pays, à savoir ceux qui seront assignés aux déciles 3 et 4, n'entrent pas dans la définition des pays les plus démunis telle qu'elle est appliquée. Le dispositif de validation ne respecte donc pas le deuxième principe. Le Conseil a deux solutions : ou bien il respecte scrupuleusement les principes, ce qui veut dire que les pays les moins avancés doivent être traités de la même façon et se voir assigner au décile 1 – c'est la position de son pays ; ou bien il doit supprimer le deuxième principe – ou du moins la référence dans ce principe aux pays les moins avancés – puisqu'il ne peut être appliqué.

En ce qui concerne le paragraphe 12 de l'annexe au document EB117/17, il répète que la Thaïlande ne peut accepter les arrangements proposés concernant la composante « engagement » pour les territoires et zones relevant de la juridiction d'Etats Membres ; toute mesure sanitaire prise dans ces territoires relève de la responsabilité des Etats Membres sous la juridiction de laquelle ils sont placés et non de l'OMS. Appliquer cet arrangement reviendrait à fournir des ressources à des pays déjà nantis. La composante « engagement » devrait être supprimée.

Le PRESIDENT fait observer que tous les Etats Membres ont approuvé le principe de l'allocation des ressources de façon équitable et à l'appui des pays les plus démunis, et qu'il n'est donc pas question de supprimer le deuxième principe. Il est important de trouver une solution pour traiter équitablement tous les pays démunis.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) est convaincu que l'intention était d'assurer une approche équitable en prenant en compte les besoins des pays les moins avancés. Les changements apparemment mineurs proposés pourraient avoir des effets indésirables. Le modèle proposé pourrait être adopté sans autre changement.

Le Dr HANSEN-KOENIG (Luxembourg) se félicite que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration ait accepté de privilégier les pays les plus démunis, en particulier les moins avancés, et d'inclure toutes les sources de fonds. Elle soutient le modèle proposé d'allocation des ressources dans son intégralité et approuve l'appel lancé par plusieurs membres en vue de conserver la composante « engagement » ; il est évident que la charge financière est plus importante pour une Région qui compte 52 pays et travaille dans quatre langues que pour les Régions qui n'ont pas à subir ces coûts administratifs plus élevés. Elle approuve la déclaration du membre désigné par l'Islande ; le Conseil devrait accepter le modèle proposé, mais un consensus paraît improbable ; aussi doit-il examiner comment procéder maintenant.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) dit qu'il semble y avoir consensus sur les principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources et l'introduction du dispositif de validation. Par ailleurs, il est généralement reconnu que l'Organisation doit passer d'une gestion fondée sur les ressources à une gestion fondée sur les résultats. On doit également pouvoir savoir exactement de quel montant total de ressources on dispose.

L'approche fondée sur les résultats est déjà appliquée à l'élaboration de plans stratégiques à moyen terme pour 2008-2013 et le prochain projet de budget programme. Les objectifs stratégiques comme les résultats escomptés nécessaires pour atteindre ces objectifs aux niveaux mondial, régional et des pays y seront chiffrés de façon plus détaillée. Le dispositif de validation sera utilisé pour déterminer la validité des besoins en ressources sur la base des résultats. Si ceux-ci ne sont pas jugés valables, cela indiquera que l'Organisation n'a pas répondu convenablement aux besoins et aux priorités des Etats Membres. Il est convaincu que des ressources suffisantes seront versées à l'Organisation pour lui permettre d'honorer le budget programme ; le Secrétariat est résolument engagé en faveur de la mobilisation de nouvelles ressources à travers les contributions volontaires.

Le dispositif de validation est une formule de compromis, reposant sur les meilleures connaissances de divers experts, pour aider les pays les plus démunis. Ses trois composantes ont été élaborées pour tenir compte de la nature des activités de l'Organisation. Les fourchettes obtenues sont purement théoriques et ne constituent pas des allocations effectives de ressources. La composante

« besoins » tient compte des indicateurs socio-économiques – espérance de vie, produit intérieur brut et indicateur de développement humain du PNUD – qui caractérisent le mieux les pays les plus démunis. La référence dans le deuxième principe aux « pays les moins avancés » a pour but de leur accorder une attention privilégiée et n'est pas une référence en soi aux pays officiellement classés comme « moins avancés » par l'Organisation des Nations Unies.

Le Conseil peut soit accepter l'approche proposée et le dispositif de validation tels quels, à titre de compromis, ce qui permettra à l'Organisation de se concentrer sur les objectifs stratégiques et les résultats à atteindre, avec l'avis des Etats Membres, soit remettre l'examen de ce point à sa cent dix-huitième session en attendant de plus amples consultations.

Le DIRECTEUR GENERAL fait observer que le rôle de l'OMS doit être replacé dans un contexte plus large. L'Organisation n'est pas un fonds ni un organisme de développement, mais une institution spécialisée des Nations Unies qui s'emploie à promouvoir la santé aux côtés d'autres organisations du système des Nations Unies, de la Banque mondiale, de donateurs bilatéraux, de la Commission européenne et d'autres organismes. L'OMS soutient de nombreux pays moins avancés qui s'efforcent de consacrer des ressources suffisantes à des activités sanitaires et de lutte contre la pauvreté, mais elle ne prétend pas avoir suffisamment de ressources pour pouvoir à elle seule réduire la pauvreté. Les ressources dont dispose l'Organisation, comparées aux budgets nationaux de la santé, ou aux ressources globales d'autres institutions telles que la Banque mondiale, sont modestes. En outre, les deux tiers de son budget sont constitués par des contributions volontaires, qui ne peuvent être garanties. Dans ces conditions, il remercie le petit nombre de pays qui, chaque année, versent des contributions volontaires à objet non désigné chaque fois plus importantes au budget de l'Organisation. Les donateurs bilatéraux et multilatéraux attendent de l'Organisation, en tant qu'institution spécialisée dans l'action sanitaire, qu'elle fournisse un appui technique considérable aux pays auxquels ils versent des fonds.

Il faut accepter qu'aucune formule mathématique ne résoudra tous les problèmes auxquels l'Organisation est confrontée. Il demande donc au Conseil d'accepter l'approche proposée et les principes directeurs, qui laisseront à l'OMS suffisamment de marge de manoeuvre, plutôt que de reporter une décision sur le sujet en attendant de nouvelles discussions qui seront peut-être infructueuses. Soulignant la nécessité d'une capacité de riposte souple, il assure aux membres du Conseil qu'au cas où des situations d'urgence ou des besoins particuliers surgiraient, l'OMS saurait être à la hauteur de la tâche et mobiliser les fonds nécessaires.

Le Dr SHANGULA (Namibie), remerciant le Directeur général de ses paroles rassurantes, dit qu'il n'y a pas d'autre solution que la proposition actuelle. Il conjure donc le Conseil d'approuver l'approche proposée. Il ne sera pas possible de trouver une formule d'allocation des ressources satisfaisant tout le monde. Toutefois, au cours de la phase de mise en oeuvre, les points faibles seront repérés et la formule pourra être ajustée en conséquence.

Le Dr KHALFAN (Bahreïn) dit qu'il serait utile que le Secrétariat puisse établir un tableau faisant apparaître l'effet du dispositif de validation sur la répartition des ressources pour les différents pays. Le Conseil est invité à prendre une décision sans savoir quelles en seront les répercussions. Ce tâtonnement risque néanmoins de placer l'Organisation dans une position irréversible.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) répète qu'il ne s'agit pas, avec le dispositif de validation, d'allouer des ressources ou de préciser les ressources à allouer à chaque pays ; ces montants seront déterminés par le processus du budget programme et cette question sera traitée à l'intérieur des différentes Régions.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) promet l'appui de son pays à toute décision qui pourrait être exigée du Directeur général en cas de situation d'urgence. Le rôle de l'OMS en tant qu'institution spécialisée et l'assistance technique qu'elle fournit sont hautement appréciés par les institutions bilatérales et

multilatérales. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles il a suggéré que tous les pays les moins avancés soient regroupés dans un même décile, car les assigner à des déciles différents se traduirait par un traitement inégal et entraînerait des difficultés, notamment pour la mobilisation de ressources extérieures. Le système de classification des pays les moins avancés adopté par l'Organisation des Nations Unies devrait être conservé et leur statut régulièrement revu.

Le PRESIDENT constate que, si tous conviennent qu'un soutien doit être apporté aux pays les plus démunis, il n'y a pas consensus sur la façon de le faire. Il suggère donc que l'examen de cette question soit reporté à la cent dix-huitième session du Conseil et que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration réexamine la question dans l'intervalle.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) estime que l'intérêt du dispositif de validation est l'application d'une fourchette relative de plus ou moins 10 % par rapport à la moyenne, qui offre au Directeur général la souplesse voulue pour répartir les crédits entre programmes et entre Régions, compte tenu de l'incertitude qui s'attache aux contributions volontaires. Il propose que, si le Conseil souhaite conserver le libellé du deuxième principe, sur lequel il semble y avoir consensus, tous les pays les moins avancés reçoivent le même traitement et soient placés dans le premier décile ; dans le cas contraire, les termes « les pays les moins avancés » devront être supprimés. Il propose en outre que la composante « engagement » constitue 1 % et non 2 % du total. Il est prêt à accepter que les zones et territoires sous la juridiction des Etats Membres soient pris en compte dans la composante « engagement » à hauteur de 50 %.

Le Dr NORDSTRÖM (Sous-Directeur général) répète que les fourchettes prévues dans le dispositif de validation serviront de référence et rien de plus. Le retrait ou la réduction de la composante « engagement » ne fera que très peu de différence – seulement plus ou moins 3 % environ – en ce qui concerne les fourchettes ou les moyennes selon les Régions. Il suppose que la proposition est motivée par des considérations politiques ou par une question de principe. Le fait de placer tous les pays les moins avancés dans le premier décile ne ferait pas non plus beaucoup de différence en ce qui concerne les moyennes, et encore moins en ce qui concerne les fourchettes, la principale conséquence étant que la moyenne pour la Région africaine diminuerait de 0,8 % et celle de la Région de l'Asie du Sud-Est augmenterait de 1,1 %. Les chiffres pourraient être ajustés en conséquence.

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), soulignant qu'il est important d'avancer dans l'examen de l'ordre du jour, fait observer que la plupart des membres du Conseil, faute de pouvoir faire immédiatement appel à des experts pour examiner les chiffres dans le détail, sont en train d'examiner les principes directeurs et le dispositif de validation d'un point de vue stratégique plutôt théorique. Le Conseil devrait faire confiance à l'aptitude du Directeur général à appliquer les principes directeurs et autoriser le Secrétariat à aller de l'avant, pour autant que le Conseil – et son Comité du Programme, du Budget et de l'Administration – soit tenu informé et puisse tenir des discussions plus approfondies à sa prochaine session. Il ne faudrait pas retarder plus longtemps le débat.

Le Dr BOTROS SHOKAI (Soudan) dit que le dispositif de validation ne reflète pas de façon adéquate les principes directeurs. Si l'on ne parvient pas à un consensus à la présente session, elle pense qu'il conviendrait de soumettre la question à l'Assemblée de la Santé en mai 2006 plutôt que d'en reporter l'examen à la cent dix-huitième session du Conseil, sans quoi la question ne sera pas examinée par l'Assemblée avant 2007.

**La séance est levée à 12 h 35.**

## DIXIEME SEANCE

**Vendredi 27 janvier 2006, 14 h 10**

**Président :** M. M. N. KHAN (Pakistan)  
**puis :** Mme J. HALTON (Australie)  
**puis :** M. M. N. KHAN (Pakistan)

### **1. QUESTIONS RELATIVES AU PROGRAMME ET AU BUDGET :** Point 5 de l'ordre du jour (suite)

#### **Principes directeurs pour l'allocation stratégique des ressources, dispositif de validation compris :** Point 5.2 de l'ordre du jour (document EB117/17) (suite)

Le PRESIDENT indique que des consultations informelles ont eu lieu depuis la séance du matin.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) propose que, à l'issue des consultations et dans le souci d'arriver à un consensus sur le meilleur moyen de faire concorder le dispositif de validation avec le deuxième principe directeur, sur lequel il existe un accord, la question soit soumise à la réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration qui précède la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, puis au Conseil en mai 2006.

