Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB136/4**
Cent trente-sixième session **16 janvier 2015**
Point 4 de l'ordre du jour provisoire

Rapport des comités régionaux au Conseil exécutif

1. 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]

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

2. Le Conseil est invité à prendre note du présent rapport.

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

ANNEXE

Soixante-quatrième session du Comité régional OMS de l'Afrique (Cotonou, Bénin, 3-7 novembre 2014)

Rapport de synthèse du Président (Professeur Awa-Marie Coll-Seck, Ministre de la santé et de l'action sociale, Sénégal)

1. La soixante-quatrième session du Comité régional OMS de l'Afrique s'est tenue à Cotonou, au Bénin, du 3 au 7 novembre 2014. À l'exception du Malawi, tous les États Membres de la Région africaine ont participé à la session.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Projet de budget programme 2016-2017

2. Les États Membres ont accueilli avec satisfaction le document et l'approche de planification ascendante qui a été utilisée, laquelle a permis de prendre en compte les priorités nationales. Ils ont également salué le format du budget, présenté selon les trois niveaux de l'OMS (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège) et selon les différentes catégories. Cependant, les États Membres ont relevé que, par rapport à d'autres Régions et au Siège, des enveloppes budgétaires disproportionnées avaient été affectées à certaines catégories (comme les systèmes de santé) et ils ont demandé que l'on se penche sur cette question. Ils ont également demandé si l'intégration de la dimension hommes-femmes, de l'équité et des droits de l'homme ; le vieillissement et la santé ; et les déterminants sociaux de la santé pourraient être considérés comme un mandat partagé avec d'autres organisations. Ils ont insisté sur le fait que l'OMS devrait se recentrer davantage sur ses fonctions essentielles.

Allocation stratégique des volants budgétaires

3. Les États Membres ont noté la complexité du sujet et relevé qu'il faudrait mieux le définir si l'on veut contribuer utilement à des améliorations. Ils se sont néanmoins interrogés sur l'intégration des bases factuelles et de la recherche aux principes directeurs, le domaine concerné étant peu développé dans l'ensemble des États Membres. Des représentants ont recommandé de tenir compte de la réalité de la Région africaine lors de la définition des critères d'allocation des volants budgétaires.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

4. Les principaux points mis en exergue lors des discussions ont été les suivants : l'interaction avec les acteurs non étatiques est essentielle ; les processus doivent impérativement être transparents ; cependant, les processus et les critères de vérification diligente, ainsi que les procédures s'y rapportant, manquent de clarté. Par ailleurs, des réserves ont été exprimées concernant l'affectation des fonds issus des acteurs non étatiques du secteur privé et leur utilisation pour le paiement des salaires de membres du personnel. Certains ont fait également part de leurs préoccupations quant à l'influence des acteurs non étatiques sur le travail normatif de l'OMS. D'autres ont formulé des réserves importantes sur le détachement à l'OMS de personnes issues du secteur privé.

5. Des représentants ont recommandé à l'OMS d'élaborer une politique complète sur les conflits d'intérêts incluse au cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Il a été souligné que l'OMS devrait se montrer prudente dans l'élaboration de cette politique car celle-ci aurait de profondes implications pour l'Organisation. En outre, s'il a été convenu que l'OMS ne devrait pas collaborer avec les secteurs du tabac et de l'armement, plusieurs États Membres ont estimé que cette restriction devait être étendue à d'autres secteurs, notamment les fabricants de boissons, y compris alcooliques, et l'industrie alimentaire. Il a été souligné que la prise de décisions au sein des organes directeurs de l'OMS devrait demeurer la prérogative exclusive des États Membres.

Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015

6. Le Sous-comité du Programme du Comité régional a examiné le projet de stratégie technique mondiale contre le paludisme pour l'après-2015 à sa réunion de septembre 2014. Les membres du Sous-comité du Programme ont noté avec satisfaction que le projet de document tenait en compte la situation des pays de la Région africaine, qui se trouvent à différents stades de la lutte et de l'élimination. Ils ont fait observer que, même si la vision et les objectifs étaient ambitieux, ils seraient utiles pour motiver les programmes et mobiliser les ressources. Le Sous-comité du programme a souligné qu'il fallait renforcer plusieurs dimensions : la surveillance transfrontalière et la collaboration intersectorielle ; l'innovation et la recherche, y compris la mise au point de vaccins, de nouveaux médicaments et d'insecticides à la lumière de la résistance émergente ; la mobilisation des ressources ; l'impact de la lutte antipaludique sur d'autres maladies comme la dengue ; et le développement économique. Le Sous-comité du programme a estimé que le document devrait présenter les indicateurs de base à évaluer d'ici 2015 ainsi que les méthodes de collecte des données correspondantes.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Désignation du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

7. En vertu de l'article 52 de la Constitution de l'OMS et conformément aux dispositions de l'article 52 du Règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et suite à la réunion tenue en séance plénière afin de définir les modalités des entrevues avec les candidats, et aux réunions à huis clos pour les entrevues avec les cinq candidats et le scrutin pour désigner un candidat, le Comité régional a désigné le Dr Matshidiso Rebecca Moeti en qualité de Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et a prié le Directeur général de proposer au Conseil exécutif la nomination du Dr Moeti à compter du 1er février 2015.[1] Le Comité régional a également nommé le Dr Luis Sambo Directeur régional honoraire.[2]

Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020

8. Le Comité régional a adopté le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 dans le cadre du Plan d'action mondial pour les vaccins.[3] Au cours des débats, de nombreux pays ont reconnu que la mise en œuvre du Plan stratégique régional pour la vaccination 2009-2013 avait contribué aux progrès accomplis vers les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans la Région, et

[1] Résolution AFR/RC64/R1.

[2] Résolution AFR/RC64/R2.

[3] Résolution AFR/RC64/R4.

considéré que le Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 devrait, à son tour, aider à accélérer l'instauration de la couverture vaccinale universelle. Les représentants ont insisté sur la nécessité d'intégrer les programmes de vaccination dans le cadre plus vaste des systèmes de santé, notamment dans le contexte de la couverture sanitaire universelle. Les États Membres se sont néanmoins inquiétés du coût élevé des nouveaux vaccins, des inégalités de la couverture vaccinale d'un pays à l'autre et même à l'intérieur des pays, de la faible couverture des populations difficiles à atteindre, du manque de collaboration transfrontalière et des problèmes relatifs à la qualité de la chaîne du froid.

9. Le Comité régional a invité instamment les États Membres à élaborer et mettre en œuvre des plans pluriannuels complets (PPAC) doublés de plans opérationnels annuels intégrés, conformément aux plans mondial et régional pour la vaccination, et à s'engager à allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour atteindre les buts en matière de vaccination et les autres principaux jalons. Le Comité régional a prié le Directeur régional de fournir l'appui technique nécessaire aux États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs plans afin d'atteindre les objectifs et cibles visés.

Progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans la Région africaine

10. Reconnaissant que les pays de la Région africaine ont réalisé des avancées au cours des dix dernières années, mais que la majorité d'entre eux, à une année de l'échéance fixée, n'atteindront probablement pas tous les OMD liés à la santé, le Comité régional a adopté une résolution dans laquelle il invite instamment les États Membres à : mobiliser des ressources substantielles, financières et autres ; hiérarchiser et reprogrammer plus efficacement les ressources internes et externes, en mettant l'accent sur les secteurs dans lesquels les avancées ont été lentes, afin d'accélérer les progrès dans ces secteurs ; et, pour les pays en bonne voie, consolider les progrès déjà accomplis pour atteindre et maintenir les OMD liés à la santé.[1]

11. Les États Membres ont également été priés de se doter des structures et des processus nécessaires pour progresser vers le programme de développement pour l'après-2015, qui porte, entre autres, sur la couverture sanitaire universelle et les OMD non atteints. Le Comité régional a prié le Directeur régional de plaider en faveur de la coordination de l'action des partenaires et de faciliter cette coordination pour assurer la mobilisation de ressources suffisantes et l'efficacité de la coopération technique.

Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : point sur la situation et enseignements

12. Le Comité régional a exprimé ses condoléances les plus sincères aux pays touchés. Les représentants ont remercié les pays et les partenaires pour leur solidarité face à cette situation d'urgence, y compris pour : la reprogrammation d'urgence d'environ US $600 000 provenant des fonds internes de l'OMS et le déploiement de 482 membres du personnel et consultants dans les pays touchés ; le décaissement de US $756 129 provenant du Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP), somme affectée aux activités de riposte immédiates en attendant qu'un financement externe des partenaires soit disponible ; et la mobilisation par l'OMS d'un total de US $124 millions auprès de différents partenaires et organismes depuis le début de l'épidémie. Le Comité régional a également salué les efforts déployés par différentes

[1] Résolution AFR/RC64/R3.

organisations, par exemple la séance spéciale sur la maladie à virus Ebola qui s'est tenue durant la quinzième réunion ministérielle de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) à Monrovia (Libéria) en avril 2014 ; l'organisation par l'OMS d'une réunion d'urgence de deux jours entre les partenaires et les ministres de la santé des pays touchés et des autres pays, à Accra (Ghana), les 2 et 3 juillet 2014 ; la création par l'OMS d'un centre sous-régional de coordination des opérations, en juillet 2014 ; la déclaration du Directeur général de l'OMS faisant de l'épidémie de maladie à virus Ebola une urgence de santé publique de portée internationale, le 8 août 2014 ; et la création de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) à Accra, Ghana, en septembre 2014.

13. Le Comité régional a soulevé plusieurs problèmes liés au leadership et à la coordination, à la faiblesse des systèmes de santé, à la stigmatisation des pays et des personnes touchés par la maladie à virus Ebola, et à la fermeture des frontières, y compris l'annulation des vols. Les États Membres ont également souligné l'insuffisance de la communication, de la participation des communautés locales et de l'action multisectorielle. Ils se sont dits préoccupés par l'utilisation peu rationnelle des ressources disponibles, le manque de services nationaux de laboratoire et de logistique pour mettre en place une riposte rapide, le nombre élevé de cas parmi le personnel soignant, le manque d'orientations claires sur la qualité et l'acquisition des équipements de protection individuelle (EPI) et l'absence de structures spéciales pour le traitement des agents de santé infectés par le virus Ebola. Les États Membres ont aussi déploré la mise en œuvre insuffisante des politiques, stratégies, lignes directrices et plans élaborés par l'OMS en vue de renforcer les systèmes de santé.

14. Il a été demandé aux partenaires, aux organismes techniques et aux institutions de santé publique de participer activement aux activités de riposte, conformément aux priorités recensées dans les pays, en prêtant un concours technique et financier aux opérations dans les pays touchés et en assurant la prévention et la préparation dans les pays exposés au risque de maladie à virus Ebola. La MINUAUCE devrait continuer de diriger les activités de préparation et de riposte, dans le but de prendre en charge les malades et d'éviter les décès, d'interrompre la transmission du virus et d'empêcher une résurgence de la flambée épidémique.

Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) : accélérer les progrès de la mise en œuvre

15. Le Comité régional a souligné l'importance du FAUSP, surtout dans le contexte l'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola. Plusieurs pays ont expliqué comment ils ont bénéficié du concours du Fonds lors des récentes épidémies et crises humanitaires. Ils ont néanmoins exprimé leur préoccupation quant au fait que la plupart des États Membres n'avaient pas encore payé leurs contributions au Fonds et ils ont voulu savoir pourquoi. Les débats ont aussi porté sur d'autres mécanismes permettant d'encourager les pays à s'acquitter de leur contribution au Fonds, comme la mise en place d'échéances et de sanctions. On s'est également inquiété du retard pris pour conclure un accord de tutelle avec la Banque africaine de développement. Les représentants ont redit qu'il fallait poursuivre les efforts de sensibilisation à l'égard des chefs d'État.

