Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-quatrième session
Point 4 de l'ordre du jour provisoire

EB134/4
20 décembre 2013

Rapport des Comités régionaux au Conseil exécutif

Le Directeur général a l'honneur de transmettre au Conseil exécutif le rapport des comités régionaux qui a été établi conformément aux propositions tendant à un plus grand alignement entre les comités régionaux et le Conseil exécutif, et à la décision de l'Assemblée de la Santé visant à ce que les présidents des comités régionaux soumettent systématiquement au Conseil un rapport récapitulant les débats des comités (voir annexe).[1]

[1] Voir la décision WHA65(9), alinéa 4.d).

ANNEXE

Soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville (République du Congo), 2-6 septembre 2013

Rapport de synthèse du Président au Conseil exécutif, M. François Ibovi, Ministre de la Santé et de la Population (République du Congo)

1. La soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est tenue à Brazzaville (Congo) du 2 au 6 septembre 2013. Les 47 États Membres de la Région africaine, dont la République du Soudan du Sud, ont pris part à cette session, qui était présidée par M. François Ibovi, Ministre de la Santé et de la Population de la République du Congo. Le présent rapport, adressé au Conseil exécutif de l'OMS, propose une synthèse des résultats de la session.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS

Orientations pour l'exécution du budget programme 2014-2015 dans la Région africaine et informations sur le dialogue sur le financement

2. Les États Membres ont exprimé leur préoccupation quant au déséquilibre dans l'allocation de ressources entre et au sein des composantes du budget. On peut citer par exemple la catégorie 3, intitulée « Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie », qui compte des secteurs de programme tels que la santé génésique, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et qui nécessite des financements supplémentaires pour répondre aux besoins dans les pays. Les États Membres ont salué le passage des objectifs stratégiques aux catégories, qui a permis d'accorder plus de visibilité à certains programmes tels que la *Violence et les traumatismes, les incapacités et le rétablissement*.

3. Le Comité régional a recommandé aux États Membres d'envisager de mettre à disposition des locaux pour abriter les bureaux des Représentants de l'OMS afin de maîtriser les coûts. Il a également été recommandé à l'OMS et aux partenaires de poursuivre les efforts de mobilisation de ressources dans le contexte du dialogue sur le financement.

Réforme de l'OMS : Processus d'élaboration de l'avant-projet de budget programme 2016-2017

4. Les délégués ont approuvé le processus d'élaboration du projet de budget programme 2016-2017 et mis l'accent sur le fait que le processus devrait être l'occasion de corriger les déséquilibres constatés au niveau des crédits alloués dans le budget programme 2014-2015 et de garantir un meilleur alignement sur les priorités des pays. Le Comité régional a demandé au Secrétariat d'informer périodiquement les États Membres sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la réforme de l'OMS.

Amendements proposés au Règlement intérieur du Comité régional et nouveau mandat du sous-comité du programme (PSC)

5. Le Comité régional a salué les efforts entrepris pour renforcer la supervision par les organes directeurs de l'OMS et l'alignement sur ces derniers, et pour harmoniser les pratiques en matière de

gouvernance. Les États Membres ont approuvé le nouveau mandat proposé pour le sous-comité du programme. Les principaux amendements introduits en ce qui concerne le Règlement intérieur du Comité régional sont les suivants :

> Article 2 : adopter les mêmes règles de collaboration entre l'OMS, les États non Membres et les organisations non gouvernementales que celles qui pourront être adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé ;
>
> Article 5 : restreindre le droit de convoquer une session extraordinaire du Comité régional aux seuls Membres ;
>
> Article 52 : *Paragraphe 2* – Les candidats au poste de Directeur régional sont proposés par leurs propres pays et chaque État Membre ne peut proposer qu'une personne pour la désignation au poste de Directeur régional ; *paragraphe 3* – Un Directeur régional qui arrive au terme de son premier mandat est rééligible pour un second mandat de cinq ans uniquement, conformément aux dispositions de l'Article 48 du Règlement intérieur du Conseil exécutif ; *paragraphe 8* – Le Directeur régional est élu à la majorité simple des voix.

6. Le Comité régional a adopté les amendements proposés au Règlement intérieur du Comité régional et le mandat du Sous-Comité du Programme, ainsi que la résolution y afférente.

La santé dans le programme de développement de Nations Unies pour l'après-2015

7. Le Comité régional a noté que les discussions ultérieures en vue de définir le cadre et les objectifs du programme de développement pour l'après-2015 seront animées principalement par les ministères des affaires étrangères et les Missions permanentes auprès des Nations Unies à New York. Le Comité régional a ainsi recommandé aux ministères de la santé de tenir leurs représentants nationaux constamment informés de l'évolution de la situation en leur transmettant un exposé cohérent sur le rôle et l'importance de la santé dans les objectifs, ainsi que sur les actions à mener pour assurer la couverture sanitaire universelle. Le Comité régional a également recommandé que la Commission de l'Union africaine dirige le processus visant à garantir que les intérêts de l'Afrique soient pris en compte dans les objectifs pour l'après-2015.

La vaccination dans la Région africaine : rapport sur les progrès réalisés dans le Plan stratégique régional africain de vaccination 2009-2013, le Plan d'action mondial pour les vaccins et la Phase finale de la lutte contre la poliomyélite

8. Le Comité régional a relevé qu'en dépit des progrès remarquables réalisés dans l'amélioration des services de vaccination, des difficultés importantes subsistent en ce qui concerne l'accès aux nouveaux vaccins, en particulier pour les pays qui ne réunissent pas les conditions requises pour bénéficier de l'aide de l'Alliance GAVI, compte tenu du coût élevé de ces vaccins. Les délégués ont indiqué qu'il fallait assurer la fabrication locale des vaccins. S'agissant de la fin des activités de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite prévue en 2018 et de la clôture du programme qui s'ensuivra, le Comité régional a souligné que le scénario 2 constitue la meilleure option pour préserver les acquis de l'initiative et en assurer la transmission.

9. Il a été recommandé à l'OMS et aux partenaires de poursuivre le plaidoyer en faveur de la disponibilité de vaccins à des prix abordables, de soutenir les études sur le rapport coût/efficacité de l'intégration des activités de vaccination et de mettre l'accent sur les rapports de la surveillance.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Vieillissement en bonne santé

10. Le Comité régional a souligné la vulnérabilité physique, mentale et sociale des personnes âgées, ainsi que l'importance de recenser et de satisfaire les besoins de cette catégorie de la population. Une résolution a été adoptée, dans laquelle le Comité régional invite instamment les États Membres, entre autres, à :

a) accroître la volonté et l'engagement politiques ;

b) encourager l'établissement de partenariats pour une approche holistique et multisectorielle ;

c) renforcer les services appropriés destinés aux personnes âgées par des soins préventifs, palliatifs et spécialisés ;

d) améliorer les interventions sexospécifiques en intégrant la perspective du genre dans toutes les politiques, dans tous les programmes et dans la législation, et en mettant en place un environnement favorable et de soutien aux personnes du troisième âge.

L'OMS et les partenaires ont été invités à :

a) œuvrer de concert avec les États Membres pour donner plus d'importance au vieillissement dans la Région ;

b) fournir un appui technique aux États Membres pour élaborer des politiques et privilégier les interventions en faveur des personnes âgées ;

c) soutenir la création d'une commission pour étudier l'impact du vieillissement sur les systèmes de santé et faire des recommandations en vue d'orienter les politiques, les stratégies et la mobilisation de ressources ;

d) uniformiser et harmoniser l'établissement de rapports sur les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional relatives aux personnes âgées, afin d'éviter la multiplicité des comptes rendus.

Relever le défi en matière de santé de la femme en Afrique

11. Par la résolution AFR/RC63/R4, le Comité régional a entériné les recommandations formulées par la Commission sur la santé de la femme dans la Région africaine dans son rapport intitulé : « *Relever le défi de la santé de la femme en Afrique* ». Ces recommandations comprennent la promotion de la bonne gouvernance et du leadership pour améliorer, encourager et soutenir la santé de la femme et investir dans ce domaine ; la mise en œuvre des initiatives politiques et législatives visant à traduire la bonne gouvernance et le leadership en mesures concrètes ; la mise en application d'interventions multisectorielles visant à améliorer la santé de la femme ; l'autonomisation des filles et des femmes pour qu'elles deviennent efficaces dans la défense de leurs propres intérêts ; l'amélioration de la capacité des systèmes de soins de santé à répondre convenablement aux besoins sanitaires des femmes ; et la collecte de données pour suivre les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles fixées en matière de santé de la jeune fille et de la femme.

12. Préoccupés par la lenteur des progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, les délégués ont recommandé que des mesures soient prises pour garantir la prise en compte de ces objectifs dans le programme de développement pour l'après-2015.

13. Le Comité régional a prié l'OMS de veiller à ce que ses activités soient constamment alignées sur celles de l'Union africaine en ce qui concerne l'amélioration de l'état de santé de la femme et de l'enfant.

Renforcement du rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé

14. Le Comité régional a adopté une stratégie régionale actualisée pour la médecine traditionnelle et la résolution APR/RC63/R3. La stratégie vise à contribuer à de meilleures issues sanitaires en optimisant et en renforçant le rôle de la médecine traditionnelle dans les systèmes nationaux de santé. Les interventions proposées comprennent le renforcement de l'encadrement et de la gouvernance, la mise au point et l'utilisation d'outils, la culture de plantes médicinales et la préservation de la diversité biologique, la recherche-développement, la production locale, la protection des droits de propriété intellectuelle et des savoirs médicaux traditionnels, la coordination intersectorielle et le renforcement des capacités.

15. L'OMS et les partenaires ont été invités à :

a) fournir des orientations sur l'élaboration de réglementations et de législations nationales dans le domaine de la médecine traditionnelle ;

b) renforcer les capacités de recherche ;

c) recenser les meilleures pratiques et en assurer la diffusion.

Renforcement de la capacité de réglementation des produits médicaux dans la Région africaine

16. Le Comité régional a adopté un document technique sur le renforcement de la capacité de réglementation des produits médicaux dans la Région africaine. Des mesures ont été proposées aux États Membres, notamment :

a) accorder la priorité à l'élaboration de réglementations sur les produits médicaux ;

b) adapter et utiliser des directives conformément aux recommandations de l'OMS ;

c) mettre sur pied des autorités nationales de réglementation pharmaceutique autonomes dotées d'organes directeurs et d'un statut juridique bien défini, et établir des mécanismes durables permettant de gérer efficacement les conflits d'intérêts ;

d) assurer un financement suffisant et viable du système de réglementation pharmaceutique.

17. Les délégués ont fait valoir la nécessité d'adopter des stratégies pour freiner la circulation des produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits, y compris sur les marchés formels, informels et émergents, sur Internet.

18. Le Comité régional a recommandé à l'OMS et aux partenaires de fournir aux États Membres un appui pour le renforcement des capacités à mettre en œuvre les mesures proposées, d'élaborer une feuille de route pour rendre opérationnelle l'Agence africaine de réglementation pharmaceutique et de soutenir le renforcement des capacités pour l'évaluation de la qualité, de l'innocuité et de l'efficacité des produits, ainsi que pour l'inspection et la pharmacovigilance.

Exploiter les solutions en matière de cybersanté pour améliorer les systèmes nationaux de santé dans la Région africaine

19. Le Comité régional a adopté un document technique sur les solutions en matière de cybersanté dans la Région africaine et la résolution AFR/RC63/R5. Les délégués qui ont assisté au Comité régional ont relevé que la mise en œuvre de la stratégie pour la cybersanté est entravée par l'accès limité à l'électricité, la faiblesse de la connectivité à Internet et le fait que de nombreux projets expérimentaux soient élaborés sans normes, ce qui limite leur interopérabilité. Le Comité régional a aussi noté avec préoccupation le manque d'appui financier et de viabilité pour les solutions en matière de cybersanté, ainsi que la pénurie de ressources humaines formées dans ce domaine.

20. Le Comité régional a invité l'OMS et les partenaires à établir des mécanismes de coordination et de gouvernance pour la cybersanté dans la Région et à fournir des orientations concernant le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de cybersanté.