Le Dr GASHUT (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne), M. MAHMOOD (suppléant du Dr Ali Mohammed Salih, Iraq) et le Dr KHALFAN (Bahreïn) soutiennent cette proposition.

Le Dr MIHAI (conseiller du Dr Iliescu, Roumanie) s'associe aux orateurs précédents qui ont appelé l'attention des membres sur les différents niveaux de développement qui existent au sein de la Région européenne et sur la nécessité, par conséquent, d'allouer les fonds d'une manière plus équitable.

Le Dr SADRIZADEH (République islamique d'Iran) dit que l'adoption de la formule de modélisation aura pour résultat que le Siège de l'OMS recevra 28 % des ressources, plus que ce qui avait été promis, et la Région africaine et les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale un pourcentage moindre. Il faudrait revoir les principes et les affiner à la lumière des débats du Conseil et de la politique de décentralisation de l'OMS. Après avoir été révisés par le Secrétariat, les principes devraient être soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

Mme MTSHALI (Afrique du Sud)<sup>1</sup> salue le travail du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration pour faciliter les délibérations du Conseil. Les questions qui n'auront pas été entièrement réglées par le Comité reviendront inmanquablement devant le Conseil.

---

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

Elle demande quels sont le statut et la responsabilité, au regard de la Constitution de l'OMS, des territoires et zones relevant de la juridiction des Etats Membres, et si cette responsabilité, le cas échéant, correspond aux idées et propositions figurant au paragraphe 12 du document EB117/17.

Elle souscrit aux déclarations des orateurs précédents concernant les pays les moins avancés et se félicite des améliorations apportées précédemment aux principes directeurs, en particulier l'ajout du deuxième principe.

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, souscrit à l'idée de soumettre ce point au Comité, puis à la session suivante du Conseil, comme l'a proposé le membre désigné par la Thaïlande. Il subsiste des points de désaccord et les aspects complexes n'ont pas tous été traités d'une manière détaillée à la présente session du Conseil. Un travail préliminaire devra être effectué avant la réunion du Comité afin de faire participer à titre informel toutes les parties intéressées et de recueillir toutes les informations et les observations que le Comité étudiera avant l'examen par le Conseil. Les observations de l'orateur précédent feront partie des questions qui seront examinées par le Comité.

Le PRESIDENT dit que le Secrétariat doit aussi être invité à communiquer toutes les informations demandées par les membres désignés par le Bahreïn, le Bhoutan et d'autres Etats Membres pour qu'elles figurent dans les délibérations du Comité et du Conseil. Il considère que le Conseil souhaite soumettre ce point à la prochaine réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, avant d'en poursuivre l'examen lors de sa cent dix-huitième session.

**Il en est ainsi convenu.**

#### **Fonds immobilier : rapport de situation : Point 5.3 de l'ordre du jour (document EB117/18)**

Mme SCHAER BOURBEAU (Suisse)<sup>1</sup> dit que la Suisse, pays hôte, qui a récemment accordé un prêt sans intérêt pour financer la construction d'un nouveau bâtiment pour l'OMS et l'ONUSIDA, attache une importance particulière à ce rapport. Elle se félicite de constater que l'OMS entend poursuivre une approche coordonnée à l'égard des questions immobilières, et en particulier de l'élaboration prochaine d'un plan directeur décennal couvrant tous les besoins en matière de construction, de rénovation et de sécurité. Elle s'associe aux préoccupations exprimées quant aux effets des restrictions budgétaires sur l'entretien des bâtiments et souligne que toutes les organisations internationales doivent mettre de côté les ressources nécessaires pour assurer l'entretien de leurs biens immobiliers.

**Le Conseil prend note du rapport et approuve le plan d'action.**

#### **2. RAPPORT DU COMITE DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION DU CONSEIL EXECUTIF : Point 3 de l'ordre du jour (document EB117/3) (suite de la première séance, section 3)**

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) appelle l'attention des membres sur le paragraphe 48 du rapport, où il est question d'une recommandation adressée par le Comité au Conseil sur la périodicité des réunions du Comité.

---

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

Mme HALTON (Australie), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration, dit qu'il est demandé au Conseil d'approuver la proposition visant à autoriser la tenue de réunions extraordinaires du Comité pour traiter de questions urgentes. Elle précise que de telles réunions ne peuvent être convoquées que par le Conseil, et non par le Comité de son propre chef.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) est favorable à cette proposition, puisque le Conseil a précédemment décidé, au titre du point 5.1 de l'ordre du jour, d'autoriser le Comité à examiner en son nom la révision du projet de onzième programme général de travail en février 2006.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) donne lecture du projet de décision suivant :

**Décision :** le Conseil exécutif, ayant pris note du rapport de son Comité du Programme, du Budget et de l'Administration,<sup>1</sup> a décidé de modifier le mandat du Comité tel qu'il figure en annexe à la résolution EB114.R4, en ajoutant la phrase suivante à la fin du paragraphe intitulé « Périodicité des réunions » : « Le Conseil peut décider de convoquer des réunions extraordinaires du Comité pour l'examen de questions urgentes qui relèvent du mandat du Comité et qui doivent être examinées entre ses réunions ordinaires. ».

**La décision a été adoptée.<sup>2</sup>**

**Le Conseil prend note du rapport.**

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

**Séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS :** Point 4.1 de l'ordre du jour (document EB117/30) (suite de la deuxième séance)

Le PRESIDENT, prenant la parole en qualité de membre désigné par le Pakistan, dit que, compte tenu du débat tenu précédemment par le Conseil sur le point 4.1 de l'ordre du jour, le Pakistan souhaite proposer un projet de résolution ainsi libellé :

Le Conseil exécutif,  
Ayant examiné le rapport sur le séisme en Asie du Sud : l'action de l'OMS ;<sup>3</sup>  
RECOMMANDE à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,  
Consciente de l'adversité dans laquelle peuvent se trouver les peuples du monde par suite de catastrophes tant naturelles que causées par l'homme ;

Notant que la capacité de résistance des nations et des communautés touchées par des crises est entamée par les pressions extrêmes qu'elles subissent au quotidien pendant de longues périodes ;

Préoccupée par les insuffisances de la préparation aux situations d'urgence dans de nombreux pays et par le fait que les mécanismes existants ne sont pas toujours capables

---

<sup>1</sup> Document EB117/3.

<sup>2</sup> Décision EB117(2).

<sup>3</sup> Document EB117/30.



de faire face à des catastrophes de grande envergure, comme les séismes survenus à Bam, en République islamique d'Iran et, plus récemment, dans le nord de l'Inde et au Pakistan, ou le séisme et le tsunami survenus en Asie du Sud et l'ouragan Katrina aux Etats-Unis d'Amérique ;

Appréciant les progrès accomplis, en particulier dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, sur le plan de l'organisation des secours à la suite du séisme survenu en Asie du Sud ;

Rappelant l'article 58 de la Constitution de l'OMS qui prévoit la création d'un fonds spécial, dont le Conseil disposera à sa discrétion, pour parer aux cas d'urgence et à tous événements imprévus ;

1. EXPRIME sa sympathie, son soutien et sa solidarité aux victimes des catastrophes ;
2. ENCOURAGE les Etats Membres à continuer à renforcer leurs programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours par des mesures législatives, techniques, financières et logistiques ;
3. PRIE le Directeur général de prendre les mesures nécessaires, à savoir :
  - 1) fournir aux Etats Membres les conseils et le soutien techniques dont ils ont besoin afin de renforcer les programmes du secteur de la santé pour la préparation aux situations d'urgence, aux niveaux tant national que local ;
  - 2) créer une base de données mondiale et un réseau interrégional de professionnels de la santé qualifiés et équipés et d'institutions capables de faire face aux situations d'urgence et aux crises ;
  - 3) établir un fonds spécial de solidarité pour les situations d'urgence, dont les ressources pourraient être mobilisées dans la suite immédiate des situations d'urgence et des crises et auquel tous les Etats Membres contribueraient ;
  - 4) établir plusieurs centres régionaux de logistique et de gestion des approvisionnements, qui serviraient à mobiliser immédiatement des fournitures vitales dans les situations d'urgence et de crise ;
  - 5) appuyer la mise en place et le renforcement de centres régionaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ;
4. PRIE EN OUTRE le Directeur général de faire rapport à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

M. GUNNARSSON (Islande) dit qu'il est capital que l'Organisation soit en mesure d'intervenir sans tarder dans les situations d'urgence. Les mesures prises sur place durant les premières 24 heures sont déterminantes : après cela, c'est l'aide extérieure qui est essentielle.

L'orateur est favorable au projet de résolution en général, mais ne voit pas la nécessité de constituer un fonds spécial de solidarité en cas d'urgence. Nombreux sont ceux qui ne seraient pas prêts à approuver la constitution d'un nouveau fonds. L'orateur propose de modifier le paragraphe 3.3) de la façon suivante : « de s'efforcer de faire en sorte que l'OMS, dans le cadre de son mandat, soit en mesure de réagir immédiatement après la survenue d'une situation d'urgence ou d'une crise », et suggère d'ajouter un nouveau paragraphe libellé ainsi : « EXHORTE les Etats Membres à apporter un soutien à l'OMS pour qu'elle puisse intervenir immédiatement, dans le cadre de son mandat, en cas de crise humanitaire dans le domaine de la santé ».

Le Dr BUSS (Brésil) soutient les amendements proposés par le membre désigné par l'Islande. Il est important que le Conseil témoigne sa compassion pour les victimes de catastrophes naturelles et le Brésil sera toujours disposé à apporter une aide matérielle. Le projet de résolution devrait comporter une référence à la coordination des opérations d'urgence entre les différents organismes du système des Nations Unies. Il suggère d'ajouter un nouveau paragraphe 3.6) qui serait ainsi libellé : « agir de concert avec les Nations Unies pour mettre en place un mécanisme de coordination rapide avec les autres organisations des Nations Unies ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal), prenant la parole au nom des Etats Membres de l'Union européenne, suggère d'insérer, dans le préambule, un nouvel alinéa rédigé ainsi : « Rappelant la résolution 60/124 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies ». Au paragraphe 3, il conviendrait d'ajouter, après « PRIE le Directeur général », le membre de phrase suivant : « en coopération avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), les autres organismes spécialisés et les organisations internationales compétentes ». Il y aurait lieu de supprimer les paragraphes 3.2), 3.3), 3.4) et 3.5) et de les remplacer par un nouveau paragraphe 3.2) ainsi libellé : « rechercher (et appliquer) des moyens d'accroître la participation de l'OMS aux interventions humanitaires générales dans le cadre des mécanismes existants tels que le Fonds central pour les urgences humanitaires (CERF), le Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage (INSARAG) ou l'équipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe (UNDAC) ».

Le Dr KAMAL (suppléant de M. Shugart, Canada) accepte tous les amendements proposés et suggère d'ajouter, dans le préambule, un nouvel alinéa ainsi libellé : « Rappelant la résolution WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe ». Il convient de mettre l'accent sur la coopération, l'encadrement rapide et le rôle du Bureau de la coordination des affaires humanitaires. Il faut aussi étudier les possibilités de synergie entre les centres régionaux de logistique et de gestion des approvisionnements existant tant à l'intérieur qu'en dehors du système des Nations Unies.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) adhère entièrement au projet de résolution.

