

Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé

Madame le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les délégués, Mesdames et Messieurs,

C'est la sixième fois que je m'exprime devant l'Assemblée de la Santé en qualité de Directeur général et je suis encore intimidée. Mais j'ai d'importants messages à transmettre.

Dans le domaine de la santé publique, on donne parfois des qualificatifs aux décennies. Les années 1970 furent des années d'espoir, dont le mouvement de la santé pour tous a marqué le point culminant sous la direction du Dr Mahler. À cet espoir ont rapidement succédé une crise pétrolière, une crise de la dette, une récession économique et l'imposition de programmes d'ajustement structurel, qui ont obligé les gouvernements à réduire les budgets consacrés aux services sociaux, y compris à la santé.

Les années 1980 ont été appelées « la décennie perdue » pour le développement. Après une longue période de progrès réguliers, de nombreux pays en développement sont retombés dans une pauvreté plus grande encore. Manquant cruellement de fonds, les services de santé ont commencé à se désagréger.

La décennie suivante a hérité de ces séquelles. À quelques exceptions près, les progrès en santé publique ont été lents pendant les années 1990, la santé étant considérée comme une dépense plutôt que comme un investissement.

La première décennie du XXI^e siècle a elle aussi reçu une appellation. Beaucoup y voient « l'âge d'or du développement sanitaire » et ils ont raison. Pour la première fois, la santé est devenue une priorité du développement, grâce à l'action du Dr Brundtland, et notamment du rapport sur la macroéconomie et la santé établi à sa demande.

Au début de la décennie, les objectifs du Millénaire pour le développement ont montré à quel point avait changée la conception de la santé, qui n'était plus considérée comme une charge pesant sur les ressources mais comme un facteur de progrès socio-économique.

Lors de cet âge d'or, les gouvernements des pays donateurs et des pays bénéficiaires ont inscrit la santé au premier rang des priorités. Les montants consacrés au développement sanitaire ont plus que triplé et d'importants résultats ont été obtenus, notamment en ce qui concerne la mortalité due au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies de l'enfant.

Les objectifs du Millénaire pour le développement ont impulsé une ingéniosité et une créativité extraordinaires qui ont laissé de nombreuses innovations en héritage. La liste est longue : vaccins, médicaments et produits de diagnostic nouveaux, nouveaux moyens d'encourager la recherche-développement concernant les maladies qui touchent les personnes démunies et nouveaux modes de financement du développement sanitaire comme l'Alliance GAVI, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et UNITAID.

Cette décennie a pris fin, et certains observateurs vous diront que l'âge d'or du développement sanitaire a pris fin avec elle. Les pessimistes affirment ce que beaucoup pensent être vrai : la crise financière a annihilé la plus grande chance qu'on ait jamais eue de réduire la pauvreté et de rendre le monde plus juste et plus équilibré.

Je ne suis pas du tout d'accord avec eux. Je pense que les plus beaux jours de la santé sont devant nous, pas derrière nous.

Certes, il y a peu d'argent et les perspectives économiques sont incertaines. Les responsables sanitaires, les partenaires de développement et l'OMS sont économes. L'argent est important, mais il y a de nombreux autres facteurs de progrès en santé publique.

Lors de mes récents séjours dans les pays, j'ai vu des exemples de réussite motivants. Les réalisations remarquables constatées dans les pays m'incitent à l'optimisme. La dynamique sans précédent en faveur de la santé qui a marqué le début du siècle se maintient, bien que sur des bases différentes, parfois plus solides encore qu'auparavant.

Mesdames et Messieurs, on constate une fois de plus l'importance de l'adhésion pleine et entière et du leadership des pays. L'Inde n'aurait jamais pu changer radicalement les perspectives d'éradication de la poliomyélite si le Gouvernement n'avait pas eu l'entière maîtrise du programme. Le Gouvernement indien mérite nos félicitations pour cette immense victoire.

Grâce à la détermination du Ghana d'éradiquer la dracunculose, celle-ci ne résiste plus que dans un dernier bastion, au Soudan du Sud. Durant le premier trimestre de 2012, le nombre de cas a diminué de 67 % par rapport à l'année dernière et l'on n'en compte plus maintenant qu'un peu plus d'une centaine.

Je me suis rendue en Namibie en avril dernier. Le Ministre de la Santé de ce pays, spécialiste de la lutte antivectorielle, dirige un groupe de huit pays africains limitrophes déterminés à agir ensemble pour éliminer le paludisme dans les années qui viennent. Pour les guider dans cette voie, l'OMS leur a fourni un jeu complet de manuels techniques pour le dépistage, le traitement et l'identification des cas.