Stratégie régionale et plan stratégique sur les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020

21. Le Comité régional a adopté la stratégie régionale et le plan stratégique sur les maladies tropicales négligées dans la Région africaine 2014-2020 (résolution AFR/RC63/R6). L'idée-maîtresse s'articule autour de l'impératif de réduire l'énorme charge due aux maladies tropicales négligées et de contribuer à l'allègement de la pauvreté, d'accroître la productivité et d'améliorer la qualité de vie des populations touchées. Les principales approches stratégiques sont axées sur l'élargissement rapide de l'accès aux interventions, le renforcement de la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la viabilité financière ; le renforcement du plaidoyer, de la coordination et de l'appropriation nationale et l'amélioration du suivi, de l'évaluation, de la surveillance et de la recherche pour lutter contre les maladies tropicales négligées. Les États Membres ont lancé un appel au Programme africain de lutte contre l'onchocercose pour qu'il étudie la possibilité de mettre davantage l'accent sur la lutte antivectorielle dans le cadre des interventions visant à éliminer l'onchocercose. Le Comité régional a convenu qu'il fallait élargir le mandat de l'APOC pour couvrir la filariose lymphatique et contribuer à la chimioprévention des autres maladies tropicales négligées au cours de la période 2016-2020.

Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH ; recommandations pour une approche de santé publique – Implications pour la Région africaine

22. Le Comité régional a accueilli avec satisfaction les lignes directrices consolidées 2013 de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH et les délégués se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de ces lignes directrices. Le Comité régional s'est dit préoccupé par le fait que de nombreuses personnes de la Région africaine ne connaissent pas leur statut sérologique, par la faiblesse des liens entre le dépistage du VIH et le conseil et les soins, et aussi par le fait que seulement 28 % des enfants VIH-positifs justiciables d'un traitement en bénéficiaient effectivement. Les délégués ont réitéré la nécessité de se pencher sur les

implications de la mise en œuvre des lignes directrices pour les systèmes de santé, y compris en garantissant la disponibilité des protocoles thérapeutiques recommandés. Le Comité régional a adopté un document technique et la résolution AFR/RC63/R7 invitant instamment les États Membres, entre autres, à adapter leurs directives nationales sur la thérapie antirétrovirale et les outils de prestation de services y afférents aux nouvelles lignes directrices consolidées de l'OMS sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux, en fonction du contexte spécifique de chaque pays.

23. L'OMS et les partenaires ont été invités à jouer le rôle moteur dans la fourniture des orientations normatives et d'un appui technique aux États Membres pour leur permettre d'adopter et d'adapter les nouvelles lignes directrices de l'OMS sur les antirétroviraux. Il a également été recommandé à l'OMS et aux partenaires de poursuivre le plaidoyer auprès des institutions internationales et nationales en faveur de la mobilisation de ressources supplémentaires pour faciliter l'application des lignes directrices consolidées de l'OMS.

24. L'OMS et ses partenaires doivent poursuivre le plaidoyer auprès de l'industrie pharmaceutique en faveur de la baisse des coûts du traitement antirétroviral et de la production de médicaments de qualité garantie.

Cinquante-deuxième Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)
Soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques
Washington, D.C. (États-Unis d'Amérique), 30 septembre-4 octobre 2013)

Rapport de synthèse du Président, Mme Carina Vance Mafla, Ministre de la Santé publique de l'Équateur[1]

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS, douzième programme général de travail de l'OMS pour 2014-2019 et budget programme 2014-2015

25. Le Comité régional a souligné l'importance de la réforme des ressources humaines et de l'élaboration d'une politique sollicitant l'intervention d'acteurs non étatiques. Il a insisté sur le fait que toute coopération avec des entités non étatiques doit être conforme aux priorités et au programme stratégique approuvés par les États Membres. Un bon accueil a été réservé à une proposition soumise par le membre représentant de l'Argentine lors de la cent trente-troisième session du Conseil exécutif de l'OMS, laquelle portait sur la création d'un comité permanent d'éthique composé de représentants des États Membres, auxquels il incomberait d'examiner et de gérer les conflits d'intérêts.

26. Le Comité régional a aussi fait valoir l'importance d'appliquer des critères clairs ainsi qu'une méthodologie impartiale, équitable et transparente pour allouer aux Régions les ressources de l'OMS. Les participants ont rappelé que, conformément aux mécanismes de validation de l'allocation stratégique des ressources approuvés par le Conseil exécutif de l'OMS en 2006, la Région des Amériques devrait recevoir entre 6,3 % et 7,7 % du budget de l'OMS, alors que sa quote-part ne représente aujourd'hui que 5,4 %. La nécessité d'améliorer la prévisibilité du financement de la Région a aussi été mise en avant.

27. L'attention a été appelée sur la déclaration pertinente faite au nom des États Membres des Amériques à l'occasion de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, laquelle figure dans une résolution adoptée lors d'une session extraordinaire du Comité exécutif de l'OPS qui s'est tenue avant l'Assemblée de la Santé (résolution CD152.SS.R1).

28. Un compte rendu approfondi des opinions exprimées se trouve dans le rapport final de la session (document CD52/FR).

La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015

29. Un débat public s'est déroulé sur ce thème, à l'issue duquel le Comité régional a souligné l'importance de poursuivre la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement jusqu'à ce qu'ils soient pleinement atteints. On a aussi mis en lumière la nécessité de continuer l'action pour rectifier les inégalités et iniquités et, à terme, éradiquer la pauvreté. Le Comité a estimé que la couverture sanitaire universelle était vitale pour assurer l'accès des populations vulnérables aux services de santé ; il a, de surcroît, souligné qu'il fallait tenir compte des déterminants sociaux,

[1] Le rapport intégral de la session, document CD52/FR, est posté sur le site Web du cinquante-deuxième Conseil directeur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=en#.

culturels, économiques et environnementaux de la santé. Les participants ont également mis en avant le rôle central dévolu à la jeunesse dans l'après-2015. Ils ont fait valoir que pour lui assurer une place de choix à cet effet, il sera essentiel de veiller à ce que les décideurs appréhendent bien le lien entre santé et développement durable.

30. Un rapport approfondi sur les opinions exprimées sera établi par le Bureau sanitaire panaméricain et soumis au Secrétariat de l'OMS.

Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

31. Le Comité a déclaré qu'il soutenait les principes, les fonctions et le choix des participants retenus pour le mécanisme mondial de coordination présenté dans le document de travail de l'OMS en date du 23 juillet 2013, ainsi que la proposition d'en confier le secrétariat à l'OMS. Le Comité a rappelé que ce mécanisme devrait être souple, transparent et pragmatique, et qu'il devrait étayer la réalisation des cibles mondiales volontaires, encourager une collaboration multisectorielle novatrice, et expérimenter puis évaluer de nouvelles modalités de travail. Afin d'attirer la participation d'éléments extérieurs au secteur de la santé, le Comité a jugé important de montrer la valeur ajoutée que ce mécanisme de coordination pourrait apporter et comment il pourrait se démarquer des autres entités mondiales existantes. Les participants ont insisté sur le fait que l'intervention d'acteurs non étatiques dans le mécanisme mondial de coordination devrait être régie par les principes universels approuvés dans le cadre de réforme de l'OMS concernant le rôle de ces acteurs.

32. Un rapport sur les opinions exprimées lors des consultations régionales sur le mécanisme mondial de coordination, tant au cours de la session qu'au moyen d'une enquête en ligne, sera établi par le Bureau sanitaire panaméricain et soumis au Secrétariat de l'OMS.

33. Le Comité a également adopté un plan d'action régional pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles, lequel s'harmonise pleinement avec le plan d'action mondial et le cadre global mondial de suivi de l'OMS, mais comprend des cibles et des indicateurs reflétant les spécificités régionales et questions de santé prioritaires, notamment les maladies rénales chroniques. Le plan régional figure dans le document CD52/7, Rev. 1 et la décision du Comité dans la résolution CD52.R9.

Règlement sanitaire international (2005)

34. Le Comité a débattu des critères proposés par le Secrétariat de l'OMS pour obtenir une prorogation complémentaire de deux ans afin de mettre en place les principales capacités requises pour le RSI et a adopté la décision CD52(D5), laquelle soutient l'incorporation dans les nouveaux plans de mise en œuvre du RSI des éléments 1 et 3 des critères proposés qui figurent dans le document A66/16 de l'OMS ; encourage l'incorporation des éléments 2 et 4, tout en notant qu'elle serait facultative pour les États Parties ; et demande au Directeur de l'OPS de trouver les moyens de réunir au plan régional les autorités chargées de mettre en œuvre le Règlement afin de poursuivre la discussion sur les procédures, méthodes et outils de suivi et de notification applicables à la mise en œuvre du RSI après 2016.

35. Le texte de la décision CD52(D5) ainsi qu'un résumé des débats du Comité figurent dans le rapport final de la session, paru sous la cote CD52/FR. Un rapport plus approfondi sur les opinions exprimées lors des débats du Conseil sera établi par le Bureau sanitaire panaméricain, puis soumis au Secrétariat de l'OMS qui devra le présenter au Conseil exécutif.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 et programme et budget de l'OPS 2014-2015

36. Le Comité a adopté le plan stratégique de l'OPS pour la période 2014-2019, ainsi qu'un budget permettant de financer le premier exercice biennal de la période considérée. Le thème principal de ce plan s'intitule « Championing Health: Sustainable Development and Equity » (Défendre la santé : développement durable et équité). Il est dans le droit-fil du douzième programme général de travail de l'OMS pour 2014-2019, tout en étant réceptif aux questions qui présentent un intérêt particulier pour la Région - maladie de Chagas et dengue, déterminants de la santé et ressources humaines pour la santé. La spécificité régionale est également reflétée dans les indicateurs d'impact et de résultats.

37. Le budget 2014-2015 prévoit une croissance nominale zéro pour les contributions des États Membres et envisage que l'OMS finance le budget ordinaire à même hauteur qu'en 2012-2013. Les contributions volontaires devraient diminuer de quelque US $48 millions en ce qui concerne l'exercice 2012-2013. Le déficit de financement en début d'exercice biennal devrait s'établir autour de US $200 millions, soit 38 % du budget total de l'OPS/AMRO. La résolution relative à l'approbation du budget encourage les États Membres à verser des contributions volontaires pleinement flexibles dans un fonds spécial créé pour compenser la réduction du budget ordinaire résultant de contributions calculées sur la base d'une croissance zéro.

38. Les résolutions et documents pertinents sont respectivement : le document officiel 345 et la résolution CD52.R8 (Plan stratégique) et le document officiel 346 et les résolutions CD52.R3 (Programme et budget) et CD52.R4 (Contributions fixées).

Prise de décisions fondée sur des données probantes pour les programmes nationaux de vaccination

39. Le Comité a approuvé une proposition tendant à renforcer la capacité des programmes nationaux de vaccination grâce à un processus décisionnel reposant sur des bases factuelles, en particulier concernant la production de nouveaux vaccins. Le Comité a énergiquement appuyé l'élargissement de l'Initiative ProVac de l'OPS dans le but de conforter la capacité des États Membres à produire des données factuelles. Les participants se sont accordés sur le fait que les politiques de vaccination devraient se fonder sur des considérations allant au-delà des aspects techniques et de la rentabilité et s'intéresser aussi à des questions pragmatiques de fonctionnement, à la faisabilité financière et à la pérennité à long terme, ainsi qu'à des questions sociales comme l'équité.

40. Le volet politique figure dans le document CD52/9 et la décision du Comité dans la résolution CD52.R14. Le Comité a en outre adopté une résolution sur le Fonds autorenouvelable pour l'achat de vaccins (voir ci-dessous).

Principes du Fonds autorenouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation panaméricaine de la Santé

41. Le Comité a adopté une résolution (résolution CD52.R5) tendant à conforter son soutien au Fonds autorenouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins, reconnaissant l'intérêt qu'il présente pour assurer un accès aux vaccins équitable et en temps utile ainsi que sa contribution à la pérennité financière des programmes de vaccination ; cette résolution préconise aussi le strict respect des principes, objectifs et modalités du fonds, en particulier le respect de la règle selon laquelle les produits achetés doivent être mis à disposition des États participants à un prix unique, identique pour tous, qui doit être le plus bas au niveau mondial.

Lutter contre les causes des disparités en matière d'accès et de recours aux services de santé par les personnes lesbiennes, gay, bisexuelles et transgenres

42. Le Comité a adopté une résolution (résolution CD52.R6) dans laquelle il exprime le souhait de s'atteler aux raisons politiques, socioculturelles et historiques des disparités observées dans l'accès à des services de soins de qualité et leur utilisation (y compris en santé mentale) pour des personnes stigmatisées, marginalisées et victimes de discrimination appartenant à la communauté lesbienne, gay, bisexuelle ou transgenre, en donnant priorité à la promotion de l'égalité d'accès aux services de santé dans les politiques, plans et textes législatifs, et d'envisager l'élaboration puis le renforcement de politiques de protection sociale complète et universelle. Il conviendrait à ces fins de recueillir des données sur l'accès aux soins et établissements de santé pour ces populations. Ce faisant, le droit à la confidentialité de toutes les informations personnelles liées à la santé devra, lui aussi, être pris en compte.