Mme TSUJISAKA (suppléant du Dr Shinozaki, Japon) souligne l'importance de l'intervention de l'OMS dans les situations d'urgence. Elle soutient le projet de résolution, mais estime qu'il faut examiner plus avant les conséquences de la proposition concernant le fonds et les centres régionaux mentionnés au paragraphe 3. En ce sens, elle souscrit aux amendements proposés par le membre désigné par le Portugal.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) soutient le projet de résolution, mais n'est pas favorable à la création d'un nouveau fonds qui entraînerait d'autres contraintes administratives. L'amendement proposé par le membre désigné par l'Islande est certes utile, mais il met l'accent sur la relation verticale entre le Secrétariat et les Etats Membres plutôt que sur la relation horizontale entre les Etats Membres eux-mêmes, qui pourrait être plus importante en cas de crise ou de situation d'urgence. On pourrait ajouter, dans le dispositif du projet de résolution, un texte supplémentaire exhortant les Etats Membres à se prêter mutuellement appui lors de catastrophes. Les textes proposés par les membres désignés par le Portugal et l'Islande devraient être examinés soigneusement pour éviter tout risque d'incohérence.

M. PHAM HONG NGA (suppléant de Mme Le Thi Thu Ha, Viet Nam) défend ardemment le projet de résolution. Un fonds de solidarité permettrait à l'OMS de réagir dans les heures qui suivent une catastrophe. Le temps est le facteur essentiel pour intervenir en situation d'urgence, et il est indispensable que des approvisionnements soient déjà en place dans des points stratégiques. Le fonds proposé pourrait être géré efficacement par le Secrétariat.

Le Dr ABDULLA (suppléant du Dr Botros Shokai, Soudan) défend aussi ardemment le projet de résolution et les mesures qu'il est demandé au Directeur général de prendre au paragraphe 3. Il suggère qu'un groupe de travail soit constitué en vue de parvenir à un consensus sur la création d'un fonds d'urgence.

Le PRESIDENT fait observer que des consultations pourraient être organisées par voie électronique.

Mme HALTON (Australie) s'associe volontiers à une résolution appelant le Conseil à témoigner sa compassion et sa solidarité à l'égard des victimes du séisme d'Asie du Sud et des catastrophes en général. Les interventions du Secrétariat dans les catastrophes récentes ont été rapides et se sont déroulées mieux que par le passé, mais les capacités d'intervention peuvent encore être améliorées, surtout en ce qui concerne la phase opérationnelle.

Le dernier alinéa du préambule du projet de résolution rappelle que la Constitution mentionne un fonds spécial destiné à parer aux cas d'urgence et aux événements imprévus. L'oratrice souligne que la résolution WHA58.1 donne déjà des orientations aux Etats Membres et au Directeur général sur les mesures qu'il conviendrait de prendre en priorité pour améliorer l'intervention collective en cas de crise et de catastrophe. Au paragraphe 3.6) de cette résolution, il est demandé au Directeur général « d'adapter et de revoir, le cas échéant, l'action dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours ainsi que dans les autres domaines associés aux interventions de l'ensemble de l'Organisation en cas de crise, et d'assurer les ressources nécessaires à son efficacité ». Il n'y a donc aucune nécessité d'adopter une nouvelle résolution sur des mécanismes de financement à cet effet. De plus, l'article 58 de la Constitution vise à créer, dans le cadre du budget programme biennal, une dotation budgétaire pour les événements imprévus qui pourraient inclure les situations d'urgence. Elle suggère de supprimer le dernier alinéa du préambule du projet de résolution ainsi que le paragraphe 3.3). Les paragraphes 3.4) et 3.5) pourraient être combinés en un seul paragraphe dont le texte serait le suivant : « appuyer, selon qu'il convient, la mise en place et le renforcement de centres régionaux de préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, comprenant plusieurs centres régionaux de logistique et de gestion des approvisionnements, qui serviraient à mobiliser immédiatement les fournitures vitales en situation d'urgence et de crise ». Au paragraphe 4, il conviendrait d'ajouter « , par l'intermédiaire du Conseil exécutif, » après « la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ».

Mme Halton trouve acceptables les amendements proposés par le membre désigné par le Portugal, ceux-ci n'étant pas incompatibles avec le texte suggéré par le membre désigné par l'Islande.

Le Dr ACHARYA (Népal) soutient le projet de résolution tel qu'amendé par le membre désigné par l'Islande.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> dit que le troisième alinéa du préambule devrait mentionner les ouragans Rita et Katrina, et elle suggère d'insérer, après le paragraphe 2, le texte suivant : « ainsi qu'en développant la capacité de résistance des communautés ». L'oratrice se félicite de l'insistance de certains membres du Conseil sur la coopération avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires et d'autres organismes responsables des Nations Unies, et elle estime, comme le membre désigné par le Portugal, que les questions évoquées au paragraphe 3 méritent d'être examinées de près.

Le PRESIDENT, prenant la parole en tant que membre désigné par le Pakistan, dit apprécier la solidarité témoignée par le Conseil à l'égard des victimes de la catastrophe. Lorsqu'une situation d'urgence se produit, il appartient au Directeur général de prendre les mesures appropriées, que des ressources soient immédiatement disponibles ou non, et de solliciter l'approbation du Conseil si nécessaire. Il s'appuie à cet égard sur l'article 58 de la Constitution.

---

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

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général), constatant le large soutien déclaré en faveur du projet de résolution, dit cependant qu'il ne sera peut-être pas possible d'intégrer les divers amendements proposés à temps pour qu'il soit adopté à la présente session. Il suggère que le Secrétariat se charge de cette tâche et distribue une version électronique du projet de résolution aux membres du Conseil pour examen. Le projet de résolution révisé pourra alors être soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

**Il en est ainsi convenu.**

#### **4. QUESTIONS FINANCIERES : Point 6 de l'ordre du jour**

**Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution :** Point 6.1 de l'ordre du jour (document EB117/19)

Le PRESIDENT note que ce point a déjà été examiné par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et que le rapport du Comité figure dans le document EB117/3.

**Le Conseil prend note du rapport.**

**Suivi de la mise en oeuvre des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes :** Point 6.2 de l'ordre du jour (document EB117/20)

Le PRESIDENT dit que le rapport donne un exemple de la présentation du document de suivi proposé. Les membres devraient également se reporter au rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration contenu dans le document EB117/3. En absence d'observations, le Président considère que le Conseil accepte le programme de suivi proposé.

**Il en est ainsi convenu.**

#### **5. QUESTIONS RELATIVES AU PERSONNEL : Point 7 de l'ordre du jour**

**Ressources humaines : rapport annuel :** Point 7.1 de l'ordre du jour (documents EB117/21, EB117/21 Add.1 et EB117/21 Add.1 Corr.1)

Le PRESIDENT rappelle que ce point a été examiné par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

M. BAILÓN (Mexique), prenant la parole au nom des Etats Membres en Amérique latine et dans les Caraïbes, se félicite de la qualité du rapport sur les ressources humaines contenu dans le document EB117/21 Add.1. Dans un souci de transparence et pour assurer une répartition géographique équitable des effectifs, il faut tenir compte de la contribution financière de chaque Etat Membre, de sa population et de sa représentation. L'orateur demande instamment à l'Organisation de renforcer le recrutement de personnel de la catégorie professionnelle originaire de pays en développement et de recruter du personnel des pays non représentés ou sous-représentés. Il est très favorable à la proposition du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration tendant à ce que le Secrétariat rédige un rapport établissant une distinction entre, d'une part, le nombre de membres

du personnel nommés à des postes ouverts au recrutement international sur concours et ayant fait l'objet d'un avis de vacance et, de l'autre, le nombre de nominations directement effectuées par le Directeur général. Il attache tout autant d'importance à la proposition du Comité d'inclure des renseignements sur la langue maternelle et les connaissances linguistiques du personnel. Lorsque l'on traite de questions de santé publique, il faut tenir compte de la diversité des approches et des traditions universitaires qui existent dans le monde, et respecter le multilinguisme et le multiculturalisme, ainsi que le besoin d'accès à la formation. Ce rapport devrait être établi à temps pour la prochaine Assemblée de la Santé.

**Le Conseil prend note des rapports.**

**Rapport de la Commission de la Fonction publique internationale :** Point 7.2 de l'ordre du jour (document EB117/22)

Le PRESIDENT explique que ce point a aussi été examiné la semaine précédente par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et qu'il convient donc de se reporter au rapport du Comité.<sup>1</sup>

**Le Conseil prend note du rapport de la Commission de la Fonction publique internationale.**

**Confirmation d'amendements au Règlement du Personnel :** Point 7.3 de l'ordre du jour (documents EB117/23, EB117/23 Add.1 et EB117/23 Add.2)

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner les deux projets de résolution figurant dans le document EB117/23.

**Les résolutions sont adoptées.<sup>2</sup>**

**Déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS :** Point 7.4 de l'ordre du jour (document EB117/INF.DOC./1)

Mme LALIBERTÉ (représentant des Associations du Personnel de l'OMS) dit que les Associations du Personnel s'efforcent d'être des partenaires actifs et de contribuer au processus d'instauration d'un cadre institutionnel juste et équitable et conforme aux normes et aux pratiques du système des Nations Unies. En mai 2003, les organismes du système ont signé une déclaration collective définissant l'utilisation d'une approche commune des droits de l'homme tant dans leurs activités qu'au niveau de la gouvernance institutionnelle du système. Elle appelle l'attention des membres sur un arrêt de travail d'une heure qui a été observé au Siège le 30 novembre 2005 en raison d'une rupture de la communication entre le personnel du Siège et l'administration. Des enquêtes ont montré une perte de confiance dans la direction, et l'arrêt de travail a été la manifestation de l'inquiétude suscitée par l'exclusion du personnel du processus de décision concernant les conditions d'emploi et des phases les plus délicates de la Revue des orientations stratégiques et des compétences. Il y a eu des cas établis d'abus de pouvoir discrétionnaire lors de décisions concernant le recrutement et la promotion, un haut degré de harcèlement et un système de justice interne inefficace.

L'une des préoccupations majeures a été le refus de revoir ou d'abolir la règle « des quatre ans » qui doit être appliquée en juin 2006, règle selon laquelle 280 fonctionnaires temporaires,

---

<sup>1</sup> Document EB117/3.

<sup>2</sup> Résolutions EB117.R10 et EB117.R11.

essentiellement des femmes, devront quitter l'Organisation après quatre ans de service. Les contrats temporaires ont été privilégiés en 2002 pour permettre à l'Organisation de mettre en place un système efficace de gestion des ressources humaines, et ils n'étaient pas destinés à perpétuer une situation dans laquelle le personnel s'acquitterait de tâches régulières sans pour autant bénéficier de conditions d'emploi régulières. L'Association du Personnel du Siège n'est pas opposée à une réduction des ressources au Siège ou à un transfert vers les Régions et les pays, mais elle attend du système de planification des ressources humaines qu'il permette de transformer les contrats temporaires en postes réguliers ou à durée déterminée et de réaffecter le personnel selon les exigences de la coopération technique et la stratégie d'appui aux pays, en tenant compte de l'équilibre entre les sexes et en suivant des modalités claires en matière de mobilité et de roulement. Dans l'ensemble de l'Organisation, 45 % du personnel sont titulaires de contrats temporaires dont bon nombre viendront à expiration en 2006.

Une proposition complète devrait être faite sur l'intégration des considérations relatives à la parité entre les sexes dans toutes les politiques et tous les programmes. Elle se dit préoccupée par le réengagement systématique de retraités et estime qu'une politique s'impose en la matière. Il convient d'envisager de modifier le Règlement du Personnel pour que le personnel se voie reconnaître ses années de service au Bureau régional des Amériques et à l'OPS, et de créer des engagements de service pour les Bureaux régionaux de l'Europe et des Amériques.