Ces pays sont ambitieux. Ils sont déterminés. Ils sont parfaitement conscients de l'ampleur de la tâche, mais leurs chances de succès sont bonnes.

Le mois dernier, je me suis aussi rendue en Oman, où l'on m'a présenté le résultat d'une initiative conjointe de l'Union européenne et de l'OMS destinée à renforcer les moyens qu'a ce pays de faire face aux flambées épidémiques et aux catastrophes naturelles. C'est un excellent exemple d'approche réunissant l'ensemble du Gouvernement, plus de 30 secteurs et services gouvernementaux ayant coopéré ensemble pour accroître la capacité du pays à surmonter l'adversité.

Dans son combat pour imposer le conditionnement neutre d'un produit mortel, l'Australie mène la résistance à l'offensive lancée dernièrement par l'industrie du tabac. Aucun gouvernement

cherchant à appliquer des mesures qui protègent la santé de la population ne devrait se laisser intimider par un secteur industriel, surtout celui ayant la réputation des multinationales du tabac.

Lors des négociations sur la préparation en cas de grippe pandémique, l'Indonésie, et beaucoup d'autres à ses côtés, a fait campagne pour un système plus juste et plus équitable qui partage les responsabilités et garantit l'accès aux avantages sur un pied d'égalité. Il en est ressorti un cadre d'un type nouveau qui élargit la coopération classique entre les différentes branches du secteur public concernées par la santé à des contributions annuelles et des engagements fermes du secteur privé, au nom de la santé.

Compte tenu de mon attachement à la cause des femmes, je suis reconnaissante aux pays scandinaves et au Canada de l'action qu'ils mènent sans relâche en faveur de l'autonomisation des femmes, de la parité des sexes et des droits de l'homme, et de l'exemple qu'ils donnent.

Dans plusieurs études récentes, il est conseillé à la communauté internationale de se tourner vers les pays du groupe BRICS, à savoir le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud, pour maintenir la dynamique en faveur de la santé. Ces pays sont devenus les plus gros fournisseurs de médicaments essentiels sous une forme générique abordable, pour le plus grand bien du monde en développement. Les pays du groupe BRICS proposent aussi un autre modèle de développement sanitaire, qui passe notamment par le transfert de technologie, fondé davantage sur des partenariats entre parties égales que sur la relation traditionnelle entre donateur et bénéficiaire.

Certains de ces pays ont besoin d'un appui pour rehausser les critères de qualité et améliorer le contrôle réglementaire. L'OMS leur fournit cet appui. L'année dernière, à l'issue d'une longue collaboration technique, l'OMS a présélectionné l'Administration publique chinoise de contrôle des médicaments et des produits alimentaires. Une fois les vaccins présélectionnés par l'OMS, la capacité du pays à produire un grand nombre de vaccins à des prix très bas révolutionnera l'approvisionnement en vaccins et leur prix.

Je suis aussi encouragée par l'importance accordée à la santé au sein de nombreuses unions politiques et économiques régionales, ainsi que par des organismes internationaux.

En novembre dernier, j'ai pris la parole devant les membres du Conseil de Sécurité des Nations Unies. J'ai appelé leur attention sur la menace que représentent les maladies émergentes et potentiellement épidémiques et je les ai rassurés. L'OMS utilise un système élaboré de surveillance électronique pour rassembler des données sur les maladies en temps réel. Nous sommes rarement pris au dépourvu. L'OMS peut organiser une intervention internationale en 24 heures. C'est grâce à votre soutien au sein du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, mais aussi grâce aux moyens qu'ont nos bureaux de pays d'obtenir des visas, de faciliter le passage des fournitures à la douane et de coordonner chaque étape avec le ministère de la santé. Aucun autre organisme ne peut le faire.

Vous êtes saisis d'un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en place des principales capacités nécessaires pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005). Je compte sur vous pour nous donner des indications et des conseils qui aideront à mettre pleinement en œuvre le RSI.

Mesdames et Messieurs, nous voyons l'OMS à l'œuvre comme chef de file, obtenant souvent des résultats considérables avec des moyens modestes mais intelligemment ciblés.