Protection sociale en matière de santé

43. Le Comité a souligné le fait que l'accès à des soins de santé de qualité ressortit aux droits de l'homme. Il a estimé qu'il existait de nombreux moyens pour assurer la protection sociale et qu'une approche multisectorielle s'imposait.

44. Le Comité a ensuite adopté une résolution (résolution CD52.R11), laquelle reconnaît les progrès notoires accomplis pour réformer les systèmes de santé ; elle convient aussi de la nécessité d'élaborer des politiques et des programmes axés sur la mise sur pied de systèmes de santé mieux intégrés, équitables et reposant sur la solidarité, qui confortent le droit à la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre en renforçant les volets « santé » des programmes de protection sociale (en insistant particulièrement sur les soins de santé primaires et les déterminants sociaux de la santé). A été notée la forte corrélation existant entre la protection sociale en santé et la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Ressources humaines pour la santé

45. Le Comité a adopté la résolution CD52.R13 sur les ressources humaines pour la santé, qui met l'accent sur la nécessité d'accroître l'accès à des soignants qualifiés dans des systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires, sachant que cette nécessité est d'une importance stratégique pour réaliser l'objectif de la couverture sanitaire universelle. Il reconnaît qu'il convient d'instaurer une planification et une gestion stratégiques pour les ressources humaines en santé, et de les conforter, de les recenser, de suivre et de notifier les pénuries de personnel spécifique, sans oublier de promouvoir les réformes de l'éducation professionnelle pertinente afin d'appuyer des systèmes de santé reposant notamment sur les soins de santé primaires.

L'insuffisance rénale chronique dans les communautés agricoles d'Amérique centrale

46. Le Comité a analysé un document de réflexion sur cette question, lequel reconnaît la nécessité de combler le manque de connaissances sur cette forme de maladie rénale chronique, étant donné que son étiologie n'est pas liée aux causes habituelles et que son occurrence est croissante.

47. Le Comité a ensuite adopté une résolution (résolution CD52.R10) qui admet la charge démesurée de cette maladie rénale chronique dans les communautés agricoles d'Amérique centrale et convient de la nécessité d'approfondir les recherches de toute urgence pour réagir de manière exhaustive, intégrée, solidaire et factuelle grâce à la promotion de partenariats avec d'autres secteurs gouvernementaux, des organismes de développement, des associations de la société civile, les communautés touchées, les milieux universitaires, des entreprises privées, et autres sur une base de concertation et de mobilisation des ressources. Mention a été faite de la Déclaration de San Salvador,[1] qui reconnaît qu'en Amérique centrale les maladies rénales chroniques d'origine non traditionnelle constituent un grave problème de santé publique.

Coopération pour le développement sanitaire dans les Amériques

48. Le Comité a en outre adopté une résolution (résolution CD52.R15) qui constate que l'aide traditionnelle au développement en faveur de la santé diminue dans les pays à revenu intermédiaire, estime qu'il convient de favoriser les mécanismes complémentaires de promotion de la santé et de coopération et de les renforcer afin de faire progresser l'action sanitaire aux niveaux régional et mondial ; et considère que la collaboration entre l'Organisation, les États Membres et d'autres bailleurs de fonds au service de la coopération Sud-Sud, de la coopération triangulaire et de la mobilisation des ressources représente une modalité viable et pérenne de la coopération pour la promotion de la santé.

49. La soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques a approuvé un total de 15 résolutions et de cinq décisions.

[1] Disponible [en espagnol] à l'adresse : http://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2013/pdf/Declaracion_San%20Salvador_ERCnT_26042013.pdf.

Soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi (Inde), 10-13 septembre 2013[1]

Rapport de synthèse du Président, Dr Ahmed Jamsheed Mohamed, Ministre de la Santé des Maldives

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS

50. Le Comité régional a examiné l'évolution et les buts du processus de réforme de l'OMS. Il a souligné qu'il appuyait avec force le processus de réforme qui déboucherait sur un financement plus prévisible et transparent de l'Organisation. Le dialogue sur le financement est apparu comme particulièrement opportun et important et comme un moyen d'examiner les préoccupations et de rechercher des solutions face au problème d'un déficit budgétaire éventuel. Le Comité a demandé que les montants proposés pour les contributions fixées et volontaires soient rendus publics après le dialogue sur le financement en novembre 2013.

51. Le Comité a pris note du document de travail et des documents d'information et notamment du document analytique sur le processus de planification opérationnelle ascendant pour 2016-2017. Il a fait siennes les recommandations formulées par le sous-comité du développement et de la gestion des politiques et du programme à sa réunion de juillet 2013 à l'intention des États Membres, à savoir :

- veiller à une participation appropriée, notamment des ministères de la santé, au dialogue sur le financement de novembre 2013 ;

- examiner le processus de planification opérationnelle ascendant pour 2016-2017 en vue de son application ultérieure.

52. La recommandation du sous-comité pour la Région de l'Asie du Sud-Est était d'accorder un large soutien aux États Membres pour les aider à se préparer à participer au dialogue sur le financement.

La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015

53. Cette question a été traitée de manière détaillée à la trente et unième réunion des ministres de la santé des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est (New Dehli, 10 septembre 2013) et les délégués au Comité régional se sont rapportés aux discussions pendant leurs interventions.

54. Les ministres de la santé ont souligné qu'il était important de poursuivre les efforts sur les objectifs du Millénaire pour le développement non encore atteints dans le cadre du programme pour l'après-2015. Ils ont reconnu que les consultations thématiques nationales, régionales et mondiales sur la santé dans le cadre du programme de développement pour l'après-2015 semblent converger sur

[1] Le rapport peut être consulté dans son intégralité à l'adresse : http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/66session/en/index.html, consulté le 16 décembre 2013.

l'idée de la meilleure santé possible tout au long de l'existence grâce à la couverture sanitaire universelle. Ils ont salué l'idéal de la consultation régionale concernant le programme de développement pour l'après-2015 fondé sur le bien-être et le bonheur en estimant que les objectifs et les cibles pour le développement durable doivent encore être examinés et affinés. Ils ont jugé nécessaire de vouer une attention particulière à certains groupes comme les enfants, confrontés à des besoins spéciaux, ainsi qu'aux dimensions sociales de la santé.

55. Les ministres de la santé ont recommandé à l'OMS de continuer à appuyer une accélération des efforts en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé d'ici 2015 et d'aider les États Membres à promouvoir l'idée selon laquelle la santé doit être au centre des préoccupations dans le programme de développement pour l'après-2015. Les États Membres doivent s'engager activement dans les discussions sur ce programme aux niveaux national et régional et assurer la coordination et la représentation nationales au niveau international pour que la santé occupe la place voulue dans le programme de développement.

Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

56. Le Comité a noté avec préoccupation que les maladies non transmissibles représentent la première cause de mortalité dans le monde et dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Les États Membres ont préconisé à cet égard des interventions multisectorielles tout au long de l'existence. Ils se sont prononcés en faveur des initiatives au niveau des pays en matière de maladies non transmissibles, notamment la promotion de la santé et les interventions de prévention visant à réduire l'exposition, un renforcement des systèmes de soins de santé primaires, et une amélioration de la collecte des données par les systèmes de surveillance. Ils ont exprimé la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires pour faire face de manière globale à la charge énorme des maladies non transmissibles.

57. Tout en appuyant le plan d'action et les cibles régionaux, les États Membres ont exprimé leur préoccupation devant le manque de données de base concernant certaines cibles et la capacité limitée au niveau des pays de recueillir, d'analyser et d'utiliser les données de manière efficace. Les États Membres ont réclamé des investissements en faveur de systèmes de surveillance et de suivi pour permettre l'établissement de rapports sur les cibles mondiales et régionales.

58. Le Comité a pris note de la stratégie régionale pour la santé bucco-dentaire 2013-2020 et préconisé l'intégration des affections bucco-dentaires aux maladies non transmissibles vu la communauté des facteurs de risque, des déterminants et des avantages liés aux interventions axées sur les quatre principales maladies non transmissibles.

59. Le Comité a souscrit au plan d'action régional 2013-2020 et défini 10 cibles régionales pour la lutte contre les maladies non transmissibles à atteindre en 2025. Il a adopté la résolution SEA/RC66/R6 invitant instamment les États Membres à élaborer des plans d'action nationaux précisant les coûts et à fixer des cibles nationales en matière de prévention et de lutte. Il a prié l'OMS de renforcer les capacités nationales de surveillance et de suivi, de fixer des cibles nationales, d'analyser et d'utiliser de manière efficace les données sur la surveillance et de permettre la notification sur les cibles mondiales volontaires.

Règlement sanitaire international (2005)

60. Le Comité a noté l'autosurveillance des États Membres concernant les principales capacités nationales et les progrès accomplis, notamment en matière de législation, de surveillance, de riposte et de capacités de laboratoire. Certains États Membres ont également fait état de progrès concernant le renforcement des points d'entrée et les capacités de ressources humaines. Au niveau national, des problèmes et des carences subsistent toutefois, notamment la pénurie de personnels de santé et les contraintes géographiques dans les plus petits États Membres. Le Comité a réaffirmé la nécessité d'une collaboration intersectorielle et d'une riposte multisectorielle ainsi que la nécessité d'une coopération entre les États Membres et avec les autres Régions de l'OMS. Un cadre régional a été élaboré pour relever les défis particuliers liés aux risques chimiques et aux rayonnements ; le cadre met aussi l'accent sur la participation multisectorielle. Plusieurs États Membres ont fait part de leur intention de demander une prolongation du délai pour une pleine application du Règlement sanitaire international jusqu'en 2016 et approuvé les critères proposés.

61. L'OMS a été priée de tout mettre en œuvre pour faciliter l'établissement des plans d'application qui doivent accompagner les demandes d'une prolongation du délai jusqu'en 2016.

Plan d'action mondial pour les vaccins (examiné dans le cadre du document « *2012: Year of Intensification of Routine Immunization in the South-East Asia Region: Framework for Increasing and Sustaining Coverage* »)

62. Le Comité a noté que tous les pays appliquent le plan d'action 2012-2013 – qui utilise dans la mesure du possible les ressources des pays – pour l'intensification des efforts en vue d'atteindre les groupes précédemment non vaccinés. Pour préserver l'acquis et atteindre les buts en matière de vaccination, notamment pour l'élimination de la rougeole, les pays devront incorporer les éléments de l'intensification dans leur plan national de vaccination chiffré sur plusieurs années et poursuivre leurs efforts d'investissement en faveur des ressources nationales pour la vaccination. Des préoccupations ont été exprimées au sujet de la disponibilité des vaccins et du coût élevé de l'introduction de nouveaux vaccins. On a également relevé que la Région disposait d'une base solide pour la production de vaccins. Un État Membre doté d'une importante industrie de production de vaccins et d'une capacité avancée en matière de réglementation et de surveillance a offert de jouer le rôle de chef de file pour renforcer les capacités des autres États Membres de la Région.

63. Le Comité a encouragé les pays à continuer à mettre l'accent sur les zones à haut risque pour atteindre les nombreux enfants de la Région qui ne sont toujours pas vaccinés et à réduire les taux d'abandon. Il a recommandé à l'OMS et aux partenaires d'envisager ensemble les mécanismes permettant d'assurer un approvisionnement suffisant de vaccins de qualité à un prix abordable pour les petits pays. Le Secrétariat diffusera aux États Membres les critères et l'algorithme régionaux récemment mis au point pour la sélection et l'introduction d'un nouveau vaccin dans le programme national de vaccination.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Couverture sanitaire universelle

64. Le Comité a examiné les progrès accomplis pour appliquer les recommandations de la Stratégie régionale en vue de la couverture sanitaire universelle à la suite d'une discussion technique organisée au Bureau régional (New Delhi du 10 au 12 juillet 2013), à laquelle les États Membres ont examiné les

conclusions d'une série d'études demandées sur les expériences des pays en matière de couverture universelle. Le document de travail a souligné l'utilité des mesures proposées par la Stratégie régionale, spécifiquement l'amélioration de l'équité en santé grâce à la protection sociale en passant du paiement direct par l'usager à un système de prépaiement et de mise en commun des ressources provenant de l'impôt et/ou des assurances sociales ; et les améliorations concernant l'efficacité de la fourniture des services, en particulier pour rétablir l'équilibre entre soins préventifs et curatifs en vue d'une couverture sanitaire universelle durable compte tenu de la charge croissante des maladies non transmissibles.