Le rôle des Associations du Personnel est de favoriser le respect des procédures, l'équité et un environnement professionnel fondé sur les bonnes pratiques, qui récompense l'intégrité et le respect mutuel. Les Associations demandent au Conseil de fournir des lignes directrices à l'administration sur la mise à jour des principes directeurs applicables aux relations entre le personnel et l'administration de manière à faire de l'OMS un employeur de choix et un milieu de travail régi par le sens éthique et l'entraide. Il devrait y avoir une procédure équitable, cohérente et transparente, et un mécanisme devrait être fixé d'un commun accord pour assurer le respect, le suivi et l'évaluation des principes directeurs. Une politique claire doit être définie et la réglementation doit être harmonisée dans toutes les Régions pour éviter le réengagement de fonctionnaires retraités. Enfin, il conviendra d'examiner la demande de moratoire, jusqu'à janvier 2007, concernant l'application de la règle « des quatre ans » pour que puisse être discutée la mise en oeuvre d'une proposition de planification des ressources humaines.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que les propositions visant à renforcer le dialogue et à établir des relations plus constructives sont raisonnables. Il adhère à la demande de définition d'une politique claire et d'harmonisation des règlements sur le réengagement des fonctionnaires retraités, faisant néanmoins observer que l'expérience de ces fonctionnaires peut être utile à l'Organisation dans certaines situations. Il salue l'attitude démocratique du Directeur général qui a permis l'ouverture d'un débat continu et constructif, et suggère que le Conseil examine les points soulevés à sa cent dix-huitième session. Il serait important d'évaluer les incidences financières de la demande de moratoire sur l'application de la règle « des quatre ans ».

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) se dit préoccupé par le ton de la déclaration prononcée. L'administration est parfois amenée à prendre des décisions qui sont difficiles pour le personnel, mais il est important que le personnel en comprenne les raisons. Dans une organisation, les relations entre l'administration et le personnel doivent être fondées sur le respect mutuel. Le Conseil peut aider le Directeur général en demandant au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration d'examiner les conséquences budgétaires des demandes formulées.

L'orateur se dit confiant dans l'aptitude de l'administration à résoudre les problèmes évoqués, mais demande instamment que ces problèmes soient examinés avec tout le sérieux qu'ils méritent. De bonnes relations humaines sont une condition nécessaire au bon fonctionnement et à l'efficacité d'une organisation.

Le Professeur FIŠER (République tchèque) souscrit au point de vue exprimé par le membre désigné par le Brésil : les tensions qui existent entre les représentants du personnel et l'administration

ne peuvent être bénéfiques pour l'OMS. Le Directeur général doit entretenir le dialogue avec les Associations du Personnel pour trouver un compromis raisonnable permettant d'améliorer le climat de travail dans l'Organisation.

Le Dr TANGI (Tonga) dit qu'il a le sentiment que la plupart des fonctionnaires sont fiers de faire partie de l'Organisation, pour laquelle ils ne ménagent pas leurs efforts. Il souscrit aux observations formulées par le membre désigné par la France, mais il trouve préoccupant de voir se développer des relations d'affrontement de type syndicaliste. Les problèmes entre l'administration et le personnel devraient se résoudre par le dialogue.

M. OLDHAM (suppléant de M. Shugart, Canada), affirmant que les ressources humaines ont une importance primordiale pour l'OMS, dit qu'il faut faire une large place au dialogue entre l'administration et le personnel pendant toute la période de profonds changements que traverse l'Organisation. Il est favorable à la suggestion avancée par le membre désigné par la France tendant à ce que les aspects budgétaires évoqués soient soumis au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.

M. GUNNARSSON (Islande) dit avoir appris, par son expérience personnelle de la direction, combien il est difficile de concilier les attentes du personnel et les impératifs de réduction des coûts auxquels l'administration est soumise. On pouvait s'attendre à ce que le transfert de ressources du Siège vers les Régions soit difficile pour le personnel, mais cette décision d'effectuer le transfert doit être appliquée.

Il rappelle aux membres présents qu'ils ont été nommés par leurs gouvernements pour diriger l'Organisation et que les questions concernant le personnel ont été confiées à la direction. Malgré toute la compréhension que lui-même et d'autres membres du Conseil éprouvent à l'égard du personnel, les gouvernements n'attendent pas des membres qu'ils s'impliquent dans les questions concernant le personnel.

M. HENNING (Service des Ressources humaines) dit que le Secrétariat apprécie la participation des Associations du Personnel au processus de consultation sur la politique du personnel et les conditions d'emploi, lesquelles figurent dans le Règlement du Personnel et le Statut du Personnel. Les principes directeurs arrêtés par le Conseil mondial personnel/administration, après avoir été encore affinés et renforcés, ont été adoptés par toutes les parties. L'orateur entend soumettre au Conseil exécutif, à sa session de mai 2006, une proposition de réforme des contrats allant dans le sens de la recommandation adressée par la Commission de la Fonction publique internationale à l'Assemblée générale des Nations Unies ; de ce fait, il lui semble approprié de suspendre toute nouvelle action sur les engagements de service pendant l'année 2006. En ce qui concerne la question de la réciprocité avec l'OPS, le Conseil aura pris note de la proposition de modifier le Règlement du Personnel de sorte qu'un fonctionnaire de l'OPS transféré à l'OMS ne sera plus tenu d'effectuer une période probatoire. En ce qui concerne les fonctionnaires retraités, des mesures ont été mises en place pour limiter leur recrutement et pour identifier des talents nouveaux ou existants, en particulier dans les pays non représentés ou sous-représentés.

L'an passé, tous les Départements du Siège ont été soumis à un examen des orientations stratégiques, des fonctions, de la structure de haut niveau et des ressources humaines et financières, pour que leurs activités soient alignées sur les paramètres du budget programme pour 2006-2007. Plusieurs bureaux régionaux doivent être soumis au même processus. Cet examen a conduit à réduire les effectifs de certains Départements du Siège ainsi que le recours inapproprié aux contrats temporaires pour des fonctions de longue durée. Pour gérer ces changements, le Secrétariat a mis en place plusieurs mesures d'aide au personnel pour la durée du processus qui comprennent la publication de directives faisant office de « filet de sécurité » à l'intention de tout le personnel affecté ; la mise en place de services d'aide à la réinsertion interne et externe, complétée par l'octroi de congés pour permettre au personnel titulaire de contrats à durée déterminée et au personnel temporaire ayant de

l'ancienneté de rechercher un emploi ; la création de mesures spéciales de sélection interne de candidats pour des postes temporaires et d'un mécanisme de résiliation d'engagement par accord mutuel ; la mise en place de mesures spéciales pour le personnel affecté par la règle des 44 mois relative à la durée maximale des services au titre de contrats temporaires ; le renforcement du processus de réaffectation ; et la constitution d'un groupe spécial chargé du soutien au personnel. En outre, des représentants du personnel font partie de l'équipe de coordination et du groupe de travail chargé du suivi de la Revue des orientations stratégiques et des compétences et participent comme observateurs lorsque les Départements procèdent à une revue du personnel et à un exercice d'ajustement.

**Le Conseil prend note de la déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS.**

**Mme Halton assume la présidence.**

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

**Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique : Point 4.10 de l'ordre du jour (document EB117/9) (suite de la huitième séance, section 3, p. 139)**

Le Dr SHANGULA (Namibie) dit que le groupe informel constitué pour examiner le projet de résolution sur un cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en santé, qu'il a présidé, s'est mis d'accord sur le texte de certains paragraphes et a placé entre crochets d'autres passages sur lesquels il n'y a pas eu d'accord ou pour lesquels il lui manque des informations. Le texte sera distribué aux membres du Conseil, et le groupe recommande qu'il soit soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Le PRESIDENT suggère de ne pas clore l'examen de ce point tant que le texte du projet de résolution rédigé par le groupe n'est pas disponible.

**Il en est ainsi convenu.**

(Voir plus loin l'adoption de la résolution à la section 9.)

## **7. AUTRES QUESTIONS ADMINISTRATIVES : Point 8 de l'ordre du jour**

**Rapports des comités du Conseil exécutif : Point 8.1 de l'ordre du jour**

- **Comité permanent des Organisations non gouvernementales** (documents EB117/24 et EB117/24 Add.1)

Le Dr ACHARYA (Népal), prenant la parole en sa qualité de Président du Comité permanent des Organisations non gouvernementales, présente les résultats de l'examen par le Comité des demandes d'admission de trois organisations non gouvernementales à des relations officielles avec l'OMS, et du maintien ou non des relations officielles avec certaines autres organisations. En ce qui concerne, en particulier Corporate Accountability International, le Comité a recommandé au Conseil de reporter son examen jusqu'à ce que cette organisation ait répondu par écrit aux allégations formulées. L'orateur attire l'attention des membres sur le projet de résolution et le projet de décision



figurant aux paragraphes 29 et 30 du document EB117/24. Il dit apprécier les travaux des organisations candidates et de celles dont les activités ont été examinées.

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution figurant au paragraphe 29 du document EB117/24.

**La résolution est adoptée.<sup>1</sup>**

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) dit que le Canada reconnaît l'engagement des organisations non gouvernementales collaborant avec l'OMS de même que la contribution qu'elles apportent à la santé publique. Elle souligne la nécessité d'avoir des relations transparentes et d'informer les organisations non gouvernementales en temps voulu de toute préoccupation concernant leurs relations avec l'OMS.

Le PRESIDENT propose que le Conseil exécutif adopte le projet de décision figurant dans le document EB117/24.

**La décision est adoptée.<sup>2</sup>**

• **Fondations et distinctions**

**Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Comité de la Fondation Dr A. T. Shousha, a attribué le Prix de la Fondation Dr A. T. Shousha au Dr Sa'ad H. S. Kharabseh (Jordanie).<sup>3</sup>

**Prix Sasakawa pour la Santé**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection du Prix Sasakawa pour la Santé, a attribué le Prix Sasakawa pour la Santé pour 2006 à l'Union internationale contre la Lèpre (Inde) et au Programme de santé rurale Agape (Programme global de développement sanitaire à base communautaire) (Puerto Princesa City, Palawan, Philippines). Les lauréats recevront chacun US \$40 000 pour leurs travaux dans le domaine du développement sanitaire.<sup>4</sup>

**Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé, a attribué le Prix de la Fondation des Emirats arabes unis pour la Santé pour 2006 conjointement à la Fondation Rafic Hariri (Liban) et à Mme Aminath Jameel, Directeur exécutif du Centre Manfaa sur le Vieillessement (Maldives).

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R12.

<sup>2</sup> Décision EB117(3).

<sup>3</sup> Décision EB117(4).

<sup>4</sup> Décision EB117(5).

Les deux lauréats recevront chacun US \$20 000 pour leur remarquable contribution au développement sanitaire.<sup>1</sup>

#### **Prix de l'Etat du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé**

**Décision :** Le Conseil exécutif, après avoir examiné le rapport du Groupe de sélection de la Fondation de l'Etat du Koweït pour la Promotion de la Santé, a attribué le Prix de l'Etat du Koweït pour la Recherche en Promotion de la Santé pour 2006 au Programme d'intervention précoce en cas de psychose (Singapour). Le lauréat recevra US \$20 000.<sup>2</sup>

#### **Rapports du Corps commun d'inspection :** Point 8.2 de l'ordre du jour (documents EB117/25 et EB117/26)

M. MACPHEE (suppléant de M. Shugart, Canada) fait observer qu'une présentation orale a été faite à la réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration parce que le document EB117/26 n'était pas disponible. Par conséquent, le Conseil a eu peu de temps pour examiner les questions importantes. Il se félicite du rapport détaillé et propose que celui-ci, une fois mis à jour, soit examiné en 2007 à une réunion du Comité.

