

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)¹ 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.

¹ 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.¹

¹ 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 ;¹

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 ;²

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 ;

¹ Document EB117/6.

² 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,¹ dit qu'il souhaiterait avoir des estimations

¹ 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)¹ 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)¹ demande qu'Israël soit ajouté à la liste des auteurs du projet de résolution.

¹ 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 2006.¹ 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.² 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 ».

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

² 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.¹

(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

¹ Résolution EB117.R2.