65. Le Comité régional a adopté une résolution sur l'évaluation des technologies de la santé en vue de la couverture sanitaire universelle (SEA/RC66/6) préconisant un effort commun des États Membres et des partenaires du développement, notamment l'OMS, pour renforcer les institutions et les capacités nationales permettant de prendre des décisions fondées sur des données scientifiques en faveur de la couverture sanitaire universelle.

Rougeole et rubéole

66. Le Comité a noté que la moitié environ du nombre estimatif mondial de décès par rougeole en 2011 sont survenus dans la Région de l'Asie du Sud-Est et qu'en dépit des progrès accomplis dans la réduction de la morbidité et de la mortalité rougeoleuses, aucun but régional n'a encore été fixé concernant l'élimination de cette maladie. Des initiatives régionales et nationales qui tiennent compte de cette réalité ont été lancées afin d'intensifier la vaccination systématique, de moderniser les soins de santé primaires et d'accélérer la mise en œuvre des stratégies de réduction de la mortalité rougeoleuse, et les moyens sont désormais en place pour éliminer la rougeole. Le Comité a décidé d'adopter le but de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre la rubéole/syndrome de rubéole congénitale dans la Région de l'Asie du Sud-Est d'ici 2020 (résolution SEA/RC66/R5).

Préparation en cas de grippe pandémique

67. Le Comité a pris note des efforts consentis par les États Membres pour renforcer la surveillance de la grippe et la préparation en cas de pandémie et il a été convenu qu'il fallait encore les renforcer. Il a demandé qu'une attention particulière soit vouée à une accélération de la négociation des accords types sur le transfert de matériel de type 2 et du transfert de technologies pour renforcer la capacité régionale de production de vaccins antigrippaux. Le Comité s'est félicité du renforcement des capacités qui suivra la distribution de la contribution de partenariat. Le Bureau régional s'est engagé à appuyer la création de centres nationaux de lutte contre la grippe dans tous les États Membres et d'un centre collaborateur de l'OMS pour l'interface homme-animal.

Paludisme

68. Le Comité a fait siennes les recommandations de la réunion préparatoire de haut niveau sur le paludisme, qui a eu lieu en juillet 2013, invitant les États Membres à maintenir leur appui politique et financier pour combattre et éliminer le paludisme ; à consentir un effort d'investissement pour le renforcement des capacités techniques et gestionnaires ; et à appliquer des mesures pour endiguer la résistance à l'artémisinine. La réunion préparatoire a également recommandé au Bureau régional d'appuyer la mise en place de spécialistes de la santé publique pour la lutte contre le paludisme et son élimination ; de fournir un appui technique à la surveillance du paludisme ainsi qu'à la riposte et à la recherche ; et de faciliter la collaboration interpays pour la lutte et l'élimination.

Problèmes liés à l'éradication de la poliomyélite

69. Le Comité a constaté avec satisfaction que la Région était en passe d'être certifiée exempte de poliomyélite en février 2014, trois ans après le dernier cas notifié dû au poliovirus sauvage ; mais il a reconnu qu'il subsistait un risque constant d'importation de cas de pays d'endémie appartenant à d'autres Régions. Les pays ont admis que des activités d'atténuation des risques s'imposaient, notamment une surveillance de la paralysie flasque aiguë de haute qualité/sensible, une forte immunité au sein de la population grâce à la vaccination systématique, et en particulier l'accent mis sur les activités d'endiguement liées aux voyages internationaux et à la santé. Dès que la Région aura été certifiée exempte, le principal défi consistera à passer aux activités post-éradication. Des discussions de haut niveau sont en cours concernant les questions liées à la disponibilité et au coût des vaccins ainsi qu'aux défis opérationnels.

70. Le Comité a défini les mesures que devraient prendre les États Membres pour renforcer la vaccination systématique et la surveillance, élaborer des plans d'action en vue du Plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final, et renforcer les politiques nationales de vaccination des voyageurs. Le Comité a en outre défini les mesures que devrait prévoir le Bureau régional pour aider les États Membres à prendre ces initiatives et promouvoir le transfert de technologie pour le développement des vaccins dans la Région.

Politique pharmaceutique/usage des médicaments

71. À la soixante-quatrième session du Comité régional (septembre 2011), les États Membres s'étaient engagés à procéder à des analyses de la situation au plan national afin de mettre au point un plan d'action visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments. Ces analyses ont été effectuées par le Bureau régional avec les ministères de la santé dans les 11 États Membres de la Région, après quoi une consultation régionale sur la gestion efficace des médicaments a été organisée (Bangkok, 23-26 avril 2013). Les participants à la réunion ont conclu que la gestion pharmaceutique ne bénéficie pas d'un financement suffisant dans la plupart des pays et que l'appui des partenaires reste limité et fragmentaire. Des recommandations ont été formulées dans les domaines de l'approvisionnement, de la sélection et de l'usage des médicaments, ainsi que de la réglementation et de la politique pharmaceutiques.

72. Le Comité a adopté la résolution SEA/RC66/R7, invitant instamment les États Membres à mettre en œuvre les recommandations de la consultation régionale, et à procéder au moins tous les quatre ans à une analyse de la situation concernant les médicaments dans la prestation des soins de santé. Cette résolution invite le Directeur régional à prendre plusieurs mesures à l'appui de cette analyse et de l'échange d'informations ainsi qu'à envisager les options afin d'aider les pays plus petits à se procurer des médicaments en réalisant des économies d'échelle et en assurant la qualité des produits achetés.

Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement

73. Dans une résolution adoptée à sa soixante-cinquième session (septembre 2012) sur le suivi du groupe de travail, le Comité régional invitait instamment les États Membres et le Secrétariat à renforcer les capacités de recherche-développement pour la santé et les investissements concernant les maladies affectant de manière disproportionnée les pays en développement, ainsi qu'à mettre en place un observatoire mondial de la recherche-développement en santé afin de suivre et d'analyser les données pertinentes sur la recherche-développement pour la santé. Une consultation régionale sur la

question a été organisée en juillet 2013 afin d'élaborer un plan de travail stratégique dans le cadre du suivi du groupe de travail. Cette consultation a proposé des projets de démonstration spécifiques pour atteindre ces buts ainsi qu'un classement pour les activités de recherche-développement pour la santé.

74. Le Comité a prié le Directeur régional de communiquer les résultats des travaux de cette réunion de consultation au Directeur général à l'intention de la réunion consultative mondiale du groupe de travail, qui aura lieu cette année encore, afin qu'ils soient incorporés à ses travaux et à l'intention de l'Observatoire mondial de la recherche-développement en santé.

Règlement intérieur du Comité régional de l'Asie du Sud-Est

75. Afin de donner suite pleinement à la disposition de la décision WHA65(9) concernant l'harmonisation entre les Comités régionaux, le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a adopté la résolution SEA/RC66/R8 portant modification de son Règlement intérieur pour l'aligner sur le libellé des dispositions du règlement intérieur des autres Régions régissant la vérification des pouvoirs et la participation des observateurs.

Désignation du Directeur régional de l'Asie du Sud-Est

76. Conformément à la procédure approuvée à sa soixante-cinquième session en septembre 2012, qui s'aligne sur celle régissant l'élection du Directeur général, à sa soixante-sixième session, le Comité régional, a désigné le Dr Poonam Kethrapal Singh (Inde) pour le poste de Directeur régional. Dans la résolution SEA/RC66/R1, le Directeur général est prié de proposer au Conseil exécutif que le Dr Singh soit nommé à compter du 1er février 2014.

77. La résolution SEA/RC66/R2 a été adoptée pour remercier le Dr Samlee Plianbangchang de la contribution qu'il a apportée en tant que Directeur régional de 2004 à 2014 et le nommer Directeur régional émérite.

Soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, Çeşme Izmir (Turquie), 16-19 septembre 2013

Rapport de synthèse du Dr Mehmet Müezzinoğlu, Ministre de la Santé de la Turquie, Président de la soixante-troisième session du Comité régional de l'Europe[1]

78. La soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe s'est tenue du 16 au 19 septembre 2013, à Çeşme Izmir (Turquie). Des représentants de 51 pays de la Région ainsi que des représentants de partenaires y ont participé.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS : les incidences sur le Bureau régional de l'Europe

79. Le Secrétariat a indiqué que la chaîne de résultats du Bureau régional, mise à l'essai durant l'exercice biennal 2012-2013, avait inspiré le budget programme mondial 2014-2015. Le Bureau régional adhérait à la politique OMS de participation à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement ont été décrites. Des efforts supplémentaires de réforme de la gouvernance interne avaient été entrepris par le Comité permanent du Comité régional (voir les paragraphes 99-100).

80. La planification opérationnelle pour 2014-2015 au Bureau régional était déjà bien avancée et était influencée par deux éléments spécifiques, à savoir le modèle opérationnel propre au Bureau régional et la politique Santé 2020. Les plans opérationnels se fondaient sur l'hypothèse que le budget serait intégralement financé au niveau approuvé par l'Assemblée de la Santé. Le dialogue sur le financement en novembre 2013 permettrait toutefois aux bailleurs de fonds de faire connaître leurs engagements financiers ou leurs intentions et de recenser les domaines qui n'étaient pas encore pleinement financés. Il serait important que les hauts représentants des organismes de développement et ministères des affaires étrangères participent à ce dialogue.

81. Les représentants ont déclaré que le processus de réforme rendait l'OMS plus efficace, plus transparente, plus responsable et plus cohérente sur le plan financier, et ont félicité l'Organisation pour les progrès accomplis. Toutefois, réformer la manière dont l'OMS planifiait son travail, obtenait son financement et répartissait ses moyens constituait encore un défi majeur. En particulier, la répartition inégale des ressources entre les différents objectifs stratégiques posait problème ; l'OMS ne devait pas se retrouver dans une situation où elle ne pourrait pas s'acquitter de tâches essentielles pour les États Membres. L'Organisation avait les qualifications requises pour jouer un rôle de premier plan dans la modification du paradigme de la santé, comme elle l'avait fait dans le domaine des soins de santé primaires lors de la Conférence d'Alma-Ata il y a 35 ans. En continuant à promouvoir les réformes, elle pourrait renforcer sa position de principale protectrice de la santé à l'échelle mondiale.

82. Un vif soutien a été exprimé pour le nouveau processus de planification partant de la base et la nouvelle méthodologie d'affectation stratégique des ressources, ainsi que pour les principes d'après lesquels serait élaboré le projet de budget programme 2016-2017. Même si la préparation du projet de budget programme 2014-2015 n'avait pas été parfaite, elle avait fourni une base pour l'allocation des

[1] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/234734/Report-of-the-sixty-third-session-of-the-WHO-Regional-Committee-for-Europe-Eng.pdf (consulté le 19 décembre 2013).

fonds conformément aux priorités convenues. L'élaboration du budget programme 2016-2017 devrait se faire suivant un double processus, combinant une démarche ascendante et descendante, en insistant fortement sur l'avantage comparatif de l'OMS. Les efforts visant à assurer une répartition juste et transparente des fonds devraient se poursuivre. Les travaux relatifs à la gestion axée sur les résultats, à la chaîne des résultats et au calcul du coût des produits escomptés devaient rester une priorité afin de permettre au budget 2016-2017 d'être entièrement chiffré. Un appel a été lancé en faveur de la présentation d'un budget programme détaillé au Comité régional à sa soixante-quatrième session en septembre 2014, avec une estimation des coûts fondée sur la chaîne de résultats. Les prestations escomptées du Secrétariat devraient être dissociées des résultats collectifs à atteindre par le Secrétariat en collaboration avec les États Membres. Les débats sur les mesures à prendre concernant les priorités du douzième programme général de travail pour 2014-2019 n'ayant pas bénéficié d'un financement adéquat au cours de l'exercice biennal devraient être engagés rapidement.

83. Les principes de l'allocation stratégique des ressources entérinés par le Conseil exécutif à sa cent dix-huitième session (mai 2006) constitueraient une base de départ utile pour les discussions sur un nouveau mécanisme. L'affectation des ressources devrait être régie par une planification stratégique et une budgétisation axée sur les résultats, avec des budgets planifiés à partir de la base, un calcul normalisé du coût des produits et des indicateurs de produits fiables et mesurables qui ne recoupent pas les indicateurs de résultats. Le rapport du groupe spécial sur les rôles et responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation devrait être pris en compte pour l'allocation stratégique des ressources.