#### **Le Conseil prend note des rapports.**

#### **Ordre du jour provisoire de la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et date et lieu de la cent dix-huitième session du Conseil exécutif :** Point 8.3 de l'ordre du jour (document EB117/27)

Le Dr KEAN (Organes directeurs et relations extérieures) dit qu'à la présente session du Conseil, il a été proposé de soumettre plusieurs questions à l'Assemblée de la Santé. Le Secrétariat suggère que soient ajoutées au titre du point 12 de l'ordre du jour de l'Assemblée (Questions techniques et sanitaires) les questions suivantes : drépanocytose ; mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, qui constituerait, avec la nutrition et le VIH/SIDA, un point en deux parties sur le VIH/SIDA ; droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique ; et préparation aux situations d'urgence et organisation des secours. Il faudrait ajouter au point 12.12 (Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation) les soins infirmiers et obstétricaux et un point subsidiaire sur la sécurité des patients.

S'agissant du point 15 (Questions relatives au budget programme et questions financières), il est proposé de modifier la numérotation des points subsidiaires comme suit : 15.1, Etat du recouvrement des contributions, et notamment celles des Membres redevables d'arriérés de contributions dans une mesure qui justifierait l'application de l'article 7 de la Constitution ; et 15.2, Dispositions spéciales concernant le règlement des arriérés. Le fait de placer ces points en premier permettrait de clarifier la question du droit de vote dès le début des débats. Les autres points viendraient ensuite : 15.3, Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution ; 15.4, Rapport financier ; et 15.5, Amendements au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière (s'il y a lieu).

Mme GILDERS (suppléant de M. Shugart, Canada) demande qu'au point 12 les termes « et du comité d'orientation mondial sur le renforcement de l'action en vue de l'accès universel » soient

---

<sup>1</sup> Décision EB117(6).

<sup>2</sup> Décision EB117(7).

ajoutés après le membre de phrase « mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion ».

Le Professeur PEREIRA MIGUEL (Portugal) propose que l'examen de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé figure en meilleure place dans l'ordre du jour provisoire afin que la promotion de la santé retienne davantage l'attention lors de l'Assemblée de la Santé. La prévention primaire des maladies chroniques par la promotion d'une alimentation saine et de l'exercice physique revêt une grande importance pour le Gouvernement portugais et les gouvernements d'autres pays. De plus, dans la résolution WHA57.17, le Directeur général est prié de travailler avec d'autres organisations à l'évaluation et au suivi des aspects sanitaires de cette stratégie et d'informer la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé des progrès accomplis.

Mme HUNT (Belize)<sup>1</sup> se dit surprise que le Conseil n'ait pas examiné le point « Invitation de Taïwan à participer à l'Assemblée mondiale de la Santé en tant qu'observateur et examen des mesures nécessaires pour faciliter sa participation constructive aux réunions de l'OMS et à ses dispositifs de lutte contre les maladies qui présentent un intérêt », que le Gouvernement du Belize avait demandé d'inclure dans l'ordre du jour provisoire. Cette omission est non seulement illégale mais inacceptable. Le Conseil a délibérément contrevenu à la disposition claire de l'article 5.d) du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé selon laquelle le Conseil « fait figurer dans l'ordre du jour provisoire ... toute question proposée par un Membre ». De plus, il n'a pas tenu compte de la décision de la plus haute instance de l'Organisation, créant un précédent dangereux qui risque de priver les Etats Membres du droit fondamental et constitutionnel de proposer l'examen d'une question s'ils l'estiment utile. L'opposition du Conseil risque d'être extrêmement préjudiciable aux Etats Membres. Il appartient à l'Assemblée de la Santé de décider d'ajouter un point à son ordre du jour. L'attitude du Conseil met en cause l'intégrité de l'Organisation. On pourrait avancer qu'en vertu de l'article 3 du Règlement intérieur du Conseil exécutif, la proposition qu'elle a faite devait être appuyée par un membre du Conseil. Toutefois, il existe une contradiction entre les articles qui régissent l'Assemblée de la Santé, qui compte 192 Membres, et ceux du Conseil, qui en compte seulement 32. Ce sont les articles de l'Assemblée qui devraient prévaloir.

On pourrait soutenir que la proposition aurait figuré à l'ordre du jour provisoire si elle avait été soumise plus tôt. Mais Mme Hunt n'a trouvé aucune disposition prévoyant une date limite et, s'il en existe une, le Secrétariat doit en aviser les délégations suffisamment à l'avance. Elle prie le Directeur général d'expliquer sa position et demande comment l'OMS entend s'occuper d'une zone géographique qui n'a pas le statut de Membre ou d'observateur à la plus grande organisation sanitaire mondiale alors que le risque d'une nouvelle flambée pandémique ne cesse d'augmenter.

M. BURCI (Conseiller juridique) souligne que le Conseil agit conformément aux articles 4 et 5 du Règlement intérieur de l'Assemblée mondiale de la Santé. L'article 5 permet notamment à un Etat Membre de faire figurer une question dans l'ordre du jour provisoire en le demandant expressément au Directeur général ; en revanche, les propositions présentées pendant l'examen de l'ordre du jour provisoire par le Conseil doivent être approuvées par celui-ci. Toutefois, la lettre de la Mission permanente du Belize n'est arrivée que le 24 janvier, après l'établissement de l'ordre du jour provisoire de l'Assemblée de la Santé ; de plus, la demande n'était pas adressée au Directeur général mais au Conseil lui-même. Face à cette situation inhabituelle, le Secrétariat a informé la Mission permanente qu'elle devrait soulever le problème lors de la session du Conseil.

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite adopter le projet de décision figurant dans le paragraphe 3 du document EB117/27.

---

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

**La décision est adoptée.<sup>1</sup>**

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite tenir sa cent dix-huitième session du 29 mai au 1<sup>er</sup> juin 2006 au Siège de l'OMS, à Genève.

**Décision :** Le Conseil exécutif a décidé que sa cent dix-huitième session s'ouvrirait le lundi 29 mai 2006 au Siège de l'OMS, à Genève, et prendrait fin au plus tard le jeudi 1<sup>er</sup> juin 2006.<sup>2</sup>

**8. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION : Point 9 de l'ordre du jour**

**Comités d'experts et groupes d'étude :** Point 9.1 de l'ordre du jour (documents EB117/28 et EB117/28 Add.1)

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie) souligne l'utilité des travaux réalisés par le Comité d'experts de la Standardisation biologique. Un débat a eu lieu sur l'importance de produire des vaccins en respectant les normes approuvées par l'OMS, et le Comité a largement contribué aux succès constants obtenus dans ce domaine. Il mentionne en particulier les travaux concernant les réactifs pour la détermination des groupages sanguins, étant donné les risques de transmission de l'infection à VIH et d'autres maladies lors des transfusions sanguines.

**Le Conseil prend note du rapport.**

Le PRESIDENT considère que le Conseil souhaite remercier les experts qui ont passé du temps à siéger aux comités d'experts et aux groupes d'étude.

**Il en est ainsi convenu.**

**Mise en oeuvre de résolutions : rapports de situation :** Point 9.2 de l'ordre du jour (document EB117/29)

**A. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant**

Le Dr GASHUT (suppléant du Dr Al-Keeb, Jamahiriya arabe libyenne) relève avec une certaine déception que les paragraphes ne portent pas sur tous les points de la résolution WHA58.32 et ne sauraient constituer le rapport quadriennal qui doit être présenté à la prochaine session de l'Assemblée de la Santé. Des informations montrent qu'une amélioration de l'allaitement entraîne une réduction de 13 % de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il ressort de la Conférence mondiale « Tracking Progress in Child Survival: Countdown to 2015 » (Londres, 13 et 14 décembre 2005) que l'allaitement maternel exclusif pendant six mois, puis la poursuite de l'allaitement associé à une alimentation complémentaire appropriée sont des facteurs prédictifs de progrès essentiels pour atteindre le quatrième objectif du Millénaire pour le développement (réduire la mortalité infantile). Par conséquent, il faut s'assurer que le rapport quadriennal est établi à temps pour être examiné et qu'il tient suffisamment compte de chaque aspect de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

---

<sup>1</sup> Décision EB117(8).

<sup>2</sup> Décision EB117(9).

Le Dr RAHANTANIRINA (suppléant du Dr Jean Louis, Madagascar) dit que la législation de son pays reprend la plupart des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Elle sollicite l'appui technique de l'OMS et des organisations non gouvernementales concernées pour la mettre en oeuvre. Actuellement, le taux d'allaitement maternel exclusif pendant six mois est de 70 % contre 34 % en 1997 ; le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 159 pour 1000 en 1997 à 94 pour 1000 en 2004, ce qui montre clairement le lien entre l'allaitement et la réduction des taux de mortalité, mais Madagascar a besoin d'un appui pour atteindre des taux d'allaitement encore plus élevés.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit que le rapport concerne essentiellement les activités de l'OMS et non celles des Etats Membres. Les conditions requises pour l'établissement de rapports n'ont pas été entièrement respectées et il faudrait veiller à ce que soit présenté un rapport complet à l'Assemblée de la Santé en mai 2006.

Le Dr BUSS (Brésil) dit que le Gouvernement brésilien a adopté des mesures d'envergure pour favoriser l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et se félicite que de plus en plus d'Etats se dotent de lois allant dans le même sens. Depuis la dernière session du Conseil, le Botswana et le Honduras ont pris des dispositions analogues.

Mme LEHNERS-ARENDE (Association internationale des Consultants en Lactation), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, souligne que l'Association a officiellement approuvé la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, texte novateur qui se fonde sur la Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel et dans lequel les gouvernements sont instamment priés de mettre en place des dispositifs efficaces en faveur de l'allaitement maternel, de doter les établissements qui assurent des prestations de maternité du label « amis des bébés », de protéger les mères et les enfants des pressions commerciales en mettant en oeuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et de créer des conditions favorables à l'allaitement pour les femmes qui travaillent. Les participants à une réunion internationale organisée conjointement par l'OMS, l'UNICEF et les organisations non gouvernementales intéressées ont conclu qu'il restait encore beaucoup à faire. Elle trouve consternant que les dispositions du Code et celles de résolutions ultérieures de l'OMS ne soient toujours pas respectées. Dans la plupart des cas, les violations sont observées dans des pays qui n'ont pas encore mis en oeuvre le Code. C'est pourquoi elle invite les Etats Membres à l'appliquer dans son intégralité, ce qui constitue une exigence minimale.

Le Dr BRONNER (Fédération internationale des Industries des Aliments diététiques), prenant la parole à l'invitation du PRESIDENT, dit que, travaillant dans un domaine essentiel des soins de santé, les fabricants fournissent à quelque 70 millions d'enfants dans le monde des aliments conçus pour répondre à leurs besoins spécifiques, notamment des préparations pour nourrissons, importantes pour les enfants qui ne sont pas allaités ou qui risquent d'être nourris avec des substituts dangereux. Il faut se féliciter des progrès scientifiques en matière de nutrition. L'industrie va continuer à suivre les recommandations nationales et internationales concernant la nutrition infantile et appliquer la législation sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons. Lorsque seront publiés les résultats de l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance et les normes qui en découlent, l'industrie collaborera avec les autorités nationales et les pédiatres en vue de leur application. La Fédération se félicite des initiatives durables menées par l'OMS pour veiller au respect de pratiques sûres et appropriées en matière d'alimentation du nourrisson en cas de situations d'urgence ou de circonstances particulières, notamment de séropositivité de la mère. Les fabricants de préparations pour nourrissons saluent les progrès importants faits par de nombreux pays pour appliquer le Code international et, ainsi, améliorer la santé du nourrisson et du jeune enfant partout dans le monde. La meilleure façon de donner effet au Code est d'agir au niveau national en adoptant des lois ou des directives et en mettant en place des procédures de suivi transparentes.

Le Dr LE GALÈS-CAMUS (Sous-Directeur général) reconnaît que le rapport traite brièvement une question vraiment complexe, mais explique qu'il a été décidé de s'en tenir aux développements intervenus depuis le précédent rapport. De nombreux progrès ont été réalisés. Les résultats de l'étude multicentrique sur la référence de croissance seront publiés dans quelques mois.