En Afrique, l'introduction du nouveau vaccin contre la méningite, mis au point dans le cadre d'un projet coordonné par l'OMS et PATH, offre la perspective de mettre un terme aux épidémies saisonnières dans la ceinture africaine de la méningite. Le retour sur investissement sera énorme. Un seul cas de méningite peut englober l'équivalent de trois à quatre mois de revenu familial. La mise sur pied d'une campagne de vaccination d'urgence en cas d'épidémie peut absorber jusqu'à 5 % du budget national de la santé.

Le rôle de chef de file joué par l'OMS a permis de mettre les maladies tropicales négligées sous le feu des projecteurs. Le cas de ces maladies longtemps ignorées et retenant insuffisamment l'attention illustre bien tout ce qui peut être fait avec des moyens très limités.

En janvier, une firme pharmaceutique s'est engagée à multiplier par 10 sa contribution à la prévention de la schistosomiase pour atteindre 100 millions de traitements préventifs annuels d'ici 2016.

L'OMS administre la distribution de la majorité des dons de médicaments destinés à lutter contre les maladies tropicales négligées. Avec l'engagement de janvier, elle est désormais en mesure de protéger tous les enfants africains d'âge scolaire exposés au risque schistosomien.

Nous pouvons couvrir l'Afrique par des médicaments permettant de débarrasser chaque écolier des parasites qui limitent leur capacité d'assimilation des connaissances et leur développement cognitif, et compromettent leur état nutritionnel. Il s'agit d'un don qui aura des effets sur leur santé mais aussi sur les secteurs de l'éducation et de la nutrition.

L'an dernier, l'OMS a recommandé l'interdiction des tests sanguins commerciaux peu fiables et coûteux censés permettre le diagnostic de la tuberculose évolutive. La semaine dernière, le pays qui avait le plus recours à ces tests – effectués surtout par des praticiens privés – a annoncé l'introduction d'une loi les interdisant au plan national. Plus d'un million de ces tests sanguins aux résultats trompeurs sont effectués chaque année, présentant souvent de grands risques et occasionnant des frais considérables pour les patients – jusqu'à US \$30 par test effectué. Songez à l'économie qui est réalisée.

Après la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* sur le financement des systèmes de santé, plus de 60 pays ont demandé à l'OMS un appui technique en faveur de leurs plans de couverture universelle.

Nous observons une évolution qui va à l'encontre de la tendance historique d'une diminution des services sociaux en période de vaches maigres. Cette extension de la couverture est à mon sens révélatrice. Malgré l'austérité financière croissante, la volonté de faire ce qui est juste et équitable pour la santé individuelle finit par s'imposer.

Tous ces exemples, toutes mes expériences personnelles au cours des cinq dernières années m'amènent à une conclusion dominante : la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir.

La couverture universelle intéresse chaque être humain. Elle permet d'abolir les distinctions entre riches et pauvres, privilégiés et marginaux, jeunes et vieux, hommes et femmes, ainsi qu'entre les différents groupes ethniques.

La couverture universelle est le meilleur moyen de pérenniser les progrès réalisés au cours de la décennie précédente. Elle est l'expression ultime de l'équité. Elle permet d'ancrer l'action de l'OMS à mesure que nous allons de l'avant.

Mesdames et Messieurs, ces exemples constituent pour moi personnellement un grand motif d'optimisme à une époque que beaucoup considèrent comme particulièrement sombre. Ils offrent aussi des perspectives sur les stratégies et approches qui contribueront à maintenir l'élan en faveur de la santé au cours des années à venir.

Je distingue trois axes principaux.

Premièrement, il faut revenir à ce qui est fondamental – les soins de santé primaires, l'accès aux médicaments essentiels et la couverture universelle. Il faut privilégier les solutions peu coûteuses. Favoriser une soif d'efficacité et l'intolérance face au gaspillage. Quand un gouvernement s'engage en faveur de la couverture universelle, il se préoccupe tout particulièrement du gaspillage et de l'inefficacité. Il privilégie les solutions économiques. Au niveau international, cela signifie qu'il faut se prévaloir d'initiatives comme le Partenariat international pour la santé (IHP+) et l'Harmonisation pour la santé en Afrique. Cela signifie qu'il faut rationaliser et intégrer les programmes de santé comme on le fait avec les plans visant à assurer que tous les nouveau-nés échappent à la contamination par le VIH. Cela signifie que les pays doivent être aux commandes et prendre eux-mêmes toutes les décisions concernant la santé de leur population. C'est ainsi que les gouvernements pourront jouir de la confiance des citoyens et de l'électorat. Cela signifie que les bureaux de l'OMS dans les pays doivent servir à favoriser le dialogue et la coordination politiques et veiller à ce que l'aide au développement de la santé engage les pays sur la voie de l'autonomie. Une aide positive est acheminée de manière à renforcer l'infrastructure et les capacités existantes. Une aide positive a pour finalité d'éliminer la nécessité d'une assistance future.

