

## **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 pathogénèse. 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 inter pays ... ». 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.**