84. Les efforts de mobilisation des ressources déployés par l'Organisation ont été favorablement accueillis. Les États Membres ont reconnu que, si l'OMS devait assurer une supervision en termes de responsabilisation et de transparence, les pays et les donateurs devaient participer activement au dialogue sur le financement. Un soutien a été exprimé en faveur des positions clés adoptées pendant le dialogue financier, à savoir : harmoniser les ressources avec les priorités nationales, accroître la transparence et la responsabilisation grâce à la mise en place d'un portail Web et élargir le cercle des bailleurs de fonds. L'engagement pris par le Directeur général d'allouer des fonds flexibles pour garantir que les programmes de base soient opérationnels a été salué, et les représentants ont dit attendre avec intérêt la présentation au Conseil exécutif d'un rapport complet sur l'allocation des fonds faite sur cette base. Toutefois, il était important de veiller à ce que la réforme de l'OMS n'impose pas une lourde charge aux États Membres et qu'elle ne conduise pas à une augmentation de leurs contributions.

La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015

85. Le Secrétariat a décrit le processus d'élaboration du programme de développement des Nations Unies après la date butoir pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les représentants se sont félicités de cette occasion de participer à la formulation de la contribution de l'OMS aux délibérations, même si les efforts en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé devaient être poursuivis. Les priorités devraient être d'insister au maximum sur la santé pour tous tout au long de la vie et sur la couverture sanitaire universelle, qui devrait être clairement définie comme comprenant à la fois l'accès aux services et la protection sociale. Le nouveau cadre de développement devrait prendre en compte le problème des maladies non transmissibles et le droit aux services de santé sexuelle et génésique, mettre l'accent sur les droits de l'homme et tenir compte des changements démographiques. L'OMS a été vivement priée d'examiner des orientations sur la transplantation d'organes et de tissus humains, en vue de lancer une initiative des Nations Unies sur le trafic d'organes.

Suivi de la déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

86. Le Secrétariat attendait la réaction des États Membres sur une proposition de créer un mécanisme mondial destiné à coordonner les travaux de multiples acteurs, comme envisagé dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020 et demandé dans la résolution WHA66.10. Un tel mécanisme était nécessaire pour permettre une action efficace tout en se prémunissant contre les conflits d'intérêts.

87. Les représentants ont accueilli favorablement la proposition, mais en demandant que le mécanisme mondial soit doté d'une structure légère et d'un mandat limité dans le temps, qu'il soit dirigé par l'OMS et qu'il rende compte à ses organes directeurs. Il faudrait examiner à quels nouveaux aspects ce mécanisme devrait répondre, afin d'éviter les doubles emplois. Ses principales fonctions devraient être le partage d'informations et la coordination, et l'on s'est interrogé sur la nécessité des groupes de travail proposés. Si l'orientation politique des indicateurs proposés dans le plan d'action avait été bien accueillie, les représentants ont insisté sur la nécessité de rationaliser la future présentation de rapports et de ne pas alourdir encore la charge que représente leur établissement.

Règlement sanitaire international (2005)

88. Le Secrétariat a rappelé que dans le Règlement sanitaire international (2005), il était prévu que les États Parties devaient être dotés des principales capacités requises pour la surveillance et l'action ainsi que de capacités spécifiques aux points d'entrée. Le délai pour la mise en place de ces principales capacités avait été prolongé et des critères étaient actuellement définis pour que le Directeur général puisse accorder de nouvelles prorogations.

89. Les représentants ont salué la remarquable contribution que le Règlement sanitaire international apportait à l'amélioration de la sécurité sanitaire mondiale et noté qu'il n'y avait eu qu'un petit nombre de demandes de prolongation de délai dans la Région européenne. Ils ont engagé tous les pays à mettre en place et à maintenir les principales capacités requises et à intégrer le Règlement dans leur législation et leurs activités nationales. L'établissement d'un nouveau bureau géographiquement dispersé pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire (voir les paragraphes 101-103) devrait contribuer à renforcer la capacité de mise en œuvre du RSI au niveau du Bureau régional. L'OMS devrait continuer à promouvoir le Règlement à l'échelle mondiale et à fournir des orientations et une formation pour aider à sa mise en œuvre, y compris par des exercices réguliers de simulation, et devrait en incorporer les mesures et dispositions dans des procédures opérationnelles internationales normalisées applicables aux points d'entrée et dans les transports internationaux. Des observations additionnelles ont été reçues de trois États Membres par le biais d'une consultation sur le Web. Ceux-ci ont souligné que tous les États Parties devraient communiquer des informations plus détaillées et normalisées avant juin 2014, qu'ils envisagent ou non de demander une prolongation de délai, et ce de manière à mettre en évidence les meilleures pratiques, à hiérarchiser les mesures et assurer une plus grande cohérence à l'échelle mondiale. Avec la participation du Comité d'examen du Règlement, des indicateurs devraient être mis au point et surveillés par l'OMS, en particulier concernant le fonctionnement des points focaux nationaux du Règlement et des plans d'urgence aux points d'entrée. On a fait observer que les critères proposés portaient seulement sur la procédure à suivre pour demander des prolongations de délai en 2014, mais non sur l'évaluation des capacités mises en place.

Plan d'action mondial pour les vaccins

90. Le Secrétariat a décrit les objectifs du nouveau Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. La Région était généralement dotée de programmes de vaccination solides, avec une couverture vaccinale nationale élevée, même s'il subsistait des lacunes au niveau sous-national parmi des populations marginalisées ou des sentiments antivaccination. En s'appuyant sur le Plan d'action mondial pour les vaccins, le Bureau régional proposait d'établir un plan actualisé aligné sur la politique Santé 2020. Il a été convenu qu'un projet de plan d'action régional pour les vaccins serait soumis au Comité régional en 2014.

Rapport sur la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Helsinki, Finlande, 10-14 juin 2013)

91. Le représentant de la Finlande a présenté un rapport sur la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui avait analysé la manière de mettre en œuvre l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques. La conférence avait notamment débouché sur la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, avec des recommandations à l'intention des pouvoirs publics et de l'OMS.

92. Les représentants ont remercié le Gouvernement finlandais et l'OMS, et ont appuyé une approche pangouvernementale de promotion de la santé et d'intégration de la santé dans toutes les politiques en tant qu'éléments essentiels pour réduire les inégalités sociales en matière de santé et améliorer l'efficacité des politiques de santé. Un des éléments centraux de la politique Santé 2020 est déjà l'un des objectifs stratégiques de la Région, à savoir qu'il est essentiel de réduire les inégalités en matière de santé. Le Comité régional a aussi recommandé et accueilli très favorablement la tenue de nouvelles discussions sur ce sujet au cours des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé de l'an prochain, afin de refléter les principaux éléments de la Déclaration d'Helsinki dans une résolution mondiale et d'apporter un soutien à la mise en œuvre dans les années à venir de l'action de l'OMS telle que définie dans le douzième programme général de travail.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Mise en œuvre de Santé 2020[1]

93. Le Secrétariat a décrit les activités entreprises depuis l'adoption de Santé 2020 en 2012 dans trois domaines principaux, à savoir la sensibilisation du public aux niveaux international et régional, l'alignement sur les valeurs, principes et approches de Santé 2020 et leur intégration dans tous les aspects du travail du Bureau régional et, ce qui est plus important, le renforcement des capacités de mise en œuvre.

94. Un ensemble d'outils, de meilleures pratiques et de services étaient actuellement élaborés pour aider les pays à aligner leurs politiques et stratégies existantes et à développer de nouvelles politiques inspirées par Santé 2020. Le but était d'introduire le concept de Santé 2020 dans des secteurs autres que celui de la santé, d'adopter des approches pangouvernementales d'intégration de la santé dans toutes les politiques et de promotion de la santé sur toute la durée de la vie, de lutter systématiquement

[1] Résolution EUR/RC63/R3 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/217802/63re03F_H2020indicators.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

contre les inégalités, de mettre en place une couverture sanitaire universelle et de renforcer les systèmes de santé et les services de santé publique. Le Bureau régional proposait des cibles et des indicateurs pour mesurer et évaluer les résultats ; ces indicateurs avaient été élaborés après des consultations approfondies avec les États Membres. L'Étude sur les déterminants sociaux de la santé et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS avait montré que les causes des inégalités en matière de santé étaient désormais connues et pouvaient être réduites par une action intersectorielle, y compris par un accès universel à des soins de santé de haute qualité et des politiques sociales. Une autre base de réflexion importante était la publication *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century.* De nouvelles approches de la gouvernance en matière de santé étaient nécessaires pour appuyer l'action intersectorielle et l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Cette étude fournissait des orientations utiles pour poursuivre les objectifs stratégiques de Santé 2020.

95. Des ministres de la santé et leurs homologues avaient déclaré, au cours d'une table ronde, qu'une approche multisectorielle de la santé exigeait un solide leadership technique et politique général. La récente crise financière avait conduit à des situations très difficiles dans certains pays, nécessitant de revoir les priorités politiques et parfois de réorganiser la prestation des services. Dans certains cas, cela s'était traduit par une utilisation plus efficiente et plus créative des ressources. Des indicateurs et des algorithmes étaient nécessaires pour évaluer la capacité des systèmes de santé à atteindre les objectifs prioritaires de Santé 2020 tels que l'équité en matière de santé.

96. Les représentants ont recommandé que le Bureau régional fournisse aux pays davantage d'occasions de faire part de leurs expériences et d'échanger les meilleures pratiques en matière de mise en œuvre de Santé 2020. Les conclusions de l'étude devraient être prises pleinement en considération et faire l'objet d'un suivi dans les domaines stratégiques, techniques et politiques du travail de l'OMS.

Plan d'action européen pour la santé mentale 2014-2020

97. Le Secrétariat a déclaré que les troubles neuropsychiatriques avaient un impact considérable sur la charge de morbidité dans la Région, impact encore exacerbé par le climat économique actuel. Nonobstant l'engagement de longue date à l'égard de la santé mentale en Europe et le niveau de développement des nombreux services nationaux de santé mentale, beaucoup de personnes atteintes de ces troubles n'étaient toujours pas traitées. Le plan d'action, qui présentait un modèle pour la prise en charge de la santé mentale pendant toute la durée de la vie, était aligné sur Santé 2020 et offrait une approche fondée sur les droits de l'homme.

Cadre régional pour la surveillance et la lutte contre les moustiques invasifs et vecteurs de maladies et les maladies réémergentes à transmission vectorielle[1]

98. Le Secrétariat a déclaré que les maladies à transmission vectorielle étaient un problème à la fois ancien et nouveau dans la Région : ancien car, précédemment, la plupart d'entre elles avaient été éradiquées, et nouveau, car leur présence avait récemment sensiblement augmenté. Le Bureau régional fournissait un appui technique aux États Membres lorsque cela était nécessaire et avait établi un cadre régional pour soutenir les interventions, en phase avec Santé 2020. Il était essentiel d'améliorer le contrôle et la surveillance, bien que de nombreux pays n'aient plus de services entomologiques

[1] Résolution EUR/RC63/R6 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/217805/63re06F_VectorborneDiseases.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

opérationnels. Des efforts coordonnés étaient nécessaires aux niveaux national et régional, et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) pourrait jouer un rôle important.

Gouvernance du Bureau régional de l'Europe[1]

99. Le groupe de travail du Comité permanent du Comité régional sur la gouvernance avait examiné huit aspects de la gouvernance, énumérés dans la résolution EUR/RC63/R7.

100. Les représentants ont demandé que les plans de travail et les textes concernant les critères à remplir par les candidats et le récapitulatif des sièges vacants au Conseil exécutif et au Comité permanent soient communiqués à tous les États Membres en même temps que l'appel à candidatures. Les incidences financières des mesures proposées dans les projets de résolutions devraient être quantifiées et le multilinguisme respecté.

Bureaux géographiquement dispersés (GDO)[2]

101. Deux nouveaux bureaux géographiquement dispersés ont été proposés : un pour les soins de santé primaires et l'autre pour la préparation aux situations d'urgence humanitaire et sanitaire. Le Secrétariat a déclaré que le programme Prestation de services de santé ne disposait pas de ressources humaines suffisantes pour couvrir tous les domaines de son plan de travail, et que les activités du GDO proposé pour les soins de santé primaires permettraient de combler cette lacune. L'offre faite par le Gouvernement du Kazakhstan satisfaisait à toutes les conditions essentielles pour accueillir un GDO.