**B. Santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux (effets sur le développement économique national compris)**

Le Dr RUÍZ MATUS (suppléant de M. Bailón, Etats-Unis) dit que, d'après le FNUAP, les carences en matière de santé génésique sont la première cause de morbidité et de mortalité chez les femmes dans le monde. Dans ce domaine, les indicateurs sont étroitement liés à la pauvreté ; ce problème renvoie donc à des questions de justice sociale, d'éthique et d'équité, notamment pour les groupes les plus vulnérables. C'est pourquoi, s'appuyant sur des données scientifiques, le Gouvernement mexicain a élaboré des programmes intégrés, des normes et des lignes directrices pour mettre en place de meilleures pratiques. Les difficultés d'accès aux services de santé génésique et à l'information sur leurs droits en matière de santé constituent une forme de violence à l'égard des femmes confrontées à une grossesse non désirée, obligées de recourir à un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité ou qui souffrent d'infections sexuellement transmissibles. Ces violences ont de graves répercussions sur la santé sexuelle et génésique. Le Gouvernement mexicain va renforcer les liens entre santé génésique et violence à l'égard des femmes en y associant les principaux acteurs et organismes.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit qu'en Thaïlande, dans le cadre du régime national d'assurance-maladie, chacun bénéficie gratuitement des services de santé génésique, conformément aux mesures décidées à la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994). Les services de planification familiale destinés aux adolescents font l'objet d'une attention particulière. Le recours à la contraception reste très important. Depuis 2003, chacun a accès aux antirétroviraux. Afin de réduire le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, le Conseil médical de Thaïlande a redéfini les conditions de l'avortement légal liées à la santé de la mère et du fœtus. L'OMS devrait collaborer étroitement avec les Etats Membres pour accélérer la réalisation des objectifs de la Conférence du Caire.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> indique que le Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique n'appuie plus la résolution WHA57.12. Il relève que, dans le document EB117/29, le titre de la section comprend un ajout entre parenthèses, formulé comme suit : « y compris les effets sur le développement économique national ». Pourquoi le titre de la stratégie a-t-il été modifié après son adoption par l'Assemblée de la Santé ?

Mme PHUMAPHI (Sous-Directeur général) sait gré aux Etats Membres d'avoir participé à l'évaluation de la stratégie sur la santé génésique. Afin d'atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement, il est indispensable de mettre l'accent sur certains domaines, tels que la mortalité maternelle, où aucun progrès n'a encore été fait. Quant à la question de la violence à l'encontre des femmes, l'OMS a publié en novembre 2005 un rapport concernant l'étude multipays sur la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes. La forte incidence des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et les lacunes des stratégies qui visent à prévenir les infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH, restent préoccupantes. Il faut espérer que le projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections

---

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

sexuellement transmissibles sera adopté à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Les pays pourraient alors élaborer et mettre en oeuvre des plans dans ce domaine et assurer leur suivi.

Les deux Groupes qui s'intéressent à cette question – Santé familiale et communautaire et Maladies non transmissibles et santé mentale – collaborent étroitement. Elle assure au membre de Madagascar qu'il sera donné suite à sa demande d'appui technique en faveur de l'allaitement.

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général), répondant à la question posée par le représentant des Etats-Unis d'Amérique, dit que les termes entre parenthèses « y compris les effets sur le développement économique national » ne font pas partie du titre officiel de la résolution de l'Assemblée de la Santé ni de celui de la stratégie, lesquels demeurent tels que l'Assemblée les a adoptés.

Le Dr STEIGER (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> demande s'il est possible que de futures résolutions soient désignées par des titres différents de ceux formellement adoptés par l'Assemblée de la Santé.

Le DIRECTEUR GENERAL et M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général) assurent au Conseil que cela ne se produira plus.

#### **C. Famille et santé dans le contexte du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille**

Le PRESIDENT fait observer que le Conseil n'a formulé aucune observation sur ce rapport de situation.

#### **D. Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe**

Le Dr SÁ NOGUEIRA (Guinée-Bissau), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que, suite au tsunami qui a frappé l'Asie en décembre 2004 et à d'autres crises ultérieures, notamment les séismes en République islamique d'Iran et au Pakistan et la famine au Niger, l'Assemblée de la Santé, en adoptant la résolution WHA58.1, a prié le Directeur général de renforcer la capacité d'intervention de l'OMS en cas de crise sanitaire en se fondant sur divers éléments tels que l'évaluation des besoins sanitaires, les lacunes à combler, la coordination des activités sanitaires et le renforcement des capacités des partenaires de l'Organisation.

Les Etats Membres de la Région africaine apprécient grandement l'action de l'OMS dans le cadre de laquelle figurent le recrutement de 12 consultants de pays pour le Libéria, la République démocratique du Congo, la République centrafricaine, l'Ouganda et le Tchad ; le renforcement des systèmes de santé au Burundi pour faciliter le rapatriement volontaire des réfugiés ; l'exécution de projets sur la violence à l'encontre des femmes dans les situations de crise au Libéria et en République démocratique du Congo ; une enquête sur la mortalité dans le nord de l'Ouganda ; la mise en place d'un système d'alerte précoce pour la nutrition et les épidémies au Niger et au Tchad ; et la participation au processus d'appel consolidé et aux plans communs d'action humanitaire coordonnés par les Nations Unies.

Il faut mobiliser des ressources financières pour les nombreux pays africains qui ne sont pas préparés aux situations d'urgence et qui n'ont pas de plan de secours. L'OMS devrait renforcer le soutien technique qu'elle apporte à ces pays et mieux coopérer avec les autres organismes internationaux, les pays donateurs et les gouvernements des pays concernés.

Le Dr SOPIDA CHAVANICHKUL (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) remercie l'OMS d'avoir prêté son concours aux pays frappés par le tsunami. La Thaïlande lui sait gré

---

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

d'avoir fourni une assistance technique pour identifier les corps, prendre en charge les nombreuses victimes et assurer des services de réadaptation dans le domaine de la santé mentale.

**E. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale**

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) se félicite que, dans le cadre de la résolution WHA58.33, l'accent soit mis sur la mobilisation de fonds supplémentaires, sur leur utilisation efficace, efficiente et équitable et sur la protection sociale des groupes démunis et vulnérables. La Thaïlande a mis 28 ans pour parvenir à une couverture universelle, en commençant par protéger les pauvres, puis en étendant progressivement la couverture aux personnes âgées et aux enfants de moins de 12 ans grâce à un système financé par l'impôt. Le système de sécurité sociale, initialement réservé aux entreprises employant plus de 20 personnes, s'applique maintenant à toutes les entreprises. Pour assurer une couverture universelle, différents partenaires, notamment les ministères des finances, du travail et de la protection sociale doivent parvenir à un consensus national sur la protection sociale des pauvres. L'OMS devrait collaborer étroitement avec les partenaires internationaux, y compris l'OIT.

Le Dr NYIKAL (Kenya), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, souligne que la prestation de soins de santé dépend du financement. Au Sommet africain sur le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes (Abuja, 2001), les chefs d'Etat africains se sont engagés à consacrer 15 % de leurs budgets nationaux à l'amélioration de la santé. Pour la plupart des pays, il existe des priorités antagoniques. Dans les pays en développement, les mécanismes traditionnels de financement de la santé tels que l'impôt direct et le soutien des donateurs ne suffiront pas. Il reste encore beaucoup à faire pour mettre en oeuvre la résolution WHA58.33. Plusieurs Etats africains, notamment le Ghana, le Kenya et le Nigéria, mettent en place des systèmes de sécurité sociale et, fin 2005, le Rwanda est parvenu à une couverture de 45 %. L'instauration de tels systèmes est peut-être le seul moyen de mobiliser des ressources internes et de protéger encore les personnes démunies.

Le Dr SINGAY (Bhoutan) indique qu'en application de la résolution WHA58.33, le Bhoutan a créé le Bhutan Health Trust Fund qui permet déjà d'acheter des vaccins et des médicaments essentiels et de financer les soins de santé primaires. Cette initiative pourrait servir d'exemple à d'autres pays. L'OMS devrait soutenir les pays afin qu'ils améliorent leurs politiques de financement de la santé dans le cadre des plans de développement socio-économique, en facilitant l'échange de données d'expérience sur le financement entre les pays et, avec l'appui des acteurs, des partenaires et des organismes d'aide au développement nationaux, en préconisant une augmentation des investissements pour la santé et une coordination et une utilisation plus efficaces des ressources.

Le Dr VON VOSS (Allemagne)<sup>1</sup> se félicite de la suite donnée à la résolution WHA58.33. Le financement durable de la santé, y compris les systèmes de sécurité sociale, va contribuer à la réalisation de l'ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. L'Allemagne a appuyé la création d'un partenariat entre l'OMS, l'OIT et la Société pour la Coopération technique d'Allemagne (GTZ), qui s'est renforcé depuis la Conférence internationale sur les systèmes de sécurité sociale dans les pays en développement (Berlin, 5-7 décembre 2005). Ce partenariat vise à créer des synergies en assurant une aide conjointe, en mettant les ressources en commun et en proposant les compétences des meilleurs conseillers techniques. L'initiative est un exemple de bonne pratique.

---

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



**F. Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé**

Le Dr ANTEZANA ARANÍBAR (Bolivie), soulignant combien il importe de suivre l'application des résolutions de l'Assemblée de la Santé, évoque la tendance récente à la privatisation et à l'externalisation des services de santé. L'OMS pourrait apporter un soutien utile sous forme de politiques, lignes directrices et mécanismes. Le rapport présente les ateliers et autres activités réalisés par exemple dans la Région de la Méditerranée orientale et la Région africaine, et expose des plans pour 2006-2007, y compris l'évaluation des innovations en termes de méthodologie, d'efficacité et d'efficacités. Il faudrait donner un large écho à ces activités.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) dit qu'en Thaïlande, le système d'assurance-maladie repose exclusivement sur les services de contractualisation ; les acheteurs, par exemple la sécurité sociale ou les bureaux nationaux de sécurité sanitaire, acquièrent des services financés par paiement par capitation ou par des budgets généraux. La Thaïlande a une grande expérience de la contractualisation des services de santé, qui établit une distinction entre l'acheteur et le dispensateur de soins pour laisser le choix au consommateur. Les arrangements contractuels pourraient permettre de gagner en efficacité et de faire des économies, mais il faut veiller au maintien de la qualité des soins. Il se félicite du plan de travail pour 2006-2007.

**G. Processus de réforme des Nations Unies et rôle de l'OMS dans l'harmonisation des activités opérationnelles de développement dans les pays : rapport de situation intérimaire**

M. DELVALLÉE (suppléant du Professeur Houssin, France) se félicite de la contribution de l'OMS au processus actuel de réforme des Nations Unies. Lorsqu'il s'est réuni la semaine dernière, le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a examiné deux points importants. Premièrement, le budget programme pour l'exercice 2006-2007 et le onzième programme général de travail semblaient accorder aux objectifs du Millénaire pour le développement la place qui leur revient. Deuxièmement, l'harmonisation des activités opérationnelles de l'Organisation, réalisée conformément à la Déclaration de Rome sur l'harmonisation (2003) et à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), a déjà permis d'obtenir certains résultats, notamment en matière de planification budgétaire fondée sur les résultats et de décentralisation.

Toutefois, peu de mesures ont été prises pour appliquer la résolution WHA58.25. En adoptant hier la résolution EB117.R8 sur la mise en oeuvre par l'OMS des recommandations de la cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, le Conseil a franchi une première étape. Les efforts que l'OMS réalise au sein du système onusien doivent se poursuivre à deux niveaux. D'abord, l'Organisation doit collaborer avec le PNUD pour veiller à ce que ses normes figurent dans les stratégies nationales de développement et qu'elles soient utilisées par les institutions des Nations Unies. La campagne d'éradication de la poliomyélite et le Programme élargi de vaccination sont des exemples prometteurs. Ensuite, elle doit oeuvrer dans les pays, notamment au sein des équipes du PNUD, en s'inspirant des activités de lutte contre le VIH/SIDA. L'OMS doit continuer à réfléchir au financement des activités opérationnelles, par exemple lors de la prochaine session de fond du Conseil économique et social des Nations Unies, pour accroître l'efficacité des institutions spécialisées et des fonds et programmes des Nations Unies grâce à des financements plus prévisibles et pérennes.