Deuxièmement, à mesure que les attentes de la population augmentent, que les coûts explosent et que les budgets rétrécissent, nous devons plus que jamais privilégier l'innovation. Et pas n'importe quelle innovation. L'innovation est surtout salutaire quand elle répond aux préoccupations et aux besoins de la société et pas seulement aux perspectives de profit. De nos jours, le véritable génie de l'innovation réside dans la simplicité. Il ne s'agit pas de privilégier la haute technicité mais la frugalité, à savoir une innovation stratégique visant à favoriser des interventions susceptibles de modifier le cours des choses et explicitement fondées sur une utilisation simple et des coûts abordables. Nous assistons à une nouvelle vague d'innovation dont je suis certaine que les membres de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé se féliciteraient. Il s'agit d'envisager non seulement les causes des maladies évitables, mais les raisons profondes au-delà de ces causes. Permettez-moi d'exprimer ma satisfaction devant les résultats de la réunion de l'an dernier sur les déterminants sociaux, qui a eu lieu à Rio de Janeiro, au Brésil.

La dystocie est une importante cause de décès chez les jeunes femmes et les adolescentes. Les raisons profondes en sont la pauvreté et les systèmes de santé affaiblis par le manque de médicaments, de matériel et de personnel compétent, et par des moyens de transport insuffisants. Le dispositif Odon mis au point par l'OMS qui en est actuellement au stade des essais cliniques offre une solution simplifiée et peu coûteuse pour protéger l'enfant et la mère en cas d'accouchement laborieux. Il permet de transférer la capacité de sauver des vies aux postes de santé ruraux qui ne disposent pratiquement jamais des moyens et du personnel nécessaires pour un accouchement par césarienne. S'il est approuvé, ce dispositif deviendra le premier outil nouveau simple d'accouchement assisté depuis l'introduction du forceps et de la ventouse obstétricale, il y a plusieurs siècles.

Mais s'il faut promouvoir les soins de santé primaires et la couverture universelle, la qualité des soins cliniques ne doit pas être affectée par la dégradation des perspectives économiques. Les soins de santé primaires ne sont pas des soins de deuxième catégorie et ne doivent pas constituer une version au rabais de ce qu'on peut obtenir auprès du secteur privé lorsqu'on en a les moyens. Nous ne devons jamais oublier l'importance des soins cliniques de haute qualité. Ici aussi, la simplicité dans l'innovation contribue à améliorer la situation.

Il y a quelques années à peine, l'OMS estimait que les erreurs chirurgicales étaient à l'origine d'un million de décès annuels environ dans le monde. Pour faire face à ce problème, elle a adapté une liste toute simple utilisée par les pilotes dans les transports aériens – l'une des industries les plus sûres au monde. La liste de contrôle de la sécurité chirurgicale introduite par l'OMS en 2008 a été largement appliquée depuis et a permis de réduire sensiblement le nombre des erreurs commises. Les études semblent indiquer qu'une application complète permettrait d'éviter près de la moitié de ces décès annuels. Sur la base de ce succès, l'OMS a mis au point une liste de contrôle pour la sécurité de l'accouchement afin de réduire la charge énorme des décès évitables de la mère et du nouveau-né, surtout en situation économique précaire.

À quoi cela sert-il d'offrir des soins maternels gratuits et d'obtenir une proportion élevée de naissances en établissement si la qualité des soins laisse à désirer ou est même dangereuse ? Une étude pilote sur la liste, effectuée en Inde et publiée la semaine dernière, a fait apparaître une augmentation de 150 % de l'observance des pratiques cliniques acceptées pour les soins maternels et périnataux en établissement. Tout cela sans investissements supplémentaires. Une simple liste de contrôle sur une feuille de papier, comme celle qu'utilisent les pilotes à bord des avions. Un essai contrôlé randomisé de grande envergure en cours vise à quantifier l'impact sur la réduction de la morbidité et de la mortalité, mais les résultats ne seront connus que dans quelques années. En attendant, l'OMS publiera bientôt la liste dans le cadre d'un appel en vue d'une recherche collective.