102. Le Secrétariat a décrit les nombreuses situations d'urgence humanitaire et sanitaire survenues dans la Région entre 1990 et 2012, et rappelé que l'Assemblée mondiale de la Santé avait demandé aux États Membres de renforcer la gestion de tous les risques sanitaires liés aux urgences et aux catastrophes naturelles. Le travail du GDO proposé permettrait de répondre à cette demande. Le Gouvernement de la Turquie avait offert d'accueillir le GDO et satisfaisait à toutes les conditions requises ; il avait également offert un soutien technique supplémentaire pour le programme.

103. Le représentante de la Fédération de Russie a indiqué que des progrès satisfaisants avaient été réalisés en vue de l'ouverture du GDO pour les maladies non transmissibles à Moscou au début de 2013. Le Secrétariat a donné au Comité l'assurance que les activités de tous les GDO seraient pleinement intégrées aux travaux du Bureau régional.

---

[1] Résolution EUR/RC63/R7 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/217806/63re07F_Governance.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

[2] Décision EUR/RC63(1) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217812/63des01F_PHC_GDO_Decision.pdf, consulté le 15 octobre 2013), et décision EUR/RC63(2) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/217813/63des02F_HHE_GDO_Turkey.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 (Vienne, Autriche, 4-5 juillet 2013)[1]

104. Le Secrétariat a déclaré que 15 des 20 plus importants facteurs de risque intervenant dans la charge mondiale de morbidité étaient en rapport avec la nutrition et l'activité physique. Si de nombreux pays avaient pris des mesures en matière d'information et de sensibilisation, ils étaient relativement peu à s'être lancés dans des changements sur les plans environnemental et législatif, et un renouvellement du mandat avait été nécessaire pour appeler à l'action. La Déclaration de Vienne adoptée lors de la conférence ministérielle portait sur tous les aspects des modes de vie sains.

105. Les représentants ont déclaré que les mesures préventives ne seraient efficaces que si elles agissaient sur un maximum de facteurs de risque et qu'un engagement des pouvoirs publics à un haut niveau et une coopération multisectorielle étaient d'une importance cruciale. La proposition des participants à la conférence d'établir un plan d'action sur l'alimentation et la nutrition ainsi qu'une stratégie sur l'activité physique a été accueillie favorablement ; toutefois, les nouvelles stratégies devraient être complémentaires au cadre de Santé 2020, et la justification, la valeur ajoutée et les incidences financières et autres devraient être clairement exposées.

Réunion de haut niveau sur les systèmes de santé en période de crise économique mondiale (Oslo, Norvège, 17-18 avril 2013)[2]

106. Le Secrétariat a indiqué que le Bureau régional avait fourni un appui technique, y compris de nouveaux éléments de preuve solides, aux États Membres pour leur permettre de réagir efficacement face à la crise économique depuis le début de celle-ci. La réunion de haut niveau, accueillie par la Direction norvégienne de la santé, avait débouché sur 10 enseignements politiques et recommandations de l'OMS, auxquels il était fait référence dans la résolution EUR/RC63/R5 adoptée par le Comité. Cette résolution fournissait aux ministères de la santé un instrument puissant pour plaider en faveur de la santé dans les autres ministères. Les prochaines étapes seraient de faciliter le dialogue entre les secteurs de la santé et des finances, de réunir de nouvelles données factuelles, d'organiser des dialogues politiques entre pays et d'améliorer la surveillance des impacts sanitaires.

107. Les représentants ont déclaré que les systèmes de santé résilients étaient mieux à même de surmonter les crises et d'en réduire les effets négatifs. Les crises étaient l'occasion de procéder à des réformes structurelles des systèmes de santé et d'explorer de nouveaux moyens de générer des ressources. Toutefois, les systèmes de santé avaient aussi besoin d'investissements et ceux d'entre eux qui pouvaient prouver leur utilité en termes sanitaires et économiques étaient plus susceptibles de garantir un financement durable. Les États Membres ont demandé au Bureau régional de maintenir son leadership sur cette question.

---

[1] Résolution EUR/RC63/R4 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217803/63re04F_ViennaDeclaration.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

[2] Résolution EUR/RC63/R5 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/217804/63re05F_HealthSystems.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

Le point sur les résolutions adoptées par le Comité régional au cours des 10 dernières années (2003-2012)[1]

108. Le Secrétariat a rendu compte de son examen des 46 résolutions adoptées par le Comité régional entre 2003 et 2012. De nouveaux impératifs de communication de rapports ont été définis pour 28 de ces résolutions, tandis qu'il a été proposé de désactiver les 18 résolutions restantes. Le Comité permanent du Comité régional a recommandé que les futures résolutions fassent référence aux anciennes résolutions qu'elles remplaçaient, que l'on en examine la compatibilité avec le budget programme et qu'elles s'inscrivent dans la ligne de Santé 2020. Il a été demandé au Secrétariat de mettre en place une base de données consultable offrant des liens vers les documents pertinents, afin de permettre un suivi des résolutions en vigueur. Il devrait être mis fin, à l'avenir, à la rédaction de rapports sans précision de durée.

109. Les représentants ont fait valoir que certains indicateurs pourraient être abandonnés et que le nombre de nouvelles résolutions pourrait être limité.

[1] Résolution EUR/RC63/R8 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/217807/63re08F_Sunsetting.pdf, consulté le 15 octobre 2013).

Soixantième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Muscat (Oman), 27-30 octobre 2013

Rapport de synthèse du Président, le Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi, Ministre de la Santé d'Oman

110. La soixantième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale s'est tenue à Muscat du 27 au 30 octobre 2013. Tous les membres du Comité étaient représentés. L'ordre du jour comprenait des questions d'ordre général et des questions techniques d'intérêt régional, notamment la situation d'urgence concernant la poliomyélite, la couverture sanitaire universelle, la santé et l'environnement, la santé de la mère et de l'enfant, les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS

Préparation du projet de budget programme 2016-2017

111. Le Comité a invité instamment les États Membres à jouer un rôle actif pour proposer des moyens d'améliorer le processus de planification ascendante pour l'exercice 2016-2017 et à plaider pour qu'une enveloppe budgétaire ouverte soit allouée aux pays pour l'établissement des priorités sans subdivision préalable par catégorie. Il a prié le Directeur régional d'encourager la planification coordonnée et adaptée au pays en impliquant les trois niveaux de l'Organisation selon le principe de subsidiarité, et d'améliorer les mécanismes de surveillance et d'évaluation.

Rapport concernant le lancement du dialogue sur le financement de l'OMS

112. Le Comité a noté qu'il était important d'assurer la présence à la fois des États Membres et des organismes de développement de la Région à la réunion de dialogue sur le financement fin novembre. Il a également noté que la Méditerranée orientale était la seule Région de l'OMS à avoir demandé une augmentation des contributions fixées, alors qu'elle est celle où ces contributions sont globalement les plus faibles – elles représentent moins de 10 % du budget régional. Il a souligné qu'il fallait éviter l'influence des acteurs non étatiques.

La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015

113. Le Comité a confirmé qu'il fallait axer les efforts sur la couverture sanitaire universelle et les maladies non transmissibles dans le programme de développement pour l'après-2015 et s'attacher à finir le travail entrepris dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement. Il a également estimé que le développement durable, la santé et l'environnement, et les déterminants sociaux de la santé étaient des questions cruciales. Les délégués ont noté qu'il fallait continuer à plaider en faveur de la santé et à en faire un élément clé de toutes les politiques gouvernementales.

Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

114. Le Comité a dit continuer à soutenir la mise en œuvre de la déclaration politique, au moyen du cadre d'action régional, et le suivi régulier de sa mise en œuvre. Il a noté qu'un guide était nécessaire sur les rôles des différents ministères et d'autres partenaires dans le travail multisectoriel visant à prévenir les maladies non transmissibles. Il a invité instamment les États Membres à mener des consultations avec leurs représentants permanents auprès des Nations Unies sur le champ d'application, les modalités, le format et les dispositions relatives à l'organisation de l'examen complet et de l'évaluation auxquels l'Assemblée générale doit procéder en 2014. Il les a aussi instamment invités à demander au Président de l'Assemblée générale des Nations Unies d'envisager d'organiser une réunion de haut niveau sur l'examen complet et l'évaluation et de désigner, comme l'un des deux co-facilitateurs chargés de la préparation de cet examen, un des représentants permanents auprès des Nations Unies parmi les États Membres de la Région OMS de la Méditerranée orientale. Il a par ailleurs prié le Directeur régional de mettre à jour le cadre d'action régional comme il se doit.

Règlement sanitaire international (2005)

115. Les États Membres ont été invités à faire des observations sur le processus de délai supplémentaire envisagé, et plus particulièrement sur les critères d'octroi d'une prolongation proposés par le Secrétariat au Conseil à sa cent trente-deuxième session par le Secrétariat. Les États Membres ont globalement souscrit au processus et indiqué qu'ils s'employaient à mettre en place les capacités nécessaires d'ici 2014. Plusieurs pays ont toutefois fait remarquer que la tâche demeurait complexe et ils ont sollicité l'appui technique continu de l'OMS et appelé de leurs vœux un échange de données d'expérience avec d'autres pays et Régions et le renforcement de la coopération avec d'autres organismes internationaux pour accélérer l'application du Règlement.

Plan d'action mondial pour les vaccins

116. La question n'a pas été traitée. Toutefois, lors d'une réunion technique organisée juste avant la session, un projet de système d'achat groupé de vaccins devant permettre aux pays à revenu intermédiaire de mieux gérer l'achat de vaccins a été présenté aux États Membres. Le Comité a engagé les États Membres intéressés à prendre immédiatement des dispositions pour participer à ce système et à signer un protocole d'accord avec l'OMS et l'UNICEF pour achever le processus de participation avant la fin 2013.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Poliomyélite

117. Les États Membres ont ajouté à l'ordre du jour l'aggravation de la situation d'urgence causée par la poliomyélite dans la Région. Il a été noté qu'en 2013, la Région enregistrait 75 % des cas de poliomyélite dans le monde et que les principaux obstacles à l'éradication de la maladie dans la Région demeuraient la transmission endémique persistante au Pakistan ainsi que l'intimidation et les attaques dont les agents de santé sont la cible dans ce pays. Une grave flambée s'est produite en Somalie et, durant la session, une flambée a été confirmée en République arabe syrienne. La présence de nombreux enfants non vaccinés dans des zones auxquelles il est difficile d'accéder pour des raisons de sécurité ou à cause de l'interdiction locale de la vaccination est préoccupante. Le Comité a déclaré la nouvelle propagation du poliovirus sauvage situation d'urgence pour tous les États Membres de la

Région et a fait plusieurs recommandations, demandant notamment au Pakistan d'intensifier les mesures nécessaires pour garantir que tous les enfants soient atteints et vaccinés en tant qu'urgence absolue, notamment dans les zones tribales sous administration fédérale, pour prévenir toute nouvelle propagation internationale, et priant la République arabe syrienne et les pays voisins de coordonner et, si possible, de synchroniser des campagnes de vaccination de masse intensifiées afin d'interrompre la nouvelle flambée dans un délai de six mois. Il a également demandé une coordination renforcée avec la Région africaine pour permettre une surveillance accrue des efforts d'éradication dans la Corne de l'Afrique, une interruption rapide de la flambée qui sévit dans cette zone, notamment en Somalie, et la protection des zones à risque voisines dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier Djibouti, le Soudan et le Yémen. Il a invité instamment tous les États Membres à, entre autres, fournir tout le soutien possible au Pakistan, à la Somalie et à la République arabe syrienne dans leurs efforts de négociation et de mise en place d'un accès aux enfants que l'on ne peut pas actuellement vacciner contre la poliomyélite, et à soutenir les efforts d'éradication intensifiés dans l'ensemble de la Région, en particulier dans les pays où il y a un fort risque de nouvelles importations et de flambées.