16. Le Comité régional a invité instamment les États Membres à honorer leurs engagements en contribuant au FAUSP, et appelé à élargir le champ des contributeurs.[1] Le Directeur général a été prié de continuer à gérer le Fonds jusqu'à ce qu'un accord soit conclu avec la Banque africaine de développement et d'intensifier l'action de plaidoyer en faveur du Fonds.

[1] Résolution AFR/RC64/R6.

Hépatite virale : analyse de la situation et perspectives dans la Région africaine

17. Faisant suite à l'examen et à l'adoption d'une résolution sur l'hépatite par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2014,[1] le Comité régional a examiné et adopté un document technique sur l'hépatite virale dans la Région africaine.[2] Les représentants ont noté avec préoccupation que la Région africaine affichait le taux de prévalence de l'hépatite B le plus élevé du monde, et que la plupart des personnes atteintes d'hépatite chronique ou d'hépatite C ne le savent pas et risquent donc fortement de transmettre l'infection et de contracter une cirrhose ou un cancer du foie.

18. Les États Membres ont été instamment invités à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies multisectorielles nationales coordonnées de prévention, de diagnostic et de traitement de l'hépatite virale qui soient fondées sur le contexte épidémiologique local, et à intensifier les activités de prévention de l'hépatite virale.

19. Le Comité régional a prié le Directeur régional de fournir l'appui technique nécessaire aux pays afin qu'ils puissent élaborer des stratégies et des lignes directrices nationales complètes et intégrées de lutte contre l'hépatite virale et se doter de systèmes de suivi ; et de collaborer avec les principaux acteurs concernés en vue de faciliter un accès équitable à des traitements et des produits diagnostiques de qualité, efficaces, abordables et sûrs pour l'hépatite B et pour l'hépatite C.

Exécution du budget programme 2014-2015 de l'OMS dans la Région africaine

20. Le Comité régional a relevé que le budget 2014-2015 approuvé pour la Région africaine s'élevait à US $1,12 milliard, soit 28 % du budget mondial approuvé de l'OMS (US $3,977 milliards) et qu'en octobre 2014, le total des fonds reçus par la Région était de US $968,3 millions, ce qui correspond à un niveau de financement moyen de 86 %, tandis que le niveau d'exécution du budget programme était de US $520,9 millions, soit 47 % du budget approuvé et 54 % des ressources disponibles. Les représentants ont réaffirmé que la mise en œuvre effective de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres passait par une affectation stratégique des ressources disponibles aux programmes régionaux prioritaires. Certes, le processus de reprogrammation pourrait contribuer à corriger certains décalages observés dans le financement du budget, mais le dialogue actuel sur le financement devrait permettre de mieux aligner le financement sur le budget programme approuvé. Les représentants ont également fait observer que, la plupart des membres du personnel de l'OMS étant rémunérés à partir des contributions volontaires destinées à des projets spécifiques à court terme, les questions de sécurité du personnel, de pérennité des programmes et de fidélisation du personnel compétent constituaient un sujet de préoccupation.

21. Le Comité régional a recommandé aux États Membres d'améliorer fortement les rapports financiers et techniques conformément aux Règles de gestion financière de l'OMS tout en participant plus activement à la mobilisation de ressources financières supplémentaires afin de combler le déficit de financement du budget programme.

[1] Résolution WHA67.6.

[2] Résolution AFR/RC64/R5.