Il y a une autre bonne raison d'encourager l'innovation frugale. Contrairement à ce qui est le cas avec d'autres avancées technologiques – dans l'informatique ou la téléphonie mobile, par exemple –, les progrès dans les produits médicaux s'accompagnent presque toujours d'une complexité accrue et d'une forte hausse des prix. La première accentue encore la seconde, car elle rend nécessaire de disposer d'une main-d'œuvre très qualifiée.

Le moment vient alors où l'on se heurte à un mur : la situation est telle qu'il devient trop onéreux, même pour les pays riches, de soigner les personnes souffrant de maladies non transmissibles, notamment le cancer, ou de troubles mentaux, en particulier les personnes âgées atteintes de démence. Afin de contrer cette tendance, l'OMS a lancé une initiative destinée à élaborer des dispositifs d'assistance à l'intention des personnes âgées, qui représentent une part croissante de la population mondiale. Il s'agit par exemple de concevoir des téléphones mobiles adaptés aux personnes atteintes de déficiences visuelles, ou encore des prothèses auditives robustes à faible coût.

L'accessibilité économique est importante, mais aussi la simplicité et la facilité d'utilisation, car ces facteurs permettent d'atténuer en partie la pression sur les soins spécialisés et de réduire davantage les coûts. Imaginez les effets de ces avancées sur le bien-être et la qualité de vie. L'OMS estime que, dans les pays en développement, près de 40 % des plus de 65 ans souffrent de déficiences auditives invalidantes.

Mon dernier conseil tient en quelques mots. Utilisez la recherche. Utilisez la science. Façonnez le programme de recherche et saisissez chaque possibilité offerte par les nouvelles découvertes. C'est ce à quoi l'OMS s'emploie avec vigueur en révisant les directives techniques et stratégiques sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. On sait par exemple désormais qu'il est tout à fait possible de

supprimer la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et tel est aujourd'hui notre objectif opérationnel. Cela relève de l'efficience. La science réalise les avancées. Et il revient au système de santé publique d'en faire une application concrète pour aller de l'avant.

Mesdames et Messieurs, il y a eu l'an dernier plusieurs bonnes nouvelles en matière de santé et il est légitime qu'elles nous encouragent dans notre action. Mais je perçois au moins deux menaces et elles sont de taille.

Nos bailleurs de fonds traditionnels font l'objet d'intenses pressions sur le plan national et doivent démontrer que l'aide officielle au développement est investie intelligemment. Les contribuables et les parlementaires veulent des résultats rapides, tangibles et mesurables prouvant un retour sur investissement. Cette tendance est potentiellement dangereuse, s'agissant en particulier d'une maladie telle que le VIH/sida.

En un sens, nous sommes mieux placés que jamais pour prendre le dessus sur cette épidémie dévastatrice et faire que ses ravages appartiennent au passé. Les données à notre disposition démontrent toujours plus clairement non seulement que la thérapie antirétrovirale sauve des vies, mais aussi qu'elle constitue un puissant outil de prévention permettant une réduction de la transmission sexuelle du VIH allant jusqu'à 96 %.

Hélas, il apparaît très peu probable aujourd'hui que l'on parvienne à l'objectif d'accès universel à la thérapie antirétrovirale. Nous avons de bonnes raisons de penser, en effet, que la cible fixée par les Nations Unies de fournir ce traitement à 15 millions de personnes d'ici à 2015 ne sera pas atteinte.

En cette période de difficultés financières s'affirme une tendance selon moi fort dangereuse à évaluer quantitativement : les résultats de santé obtenus pour une somme donnée. Il est à n'en pas douter bien moins onéreux de sauver une vie avec un vaccin que de maintenir en vie un malade du sida. Et cela sollicite également moins les services de santé. Mais j'estime que l'on ne saurait évaluer – ou plutôt dévaluer – ainsi la vie humaine.

Ces médicaments sont une bouée de sauvetage dont les malades sont tributaires durant toute leur existence. La seule stratégie de sortie acceptable sur le plan éthique est de commencer par interrompre les nouvelles infections. Nous en avons les moyens aujourd'hui plus que jamais, grâce à l'efficacité des préservatifs masculins et féminins, aux dispositifs de réduction des risques, aux interventions déployées pour modifier les comportements et à la circoncision masculine. La question centrale est de savoir si nous allons saisir cette occasion ou la laisser passer.