Stratégie régionale pour la santé et l'environnement

118. Le Comité a adopté une stratégie régionale pour la santé et l'environnement 2014-2019 assortie d'un cadre d'action. Lors de ses débats, le Comité a noté les dispositions prises par le Directeur régional pour regrouper les programmes apparentés sous la houlette du Centre régional de l'OMS pour les activités d'hygiène de l'environnement situé en Jordanie, ainsi que les efforts faits pour renforcer le centre. Il a également noté le rôle important que les ministères de la santé pouvaient jouer en mettant à l'honneur et en dirigeant l'action dans le domaine de la santé et de l'environnement. Le Comité a demandé aux États Membres de mettre en place un plan national pour la mise en œuvre de la stratégie. Il leur a aussi demandé d'intégrer les préoccupations environnementales dans les politiques, stratégies et plans d'action nationaux en matière de développement et de santé publique, et de renforcer les capacités institutionnelles des ministères de la santé pour collaborer avec d'autres ministères et secteurs concernés dans ce domaine.

Couverture sanitaire universelle

119. Le Comité a examiné un ensemble de stratégies et une feuille de route prévoyant des actions pour progresser plus vite vers la couverture sanitaire universelle. Les États Membres ont estimé que la notion devait être définie plus clairement et que des orientations devraient être données sur l'ensemble de services de santé de base à assurer ainsi que sur l'évaluation des besoins et la recherche au sein des pays. Le Comité a demandé aux États Membres de prendre un engagement politique durable en faveur de la couverture sanitaire universelle et d'élaborer, sur la base de données probantes, des stratégies nationales de financement de la santé qui concourent à l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Il leur a par ailleurs demandé d'étendre la prestation de services de santé intégrés et centrés sur la personne qui prennent en compte la charge de morbidité et qui soient fondés sur les soins de santé primaires, d'étendre progressivement la couverture à l'ensemble de la population et de surveiller et d'évaluer les progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Le Comité a prié le Directeur régional de seconder notamment les États Membres dans la mise en place de la couverture sanitaire universelle et dans l'élaboration d'un cadre d'action permettant de surveiller la couverture sanitaire universelle dans ses trois dimensions dans les États Membres.

Sauver les vies des mères et des enfants

120. Le Comité a examiné l'initiative régionale visant à sauver les vies des mères et des enfants, qui a été lancée au début de 2013, et il a noté les dispositions prises par les pays où la mortalité de la mère et de l'enfant est élevée pour dresser des plans d'action devant les aider à atteindre plus vite les OMD 4 et 5. Il a noté qu'alors même qu'ils commençaient à être appliqués, ces plans exigeaient un financement supplémentaire des pays eux-mêmes et des donateurs et que plusieurs pays n'atteindraient probablement pas les cibles fixées à l'horizon 2015. Le Comité a approuvé la Déclaration de Dubaï intitulée « *Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi* » et a demandé aux États Membres de respecter les engagements pris dans la Déclaration de Dubaï, à savoir accorder la priorité à la santé de la mère et de l'enfant et la promouvoir, et de garantir la solidarité régionale afin de soutenir la mise en œuvre des plans d'accélération. Il a invité instamment les pays où la charge de morbidité est élevée à renforcer les partenariats multisectoriels afin de mettre en œuvre leurs plans d'accélération nationaux, d'allouer dans la mesure du possible les ressources humaines et financières requises et de s'employer à mobiliser des ressources supplémentaires auprès des donateurs, des partenaires et des agences de développement.

Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil

121. Lors de ses débats sur les moyens d'améliorer les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil dans la Région, le Comité a reconnu l'importance de cette question pour le développement national et les problèmes qui se posent au niveau local. Il a approuvé une stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019 et invité instamment les États Membres à accorder la priorité au renforcement de ces systèmes. Il a demandé aux États Membres d'élaborer un plan stratégique national multisectoriel, ou de le renforcer s'il existe déjà, de renforcer l'infrastructure et les capacités au sein du ministère de la santé et d'élaborer des règles et des procédures afin de veiller à l'application de normes de qualité pour la certification médicale et la codification des causes de décès, en utilisant la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Il a également appelé à sensibiliser la communauté et les secteurs concernés à l'importance des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et à mobiliser un appui en faveur de ces systèmes, car c'est un objectif important dans la Région.

Examen de la mise en œuvre des résolutions du Comité régional 2000-2011

122. Le Comité a examiné un rapport établi par le Secrétariat sur l'examen de la mise en œuvre des résolutions adoptées entre 2000 et 2011, le but étant que les résolutions futures soient réactives au regard des défis de santé publique régionaux et conformes aux orientations stratégiques régionales. Prenant note des décisions du Conseil exécutif sur la réforme de la gouvernance, le Comité a décidé de mettre en place un sous-comité ad hoc pour passer en revue les précédentes résolutions et faire des recommandations en ce qui concerne celles qui devraient être éliminées.

Soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Manille (Philippines), 21-25 octobre 2013

Rapport de synthèse du Président, le Dr Tuitama Leao Talalelei Tuitama, Ministre de la Santé des Samoa

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS

123. Le Bureau régional OMS du Pacifique occidental se prépare à affronter les défis de la réforme de l'OMS et continuera de jouer un rôle de chef de file pour mettre sur pied un environnement moderne de gestion des programmes. À cette fin, les projets futurs viseront notamment à renforcer les évaluations des programmes techniques, à définir des indicateurs de performance pour les centres budgétaires et le réseau régional des gestionnaires de programmes, et à mettre en place une base de données sur la gestion des contributions. Conformément au programme de réforme de l'OMS, le Bureau régional a achevé les premières évaluations jamais réalisées des fonctions des bureaux de pays. Par ailleurs, des évaluations externes des bureaux de pays ont été menées au Cambodge, dans les Îles Salomon et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les recommandations qui ont été formulées à cette occasion sont en cours d'application. Le Bureau régional contribue également à l'élaboration de modèles d'intervention à l'échelle infranationale en Chine et aux Philippines, ainsi qu'à des initiatives visant à améliorer les soins de santé primaires par la collaboration entre les pays au Cambodge, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam.

124. À la soixante-quatrième session du Comité régional du Pacifique occidental, l'idée de présenter un chiffre unique pour chaque catégorie d'activité et domaine programmatique dans le projet de budget programme 2014-2015 et d'adopter une planification ascendante reflétant les priorités des pays dans le budget programme 2016-2017 a remporté l'adhésion d'un grand nombre de représentants. Étant donné que le budget programme 2014-2015 était de nature transitoire et que les États Membres n'étaient pas acclimatés au nouveau modèle, le Secrétariat a fourni des explications à cet égard. Au titre de l'allocation stratégique des ressources, les domaines prioritaires seraient identifiés en fonction des plans de santé nationaux ; la stratégie OMS de coopération au niveau des pays serait, quant à elle, définie par le biais de consultations approfondies. Les gouvernements étaient soumis à des contraintes de temps considérables pour définir leurs priorités nationales en matière de collaboration avec l'OMS. Le Secrétariat devait offrir une plus grande flexibilité au niveau de l'allocation des subventions et de la reprogrammation entre diverses catégories et programmes du budget programme lorsque cela était nécessaire. Il fallait par ailleurs que l'on dispose de certaines indications sur la proportion des contributions volontaires disponibles et des capitaux allouables à chaque pays, afin de permettre aux gouvernements de s'organiser en conséquence ; c'est pourquoi il était nécessaire de fixer efficacement des priorités pluriannuelles au niveau des pays.

125. Le Secrétariat devait préciser si des rapports seraient toujours présentés au sujet du montant des contributions fixées et volontaires, et quels indicateurs étaient en place en vue d'apprécier l'exécution du budget. Il a été suggéré que l'OMS utilise un ensemble minimal d'indicateurs permettant d'évaluer l'exécution du budget sans causer de charges supplémentaires pour les États Membres. Il était également nécessaire que certaines indications soient données quant à la priorité relative accordée à la préparation aux situations d'urgence et à la prévention et à la prise en charge des maladies non transmissibles au sein des catégories d'activité. Il a été noté que les indicateurs de produits, les bases de référence et les cibles du budget programme 2014-2015 n'étaient toujours pas définis et qu'il

convenait de s'y employer en étroite coopération avec les États Membres. Il fallait en outre que de plus amples indications soient données au sujet d'un mécanisme permettant de suivre les progrès accomplis au regard des produits et prestations essentielles prévus au budget, et on devait recevoir l'assurance que la réduction des allocations budgétaires dans certains domaines n'était que le fruit d'ajustements transitionnels d'un exercice à l'autre et ne reflétait aucunement un remaniement des priorités.

126. De nombreux représentants se sont déclarés préoccupés par le nouveau mécanisme de financement ; on ignorait toujours quelle en serait l'incidence sur les subventions octroyées au Bureau régional, et si la Région du Pacifique occidental serait désavantagée par les nouvelles dispositions prises. Le Bureau régional avait déjà mené des réformes structurelles en prévision du nouveau modèle budgétaire et on cherchait à obtenir l'assurance qu'aucune nouvelle restructuration ne serait requise.

127. Dans la résolution du Comité régional WPR/RC64.R2 sur le projet de budget programme 2014-2015, le Directeur régional a été prié de tendre vers une planification ascendante en concertation avec les pays et d'aligner le budget sur les priorités définies lors de l'élaboration du projet de budget programme 2016-2017.

La santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015

128. La couverture sanitaire universelle est essentielle pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ; elle émerge en tant que composante fondamentale de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, dans le but d'obtenir de meilleurs résultats et de favoriser l'équité sur le plan sanitaire. Étant donné que la couverture sanitaire universelle figure comme objectif commun dans les stratégies depuis 2008, la Région a pris de l'avance en ce qui concerne le programme de développement au-delà de 2015. La plupart des pays de la Région ont déjà intégré la couverture sanitaire universelle ou ses composantes dans leurs politiques et plans nationaux en matière de santé. Les transitions actuelles aux niveaux démographique, socio-économique et épidémiologique exigent une meilleure collaboration entre les systèmes de santé et l'ensemble des secteurs ayant un impact au niveau sanitaire. L'un des facteurs reliant les six stratégies et cadres d'action en vigueur dans la Région du Pacifique occidental est l'objectif global d'un accès généralisé ou d'une couverture universelle associée à l'équité en santé ; dans ce cadre, la santé est considérée comme un droit fondamental.

129. À l'examen des différentes stratégies, il semble que le Secrétariat devrait limiter le nombre d'indicateurs à ceux qui sont les plus utiles aux États Membres pour assurer un bon suivi de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et de l'équité en santé. Le suivi des indicateurs nécessite l'existence de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil fiables, or ces systèmes sont défaillants dans de nombreux pays de la Région. Les inégalités perdurent en matière de santé dans un grand nombre de pays du Pacifique occidental ; c'est pourquoi l'objectif de la couverture sanitaire universelle est essentiel et fait l'objet d'une attention et d'un soutien croissants. Dix plans sanitaires nationaux font référence de manière explicite ou implicite à la couverture sanitaire universelle et aux valeurs connexes de l'équité, notamment entre les sexes, et des droits de l'homme.

130. Comme en témoignent les plans nationaux actuels en matière de santé, de nombreux pays de la Région ont adopté, et parfois adapté, la couverture sanitaire universelle en tant que principe directeur du développement et du renforcement de leur secteur sanitaire. Mais le double fardeau des transitions démographique (vieillissement) et épidémiologique (des maladies transmissibles aux MNT) exacerbe la rareté des ressources humaines et financières, et un grand nombre de pays éprouvent des difficultés à mettre en place un système intégré et global de prestation des services de santé, qui réponde aux besoins de leurs populations à toutes les étapes de la vie.

131. Au cours de l'année écoulée, les pays de la Région ont placé la couverture sanitaire universelle au centre de leur vision et de leurs objectifs. Par exemple le Cambodge, la Chine, les Îles Salomon, la Mongolie, les Philippines, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam ont engagé des dialogues politiques sur les aspects techniques de la couverture sanitaire universelle. Les représentants du Comité régional ont aussi noté que la couverture sanitaire universelle devait fournir l'occasion d'établir un nouveau pacte social pour renforcer la responsabilité collective tout en mettant en avant le rôle de la famille et de l'individu dans la prestation des soins.

Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

132. Les maladies non transmissibles demeurent un problème de santé publique important dans la Région du Pacifique occidental. La question a suscité un débat nourri parmi les représentants, en particulier concernant le mécanisme mondial de coordination proposé dans le plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Les États Membres ont manifesté l'intérêt de débattre de cette question, parmi d'autres, en novembre 2013 lors de la réunion mondiale de coordination. Le Comité régional a pris acte des engagements de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2011 et, dans la résolution WPR/RC64.R6 a approuvé le Plan d'action régional du Pacifique occidental pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2014-2020), reconnaissant l'importance de certaines mesures arrêtées en juillet 2013 par les ministres de la santé du Pacifique dans le cadre du Communiqué d'Apia sur les îles-santé, les maladies non transmissibles et le programme de développement pour l'après-2015, notamment l'adoption d'un objectif consistant à instaurer un Pacifique sans tabac d'ici 2025 et la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions essentielles contre les MNT (« PEN ») en réponse à la crise des maladies non transmissibles dans le Pacifique. Le Comité régional, les États Membres ont appelé instamment à appliquer le Plan d'action régional selon qu'il conviendra en fonction du contexte des pays, à définir des cibles nationales conformes aux cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, à investir dans le renforcement des systèmes de santé pour assurer des soins tout au long de la vie, et à travailler avec les secteurs autres que celui de la santé pour promouvoir la santé et pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

133. En outre, le Directeur régional a été prié : de renforcer l'action de plaidoyer pour que l'on investisse dans la lutte contre les maladies non transmissibles ; et d'étendre le soutien technique apporté aux États Membres pour renforcer les politiques et établir les priorités sur des bases factuelles, et développer leur capacité d'appliquer des programmes durables de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris l'intégration dans le système de santé en général.

134. Le Comité régional a également examiné le projet de mécanisme mondial de coordination des activités de lutte contre les maladies non transmissibles. Les observations et suggestions des États Membres ont été communiquées au Siège de l'OMS en prévision de la consultation qui doit se tenir en novembre 2013 avec les États Membres.

Règlement sanitaire international (2005)

135. La Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010) est un outil régional qui permet aux pays et zones de la Région du Pacifique occidental de développer les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005 et de se prémunir contre des dangers spécifiques, comme les nouveaux virus grippaux. Les résultats annuels du questionnaire de suivi sur les principales capacités au regard du RSI laissent apparaître des progrès

généralement satisfaisants dans la Région. Les pays ont riposté aux menaces de maladies émergentes avec efficacité. La riposte de la Chine à la grippe aviaire A(H7N9) début 2013 a notamment démontré à quel point il était important d'investir dans la préparation et les capacités de riposte, la transparence et l'engagement politique. Il reste que 14 pays ont demandé et obtenu un délai supplémentaire de deux ans par rapport à la deuxième échéance de 2014, indiquant qu'il leur fallait plus de temps et de ressources techniques et financières pour pouvoir se conformer aux principales capacités requises au titre du RSI. On s'attend par ailleurs à ce que les pays qui n'ont pas demandé de délai supplémentaire maintiennent et renforcent leurs principales capacités à l'aide du cadre de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique. L'exécution efficace des plans de travail nationaux concernant cette dernière et le RSI joue un rôle capital pour ce qui est de remplir les conditions relatives aux principales capacités du RSI. Les pays et zones insulaires du Pacifique rencontrent des difficultés uniques pour développer leurs capacités en raison de nombreux facteurs, dont une population peu nombreuse et isolée géographiquement, et des infrastructures et des ressources limitées. De nombreuses capacités nationales peuvent être renforcées et améliorées dans le Pacifique en déployant des efforts collectifs à l'échelle sous-régionale et en assurant un partage des ressources entre les différents pays et zones insulaires de la Région.

136. Certains représentants ont signalé que leurs gouvernements demanderaient un report supplémentaire de l'échéance de 2014 pour mettre en place les principales capacités requises par le RSI. L'OMS devrait apporter un soutien technique adapté aux besoins de chaque pays, en concentrant ses efforts sur un ensemble minimum de principales capacités requises ; il serait ainsi plus facile d'accorder des délais supplémentaires et de fournir une assistance. D'autres représentants ont indiqué que leurs gouvernements seraient disposés à travailler aux côtés de l'OMS et d'autres partenaires afin de venir en aide aux pays éprouvant des difficultés à acquérir les principales capacités requises.

137. Le Secrétariat a pris acte des demandes d'assistance technique formulées par les gouvernements ne parvenant pas à respecter l'échéance fixée pour se doter des principales capacités requises au titre du RSI ; il s'est déclaré prêt à fournir le soutien et l'orientation appropriés. Les États Membres ont pris note des critères proposés par le Secrétariat pour l'octroi de délais supplémentaires ; pourvu que ces critères favorisent les efforts des États Membres, ils ne formulaient aucune objection à leur encontre. Établir des scores et seuils indicatifs à atteindre par les États Membres dans le questionnaire de suivi pour vérifier leur degré de conformité avec les principales capacités requises au titre du RSI représenterait un défi pour l'OMS. L'Organisation pourrait diffuser des documents d'orientation utiles et apporter un appui technique, et les États Membres pourraient procéder à des auto-évaluations concernant leur degré de réalisation des principales capacités. Toutefois, une vraie flambée sur le terrain constituait toujours le meilleur test de la solidité des principales capacités d'un pays. La capacité de riposte face à des événements concernant des secteurs autres que celui de la santé, y compris les situations d'alerte chimique ou radiologique, reposerait sur une coordination multisectorielle avec les organes de réglementation et les organismes publics.

Plan d'action mondial pour les vaccins

138. Au cours de l'exercice 2014-2015, l'accent sera mis sur la mise en œuvre et le suivi du Cadre régional de mise en œuvre du Plan d'action mondial pour les vaccins dans la Région du Pacifique occidental (2014-2020) en favorisant l'élaboration de plans de vaccination nationaux, en renforçant les capacités nationales pour le suivi des programmes de vaccination et en veillant à ce que ceux-ci soient convenablement approvisionnés et disposent de financements suffisants. Au titre du cadre régional, on intensifiera les efforts en vue d'éliminer la rougeole, de maîtriser l'hépatite B, de mettre en œuvre les stratégies d'assaut final contre la poliomyélite mais aussi en vue d'éliminer la rubéole, de hâter les dispositions tendant à lutter contre l'encéphalite japonaise, d'atteindre les cibles régionales en matière

de couverture vaccinale et d'introduire des nouveaux vaccins sur des bases factuelles, en tant que nouveaux objectifs pour la Région du Pacifique occidental.

139. La Région contribuera à mettre en œuvre et à suivre le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020, dans le cadre de la Décennie de la vaccination, en insistant sur l'accès aux populations non vaccinées et sous-vaccinées. Pour l'exercice 2014-2015, l'objectif est que tous les pays ayant une couverture vaccinale de moins de 70 % élaborent et mettent en œuvre, dans le cadre de leurs plans nationaux de vaccination, des stratégies destinées à atteindre les populations non vaccinées et sous-vaccinées. Seul un pays du Pacifique occidental appartient à cette catégorie, mais la nécessité de favoriser la couverture maximale de ces populations concerne tous les pays et toutes les zones. La Région mène des actions de sensibilisation au sujet des bienfaits de la vaccination en coordonnant des activités et en apportant des contributions financières dans le cadre de la Semaine mondiale de la vaccination. Cette manifestation gagne en prestige à mesure que croît l'implication des pays, qui organisent des rencontres avec les médias, des séminaires à but éducatif et des activités de vaccination.

140. Le Comité régional du Pacifique occidental poursuit ses activités en vue de rallier les parties concernées à l'objectif de l'élimination de la rougeole et de stimuler l'engagement de ces dernières, conformément à sa résolution, prise en 2012, qui appelle à intensifier les efforts pour lutter contre cette maladie et défendre les acquis constitués. Le Comité régional, s'appuyant sur la réussite que constitue le fait d'avoir atteint la cible intermédiaire fixée pour 2012 dans la lutte contre l'hépatite B, a désigné, dans la résolution WPR/RC64.R5, l'année 2017 comme cible pour ramener la séroprévalence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) à moins de 1 % chez les enfants de moins de cinq ans.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Prévention de la cécité

141. Les États Membres ont salué l'inclusion de la prévention de la cécité dans l'ordre du jour de la soixante-quatrième session du Comité régional du Pacifique occidental et ont noté que le Comité traitait cette question pour la première fois. Dans la résolution WPR/RC64.R4, le Comité régional a approuvé le plan d'action intitulé *Vers la santé oculaire universelle : plan d'action régional pour le Pacifique occidental (2014-2019)*. Le plan d'action répond au besoin de faire de la santé oculaire une plus grande priorité de santé publique et comprend des recommandations sur la manière de mettre au point des interventions ayant un bon rapport coût/efficacité en matière de santé oculaire destinées à être intégrées dans les systèmes de santé, d'améliorer le suivi et l'évaluation, et d'étendre les partenariats dans ce domaine à d'autres secteurs.

Vieillissement et santé

142. Le vieillissement de la population est un problème important pour la Région du Pacifique occidental. En 2010, on comptait 235 millions de personnes de 60 ans et plus dans la Région, qui connaît un accroissement sans précédent du vieillissement de sa population. Ce processus a des répercussions majeures sur un grand nombre de priorités du secteur de la santé, y compris les maladies non transmissibles et la couverture sanitaire universelle. Ces points ont été abordés en détail par les États Membres dans la partie consacrée à la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 (voir plus haut). Les représentants ont remercié les participants au débat sur le vieillissement et la santé, organisé en marge de la séance plénière. Compte tenu de l'ampleur et de la rapidité du phénomène de vieillissement de la population dans la Région, et des liens étroits entre le vieillissement et d'autres priorités du secteur de la santé, comme les maladies non transmissibles et la

couverture sanitaire universelle, le Comité régional, dans la résolution WPR/RC64.R3, a approuvé à l'unanimité le Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019). Il a en outre invité instamment les États Membres à utiliser le cadre d'action pour renforcer la réponse apportée par le secteur de la santé face au vieillissement et à encourager les mécanismes et partenariats sur le vieillissement et la santé avec les groupes sociaux, la société civile, les partenaires internationaux et d'autres parties prenantes.

Lutte contre l'hépatite B

143. Les représentants ont abordé la réussite considérable que représente pour la Région du Pacifique occidental le fait d'avoir atteint, dans l'ensemble, la cible intermédiaire fixée pour ramener à moins de 2 % le taux de prévalence chez les moins de cinq ans avant fin 2012. Ils ont noté qu'un grand nombre de pays avaient déjà réalisé l'objectif final de ramener ce taux à moins de 1 %. Dans la résolution WPR/RC64.R5, le Comité régional a fixé l'année 2017 comme échéance pour atteindre l'objectif de 1 % de séroprévalence de l'antigène du virus de l'hépatite B.

Objectif du Millénaire pour le développement 4 et 5

144. Le Secrétariat a noté que les décès des enfants de moins de cinq ans avaient été réduits de deux tiers dans la Région depuis 1990, ce qui signifie qu'une cible de l'objectif 4 a été réalisée avant l'échéance de 2015. Le Secrétariat a également noté que le taux de mortalité maternelle, l'un des axes de l'objectif 5, avait baissé tandis que le nombre d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié avait augmenté. Les représentants ont noté les progrès accomplis vers les objectifs 4 et 5, tout en insistant sur la nécessité d'établir des stratégies visant à réduire plus encore la mortalité infantile et à renforcer les soins précoces au nouveau-né. À cet effet, le Secrétariat a fait référence au Cadre régional pour la promotion de la santé génésique dans le Pacifique occidental en 2012. L'OMS et l'UNICEF ont par ailleurs élaboré conjointement le Plan d'action pour des nouveau-nés en bonne santé dans la Région du Pacifique occidental (2014-2020), qui a été présenté au Comité régional pour examen et discussion.

Examen des stratégies des systèmes de santé

145. Le Bureau régional du Pacifique occidental a présenté les résultats d'une évaluation de l'état actuel des six systèmes de santé régionaux, dont les auteurs ont suggéré au Secrétariat de limiter le nombre d'indicateurs à ceux qui sont les plus utiles aux États Membres pour assurer un bon suivi de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle et de l'équité en santé. Les représentants ont déclaré qu'il faudrait examiner l'évaluation pour définir la direction à donner au programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015, comme cela a été indiqué dans la première partie du présent rapport. Les représentants ont suggéré des améliorations, notamment une série de mesures et d'indicateurs sur la réforme de la santé permettant d'apprécier les progrès accomplis dans les États Membres tout en tenant compte des besoins des pays les moins développés. D'autres préoccupations relatives au système de santé ont été abordées, comme : la lutte contre la résistance antimicrobienne ; les questions liées à la main-d'œuvre ; et le financement de la santé et la maîtrise des coûts.

146. Le Secrétariat a déclaré que l'évaluation des systèmes de santé servait à orienter le renforcement de ces derniers dans la Région et que l'on rassemblait actuellement les stratégies à cet effet sous l'angle de la couverture sanitaire universelle, tout en les alignant avec le programme global de réforme de l'OMS.

= = =