**Le Conseil prend note du rapport.**

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

### Droits de propriété intellectuelle, innovation et santé publique : Point 4.10 de l'ordre du jour (document EB117/9) (reprise de la section 6)

Le PRESIDENT attire l'attention sur le projet de résolution révisé prévoyant un cadre mondial pour les activités de recherche-développement essentielles en santé, qui se lit comme suit :

#### **[Cadre mondial pour les] activités de recherche-développement essentielles en santé**

Le Conseil exécutif,

Considérant les tendances actuelles en matière d'accès aux médicaments et la nécessité de mettre au point d'urgence de nouveaux médicaments et autres technologies de soins de santé ;

~~Notant le travail utile fait par la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique ;~~

~~Soumet~~ **RECOMMANDE** à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé ~~d'adopter la~~ le projet de résolution suivante pour examen :

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant les résolutions WHA52.19, WHA53.14, WHA54.10, WHA56.27 et WHA57.14 ;

Considérant la nécessité de mettre au point ~~que peu~~ de nouveaux médicaments sûrs, adaptés et peu coûteux ~~sont mis au point~~ contre des maladies transmissibles telles que le SIDA, le paludisme et la tuberculose et contre d'autres ~~que l'on manque de médicaments, de vaccins et de moyens diagnostiques pour les maladies tropicales~~ ou pathologies ~~autres~~ qui affectent principalement les populations les plus pauvres du monde ;

Reconnaissant qu'il est important d'aider à mettre au point des traitements contre les maladies qui touchent un petit nombre d'individus ;

Reconnaissant en outre qu'il est important de faire de la santé mondiale et des médicaments un secteur stratégique ;

Soucieuse de la nécessité de disposer d'outils sanitaires appropriés, efficaces et sûrs à l'intention des malades qui vivent dans des milieux défavorisés ;

[Notant que plus de 70 % des médicaments nouvellement approuvés concernent des produits qui n'apportent pas d'avantages supplémentaires par rapport aux produits existants ;<sup>1</sup>]

Considérant qu'il est urgent de mettre au point de nouveaux médicaments contre des menaces émergentes telles que la tuberculose polypharmacorésistante et contre d'autres maladies infectieuses concernant les pays en développement et liées à la pauvreté ;

Consciente de la nécessité de disposer de ~~ee que les~~ fonds supplémentaires pour les alloués aux activités de recherche-développement destinées à la mise au point de nouveaux vaccins ~~contre d'autres maladies qui touchent avant tout les pays en développement sont insuffisants ;~~

[Reconnaissant l'importance d'initiatives publiques mondiales telles que le projet sur le génome humain et le rôle croissant d'une recherche publique ouverte et accessible dans les avancées de la science et le transfert de technologie ;]

<sup>1</sup> The National Institute for Health Care Management – Research and Educational Foundation, Changing patterns of pharmaceutical innovation. Washington, DC, NIHCM Foundation, mai 2002.

[Consciente en outre des perspectives qu'offrent les nouveaux modèles ouverts visant le développement des sciences médicales, une meilleure participation et un accès plus large aux progrès scientifiques ainsi que le renforcement des connaissances ;]

[Reconnaissant l'importance de partenariats public/privé consacrés à la mise au point de nouveaux médicaments essentiels et outils de recherche, mais soucieuse de la nécessité, pour les gouvernements, de définir un programme de santé prioritaire axé sur les besoins et de fournir un appui politique et des sources de financement durables pour ces initiatives ;]

Reconnaissant également l'importance des investissements publics et privés pour le développement de nouvelles technologies médicales ;

Considérant qu'un certain nombre de pays en développement ont renforcé leurs capacités de recherche-développement pour la mise au point de nouvelles technologies sanitaires et que leur rôle sera de plus en plus décisif, et reconnaissant la nécessité de continuer à soutenir les activités de recherche menées dans les pays en développement et par ces pays ;

Reconnaissant que les droits de propriété intellectuelle sont l'un des moyens importants de promouvoir l'innovation, la créativité et le transfert de technologie ;

[Reconnaissant par ailleurs qu'il est important d'assurer un juste équilibre entre droits de propriété intellectuelle et domaine public et que les règles en matière de propriété intellectuelle doivent être appliquées d'une manière respectueuse du droit humain fondamental à la possession du meilleur état de santé possible et propre à promouvoir la poursuite de l'innovation ;]

Tenant compte du fait que l'article 7 de l'Accord sur les ADPIC souligne que « la protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances technologiques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations » ;

Soulignant que la Déclaration universelle des Droits de l'Homme reconnaît que « toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent » et que « chacun a droit à la protection des intérêts moraux et matériels découlant de toute production scientifique, littéraire ou artistique dont il est l'auteur » ; le droit de chacun à la protection des intérêts découlant de toute production scientifique, auquel doit faire pendant le droit de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent ;

[Considérant qu'il est impératif de concilier l'intérêt public qu'il y a à accéder aux produits issus à des nouvelles connaissances et l'intérêt public qu'il y a à stimuler l'invention ;]

[Préoccupée par l'incidence que le prix élevé des médicaments a sur l'accès aux traitements et par la nécessité d'appliquer les lois sur la propriété intellectuelle d'une manière conciliant l'incitation à mettre au point de nouveaux médicaments et la nécessité de promouvoir l'accès de tous à ces médicaments, conformément aux paragraphes 4, 5 et 7 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;]

Consciente de la nécessité [de concevoir un nouveau cadre (mécanisme) mondial permettant] d'apporter un niveau de soutien financier adéquat et durable à la recherche axée sur les besoins en santé publique patients, y compris en particulier la recherche médicale prioritaire ; [y compris la possibilité d'étudier un nouveau cadre mondial]

~~Rappelant que 162 spécialistes scientifiques, experts en santé publique, professeurs de droit, économistes, hauts fonctionnaires, parlementaires, représentants d'organisations non gouvernementales et autres personnalités ont demandé que soient évaluées les propositions relatives à un nouveau cadre mondial pour la recherche-développement dans le domaine médical ;~~

[Considérant l'appel mondial en faveur de la recherche-développement sur les maladies négligées lancé le 8 juin 2005 avec l'appui de 18 lauréats du Prix Nobel, de plus de 2500 spécialistes scientifiques et experts en santé, universitaires, représentants d'organisations non gouvernementales et d'instituts publics de recherche, de hauts fonctionnaires et de parlementaires pour demander l'adoption [Notant la nécessité] de nouvelles [règles] [approches] politiques afin d'encourager les activités de recherche-développement essentielles en santé, en particulier ~~à l'intention des~~ pour les patients [maladies] les plus délaissés négligés ;]

Consciente de la nécessité de promouvoir une réflexion nouvelle sur les mécanismes susceptibles de favoriser l'innovation ;

Reconnaissant qu'il est important de renforcer les capacités des institutions et entreprises publiques locales dans les pays en développement pour qu'elles contribuent et participent aux efforts de recherche-développement ;

1. INVITE INSTAMMENT les Etats Membres :

1) à faire de la santé mondiale et des médicaments un secteur stratégique, à prendre des mesures résolues pour bien définir ~~axer~~ les priorités de la recherche-développement axées sur les besoins des malades, notamment là où les ressources manquent, et à mettre en oeuvre des initiatives collectives de recherche-développement associant les pays d'endémie ;

2) [compte tenu [des résultats de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique et des cadres existants, à participer activement, en coopération avec au sein de l'OMS et avec d'autres acteurs internationaux, [à la mise en place d'un cadre pour définir les priorités sanitaires mondiales], prêter un appui aux au soutien des activités essentielles de recherche-développement dans le domaine médical [fondées sur le principe d'un partage équitable des coûts et déterminer des d'incitations propres à favoriser les investissements dans des activités de recherche-développement utiles, axées sur les besoins des malades et l'intérêt public ;]

3) à faire en sorte que les progrès des sciences fondamentales et de la biomédecine débouchent sur la mise au point de produits sanitaires améliorés, sûrs et d'un coût abordable – médicaments, vaccins et moyens diagnostiques – répondant aux besoins de tous les patients malades et utilisateurs, particulièrement ceux qui vivent dans la pauvreté, compte tenu du rôle déterminant de la sexospécificité, et à veiller à ce que ces capacités soient renforcées pour que des médicaments essentiels soient rapidement fournis à la population ;

4) à favoriser la prise en compte dans les accords commerciaux bilatéraux des flexibilités prévues dans l'Accord de l'OMC sur les ADPIC et reconnues par la Déclaration ministérielle de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;]

[5) à veiller à ce que le rapport de la Commission OMS sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique figure à l'ordre du jour des comités régionaux de l'OMS en 2006 ;]

2. PRIE le Directeur général :

1) de créer un groupe de travail à composition non limitée des Etats Membres intéressés qui examinera les propositions visant à [créer un cadre mondial destiné à soutenir] [renforcer les incitations et les mécanismes pour] les recherches axées sur les besoins, conforme[s] aux questions d' ~~à l'~~ intérêt public [et [tenant compte des travaux] [reposant sur l'analyse] de la Commission OMS sur la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique] ;

2) ~~de veiller à ce que les accords de libre échange et les autres accords commerciaux bilatéraux, régionaux et mondiaux ne portent pas préjudice aux flexibilités prévues dans l'Accord sur les ADPIC et soient conformes à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ;~~

[3) de présenter, ~~si possible~~, un rapport de situation annuel sur le ~~du~~ groupe de travail des Etats Membres intéressés [à] dès la [Soixantième] Assemblée mondiale de la Santé [(mai 2008)], et un rapport final [incluant des propositions concrètes] ~~au~~ par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent vingt et unième session (janvier 2009) à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2008), [et de proposer d'autres systèmes simplifiés de protection de la propriété intellectuelle, afin d'améliorer l'accès aux innovations en matière de santé et de renforcer les capacités pour la mise au point, l'utilisation et la distribution nouveaux médicaments de produits dans les pays développés et en développement].]

4) ~~de veiller à ce que le rapport de la Commission OMS sur la Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique figure à l'ordre du jour des comités régionaux de l'OMS en 2006.~~

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole en sa qualité de président du groupe de rédaction, dit qu'il a été recommandé de soumettre le projet de résolution révisé à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le texte entre parenthèses sera examiné et le texte barré sera supprimé de la version soumise à l'Assemblée, comme convenu. Il appelle l'attention sur le fait que l'alinéa du préambule qui commence par les termes « Notant que le *Rapport sur le développement humain 2005 du PNUD* souligne que ... » figurant dans un projet précédent a également été supprimé.

Le Dr BRUNET (suppléant du Professeur Houssin, France) rappelle que le groupe de rédaction était convenu d'insérer une note de bas de page au paragraphe 1 après « INVITE INSTAMMENT les Etats Membres », laquelle se lirait comme suit : « et, là où cela est possible, les organisations régionales d'intégration économique ».

M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique)<sup>1</sup> dit n'avoir aucun souvenir d'une discussion concernant une note de bas de page et ne peut approuver cet amendement.

Le Dr SHANGULA (Namibie) ne se souvient pas non plus qu'une discussion ait eu lieu à ce sujet.

Mme KONGSVIK (Norvège),<sup>1</sup> renvoyant à l'alinéa du préambule qui commence par les termes « Reconnaissant par ailleurs qu'il est important d'assurer un juste équilibre ... », rappelle que le groupe a décidé d'utiliser les termes de la Constitution, ce qu'approuve le Dr SHANGULA (Namibie) (sans objet en français).