Le second danger que je souhaite évoquer semblera évident à quiconque s'intéresse au suivi réalisé par l'OMS des tendances sanitaires mondiales. Celui-ci nous permet de savoir dans quels domaines nous progressons, mais aussi quelles menaces pèsent le plus sur les progrès passés. Et la plus lourde d'entre elles et aussi celle qui se poursuit depuis le plus longtemps : la progression ininterrompue des maladies non transmissibles.

Les *Statistiques sanitaires mondiales* publiées la semaine dernière ont eu – à juste titre – un retentissement important. Les données de l'OMS indiquent que, dans toutes les régions du globe, les taux d'obésité ont presque doublé de 1980 à 2008. À l'échelle mondiale, un adulte sur trois souffre d'hypertension. Et un adulte sur dix est diabétique. Ces affections fragilisent les systèmes de santé jusqu'à les mener au point de rupture. Ce sont elles qui risquent de nous conduire à la banqueroute. Elles qui pourraient effacer les gains issus de la modernisation et du développement. Elles qui pourraient compromettre les efforts de réduction de la pauvreté et faire sombrer chaque année des millions de personnes sous le seuil de pauvreté.

La Déclaration politique sur les maladies non transmissibles de l'année dernière assigne à l'OMS un certain nombre de responsabilités. Vous avez devant vous un rapport sur les nombreuses mesures engagées à ce titre par l'Organisation. Je peux vous l'assurer : nous accordons une priorité absolue à ces maladies comme à la tâche qui nous incombe de les prévenir et de les endiguer.

Mesdames et Messieurs, je voudrais vous faire partager une dernière observation pour alimenter la réflexion que nous avons ensemble sur la réforme de l'OMS. À mon sens, le rôle de l'OMS est celui de protecteur et défenseur de la santé à l'échelle mondiale, et cela comprend le droit à la santé. L'OMS est le dépositaire de compétences techniques aussi bien que de valeurs telles que la justice sociale et l'équité, et notamment l'équité entre les sexes.

N'oublions jamais notre système de valeurs. N'oublions jamais les personnes. La santé publique, guidée par la passion, se forme par la compassion. Voilà quelle sera toujours notre force, voilà où réside notre véritable avantage comparatif. Convaincre les autres acteurs de partager ce système de valeurs est un autre moyen de préserver la dynamique d'amélioration de la situation sanitaire.

La trypanosomiase humaine africaine, ou maladie du sommeil, nous en a fourni un exemple récent. Cette maladie connaît, on le sait, une issue immanquablement mortelle lorsqu'elle atteint un stade avancé. Quelle est alors l'utilité des dons de médicaments si les cas sont détectés trop tardivement ? Consciente de cette problématique, la société à l'origine des dons fournit également à l'OMS les fonds nécessaires au dépistage actif (destinés aux infrastructures, au matériel, à la logistique, au recrutement et à la formation de personnel). Si le secteur privé reste aujourd'hui encore engagé à nos côtés, c'est grâce au déplacement organisé en Afrique le mois dernier par mon équipe avec le Directeur général et plusieurs cadres dirigeants de la société. Ces responsables ont vu les populations, la maladie, les ponctions lombaires réalisées sous les manguiers, observé la détection de cas et l'administration des médicaments. Cette confrontation directe avec les personnes et leur misère est un moyen très efficace de stimuler la formation de partenariats publics-privés adéquats. Les résultats alimentent la confiance, et la confiance suscite l'engagement.

Je voudrais pour conclure remercier les États Membres d'avoir accompagné le changement avec tant d'attention et de diligence au moment où l'Organisation vit les plus profondes réformes de son histoire. Nous savons tous que c'est une étape difficile. Mais elle est nécessaire et doit être conduite comme il se doit.

Je voudrais également remercier les Directeurs régionaux et leurs équipes de la qualité de leur travail, de leur dévouement, de leur engagement en faveur de l'Organisation et de l'appui qu'ils ont apporté à sa réforme.

Je tiens également à remercier les missions permanentes de Genève de même que leurs ambassadeurs du temps considérable qu'ils consacrent à soutenir le travail de l'Organisation.

Je suis intimement convaincue que l'OMS apporte une grande contribution au monde. En améliorant son efficacité opérationnelle et en orientant stratégiquement ses travaux, on peut aller encore plus loin.

C'est ce que le monde attend de l'OMS, et c'est ce dont il a besoin.

Nous n'abandonnerons pas les populations.

Merci de votre attention.

= = =