M. BURCI (Conseiller juridique) fait observer que l'expression « droit fondamental de tout être humain à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre » est celle utilisée dans le préambule de la Constitution.

Le PRESIDENT, répondant à une question posée par M. HOHMAN (Etats-Unis d'Amérique),<sup>1</sup> confirme que l'ensemble de l'alinéa du préambule à l'examen reste entre crochets.

Le Dr CICOGNA (Italie)<sup>1</sup> signale pour mémoire que, d'après les notes prises pendant les débats du groupe de rédaction, il a bien été question d'insérer la phrase citée par le membre désigné par la France, même si cette phrase ne devait pas nécessairement figurer en note de bas de page.

---

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

Le PRESIDENT relève que, pendant la rédaction, il est fréquent que tous les commentaires ne soient pas notés. Elle croit comprendre que cette question sera examinée plus longuement à l'Assemblée de la Santé.

Le Dr SHANGULA (Namibie), prenant la parole en sa qualité de président du groupe de rédaction et répondant à une question soulevée par Mme PRANGTIP KANCHANAHATTAKIJ (conseiller du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande) confirme qu'au paragraphe 2.3), il faudrait remplacer « si possible » par « et, si possible, un rapport final ».

Le PRESIDENT invite le Conseil à examiner le projet de résolution révisé ainsi amendé.

**La résolution, ainsi amendée, est adoptée.<sup>1</sup>**

M. AITKEN (Directeur du Bureau du Directeur général), répondant à une question posée par le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), confirme la procédure qui sera suivie pour examiner les problèmes de propriété intellectuelle et de santé publique à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il a été décidé de créer un comité de 12 membres composé de deux membres du Conseil exécutif issus de chacune des Régions représentées, qui seront choisis par les membres de la Région. Le comité se réunira à Genève – où tous les Etats Membres seront invités – pour examiner le rapport sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique qui sera publié en avril 2006. Ce rapport sera soumis à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé pour avis et commentaires. Le comité n'examinera pas la résolution que le Conseil vient d'adopter, laquelle sera transmise directement à l'Assemblée de la Santé. Outre le rapport sur les droits de propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique examiné par le comité, le Secrétariat entend présenter à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé un projet de résolution qui tiendra compte des commentaires du comité.

**M. Khan reprend la présidence.**

**10. QUESTIONS SOUMISES POUR INFORMATION :** Point 9 de l'ordre du jour (reprise)

**Ressources humaines pour le développement sanitaire :** Point 9.3 de l'ordre du jour (document EB117/36)

Mme MAFUBELU (Afrique du Sud)<sup>2</sup> se félicite du rapport et salue les progrès importants réalisés dans l'application de la résolution WHA57.19. Elle demande ce qui a été fait pour mettre en oeuvre le paragraphe 2.6) qui concerne les modalités par lesquelles les pays de destination pourraient compenser la perte des agents de santé.

M. RAMATSOARI (suppléant du Dr Phooko, Lesotho), prenant la parole au nom des Etats Membres de la Région africaine, dit que la question des ressources humaines est très importante pour la prestation de services de santé en Afrique et ailleurs et qu'elle concerne presque tous les points de l'ordre du jour du Conseil. En septembre 2005, l'Assemblée générale des Nations Unies a relevé que le manque de ressources humaines était l'une des raisons pour lesquelles les pays en développement,

---

<sup>1</sup> Résolution EB117.R13.

<sup>2</sup> Participant aux travaux du Conseil exécutif en vertu de l'article 3 de son Règlement intérieur.

notamment d'Afrique, ne pourraient probablement pas réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Les indicateurs de santé tels que la santé maternelle et la mortalité de l'enfant y sont bien pires que dans d'autres Régions. De plus, à moins que l'on ne s'intéresse au problème des ressources humaines, ces pays auront du mal à mettre en oeuvre le onzième programme général de travail et les résolutions des organes directeurs. Il est favorable à ce que l'action de sensibilisation pour le développement des ressources humaines se poursuive au-delà de la Journée mondiale de la Santé 2006. Les résolutions WHA57.19 et WHA58.17 sur les migrations internationales des personnels de santé devront être pleinement mises en oeuvre pour que les pays en développement puissent relever les défis. Il attend avec intérêt la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et dit que, s'il convient de respecter le droit à la libre circulation des agents de santé, il faut aussi s'occuper des facteurs qui les poussent à quitter un pays et ceux qui les attirent dans un autre pour limiter les conséquences des migrations sur la prestation des services de santé en Afrique. Il appelle l'attention sur quatre points. Premièrement, il est urgent que des partenariats soient créés et des interventions conjointes mises en place entre les Etats Membres. Deuxièmement, il faut former davantage d'agents de santé avec le soutien des pays de destination. Troisièmement, comme les migrations et le recrutement soulèvent des questions morales, les pays d'accueil devraient indemniser les pays de départ. Enfin, l'OMS devrait prendre des mesures pour attirer des personnels originaires de pays sous-représentés, voire non représentés, qui, sinon, émigreront dans d'autres pays.

Le Dr VIROJ TANGCHAROENSATHIEN (suppléant du Dr Suwit Wibulpolprasert, Thaïlande), abordant la question des inégalités dans le monde, dit que le paragraphe 9 du rapport met en évidence la difficulté d'obtenir des données fiables. Cela s'explique par le manque d'informations sur la formation, la fidélisation, l'affectation et le degré de motivation des professionnels de la santé, même dans des pays à revenu intermédiaire comme la Thaïlande. Le projet de onzième programme général de travail fait ressortir que, au cours des dix prochaines années ou presque, les migrations de professionnels de la santé qualifiés des pays en développement vers les pays développés vont devenir un phénomène chronique. Le paragraphe 10 indique que les mesures prises à ce jour n'ont guère d'effet et, même si un projet de protocole a été préparé pour définir les rôles et les responsabilités des pays de départ et d'accueil, il est peu probable qu'il ait une grande incidence sur les mouvements des agents de santé. Un pays a élaboré un code d'éthique, mais celui-ci ne s'applique qu'aux nominations dans le secteur public, non au recrutement de médecins et d'infirmières africains dans le secteur privé. Il est nécessaire d'agir au niveau mondial pour endiguer les flux migratoires internationaux et contenir l'hémorragie de ressources qui constituent le fondement même des systèmes de santé des pays. Vu l'ampleur du problème et le fait que l'OMS ne saurait mener seule l'action nécessaire au niveau mondial, la tenue d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les ressources humaines pourrait constituer une solution.

Le Dr EVANS (Sous-Directeur général), répondant aux observations formulées par le représentant de l'Afrique du Sud, rappelle que, dans la résolution WHA57.19 le Directeur général est prié spécifiquement d'étudier la faisabilité d'instruments internationaux. Toutefois, rien n'indique que des questions liées aux migrations de personnels de santé aient été soulevées dans le cadre du mode 4 de l'Accord général sur le commerce des services de l'OMC. Il existe entre 12 et 16 instruments, codes de pratique ou directives pour un recrutement international conforme à l'éthique, recommandés par certains groupes, organisations internationales ou professionnelles. Les accords bilatéraux qui prévoient un débat approfondi sur la nature des échanges ou des mouvements de personnels de santé dans les deux sens entre deux pays gagnent en popularité. Les trois instruments internationaux que sont le recrutement éthique, les codes de pratique et les accords bilatéraux suscitent l'intérêt et seront examinés lors d'une prochaine consultation de politique générale.

Quant aux observations formulées par le membre du Lesotho, la question des responsabilités des pays de départ et des pays d'accueil sera également traitée avec attention dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et examinée de façon plus approfondie pendant la consultation sur les migrations. Comme il s'agit d'une question complexe, il est nécessaire d'adopter une approche globale

qui tienne compte des nombreux aspects des migrations des personnels de santé pour en atténuer les effets néfastes.

Répondant aux observations du membre désigné par la Thaïlande, il souligne que l'observatoire en Afrique commence à peine à être mis en place ; il doit permettre de rassembler des informations plus fiables sur l'ampleur des flux migratoires actuels et futurs. Compte tenu du vieillissement de la population dans les pays développés et des changements démographiques dans les pays en développement, les migrations risquent de devenir un problème plus complexe. L'OMS ne peut y faire face seule et doit faire valoir l'« exception sanitaire », car, dans les régions où les ressources sont déjà insuffisantes, le départ d'agents de santé n'a pas que des conséquences économiques. Or, comme les migrations sont un phénomène mondial qui ne se limite pas à certains secteurs, l'OMS et ses partenaires, notamment l'OIT et l'OIM, cherchent des moyens satisfaisants pour résoudre les problèmes qui en découlent.

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

Le PRESIDENT fait part de la gratitude du Président du Pakistan à l'OMS pour tout le soutien, les témoignages de bonne volonté et les paroles de réconfort qui ont été adressés au peuple pakistanais dans les circonstances tragiques du récent tremblement de terre.

### **11. CLOTURE DE LA SESSION : Point 10 de l'ordre du jour**

Le DIRECTEUR GENERAL confirme que le projet de protocole de l'OMS prévoyant une action rapide en cas de pandémie de grippe a été placé sur le site Web de l'OMS où il peut être consulté. Le Directeur général s'occupera d'urgence du suivi de l'application précoce des dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005) et d'autres mesures de préparation. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007* aura pour thème la santé et la sécurité dans le cadre duquel seront traités les liens avec le développement, la façon dont les pays peuvent le mieux se préparer aux effets déstabilisants d'événements imprévisibles et renforcer leurs systèmes de santé à long terme, et l'incidence de pathologies telles que le VIH/SIDA sur les systèmes sociaux. Le projet de stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sera distribué aux Etats Membres d'ici quatre semaines pour qu'ils formulent des observations. Il annonce par ailleurs que, le matin même, le plan mondial Halte à la tuberculose pour 2006-2015 a été présenté au Forum économique mondial de Davos (Suisse). L'objectif du plan est de sauver quelque 14 millions de vies d'ici à 2015. Un montant de près de US \$1 milliard a déjà été engagé.

Il a été décidé d'organiser plusieurs consultations et réunions sur les questions à l'examen. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration va se réunir pour étudier les modifications apportées au projet de onzième programme général de travail 2006-2015. De mi-février à mi-mars, le Secrétariat va organiser une consultation électronique sur le rôle de l'OMS dans la recherche en santé. En avril, une date sera choisie pour la réunion du groupe de travail à composition non limitée sur la variole et pour celle du groupe de travail chargée du rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique.

A titre officieux et se référant à la déclaration du représentant des Associations du Personnel de l'OMS, il dit que sa responsabilité devant le Conseil et les Etats Membres est ce qu'il y a de plus important pour lui. Il existe des règles sur la protection du personnel, qu'il doit respecter, mais il est avant tout comptable aux Etats Membres. En matière de dotation en personnel, il faut faire face à des dilemmes fondamentaux, notamment lorsque les objectifs sont atteints. Environ deux tiers du personnel de l'OMS sont employés dans les bureaux régionaux ou de pays et parmi eux nombreux sont ceux qui s'emploient à réduire l'impact des crises sanitaires dans les situations d'urgence et qui n'ont pas soulevé le problème. Actuellement, une grande partie des ressources de l'OMS sont allouées aux Régions et aux pays ; la diminution des fonds disponibles au Siège a une incidence sur les effectifs. Toutefois, lui-même et les hauts fonctionnaires qui l'entourent sont déterminés à protéger le



bien-être du personnel ; la planification des effectifs a fait l'objet d'une longue réflexion et tous les acteurs intéressés ont pris part à de nombreuses réunions. Il rappelle que les réactions rapides de l'Organisation face aux crises récentes ont été saluées ; l'augmentation des crédits témoigne aussi de la crédibilité et de la réputation dont jouit l'Organisation.

Après les remerciements d'usage, le PRESIDENT déclare la cent dix-septième session close.

**La séance est levée à 19 h 5.**

---