Cinquante-troisième Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)/soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques (Washington, DC, États-Unis d'Amérique, 29 septembre-3 octobre 2014)

Rapport de synthèse du Vice-Président (John David Edward Boyce, Ministre de la Santé, Barbade)[1]

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Projet de budget programme 2016-2017

22. Les États Membres ont salué l'approche ascendante retenue pour la planification et la fixation des priorités, la meilleure définition des rôles et des responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation, et la nouvelle approche de la budgétisation, fondée sur les produits et réalisations plutôt que sur les moyens, que l'on retrouve dans l'avant-projet de budget programme 2016-2017. Les améliorations apportées à la chaîne de résultats, qui visent à établir des liens plus clairs entre, d'une part, les activités et les produits, et d'autre part, les réalisations et les impacts, ont été bien accueillies. Il a été jugé important d'élaborer en temps utile des indicateurs pour le budget programme afin de donner aux États Membres la possibilité de les commenter. Il a également été estimé que les indicateurs du Plan stratégique 2014-2019 de l'OPS seraient utiles pour assurer le suivi du budget programme de l'OMS et en apprécier l'exécution.

23. Les États Membres ont pris note des modifications proposées dans l'allocation des ressources et appelé le Secrétariat de l'OMS à prendre les choses en main en vue d'atténuer les conséquences des réductions opérées dans des domaines comme les maladies transmissibles et les maladies à prévention vaccinale, le sida et la tuberculose, en tirant le maximum des moyens existants et des partenariats avec les États Membres. Il a été demandé au Secrétariat d'indiquer s'il envisageait de nouvelles révisions budgétaires en vue de renforcer les capacités et les ressources, fortement mobilisées lors des crises de santé publique récentes, comme la flambée de maladie à virus Ebola. On a également insisté sur la nécessité de continuer de faire porter les efforts sur la santé des femmes, des enfants et des autres groupes vulnérables.

Allocation stratégique des volants budgétaires

24. Le Comité régional a reconnu combien l'élaboration d'une méthode juste, transparente et objective d'allocation des ressources était une chose complexe. Les États Membres ont souligné qu'il fallait une méthode fondée sur des principes acceptés par tous les États Membres, la planification ascendante, une définition claire des rôles et responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation, et un chiffrage précis des produits. La nécessité de la flexibilité face à l'évolution des priorités et aux événements inattendus a également été soulignée. Il a été estimé qu'en matière d'allocation, l'avantage comparatif de l'OMS devrait être le critère principal pour la coopération technique comme pour l'appui mondial et régional. Il a été suggéré que le Secrétariat de l'OMS pourrait donner des exemples de la manière dont les différentes approches proposées seraient utilisées pour le budget 2015-2016, de sorte que les États Membres puissent voir comment elles fonctionnent en pratique.

[1] Le rapport complet de la session et tous les documents de travail et résolutions sont disponibles à l'adresse : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=fr

25. Le Comité a également abordé d'autres aspects de la réforme de l'OMS, soulignant la nécessité de la transparence et de la responsabilisation dans l'établissement des budgets et la programmation, d'une prise de décisions participative, d'une meilleure coordination entre l'OMS et les autres organismes des Nations Unies, et de la réforme des ressources humaines pour garantir que l'Organisation ait une capacité de riposte et reste capable d'atteindre les buts qu'elle s'est fixés. Il a également été souligné qu'il fallait réformer plus rapidement la gouvernance et mettre en œuvre la réforme dans les bureaux de pays.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

26. Le Comité a reconnu l'importance de la collaboration avec les organisations non gouvernementales, les établissements d'enseignement et les autres acteurs non étatiques pour que l'on puisse avoir accès aux compétences et aux ressources nécessaires et promouvoir la santé publique, soulignant néanmoins que les conflits d'intérêts, réels ou perçus comme tels, devaient être évités. L'identification des risques potentiels et la formulation de principes et de lignes directrices spécifiques à la collaboration avec les diverses catégories d'acteurs non étatiques ont été jugées essentielles. Il a été estimé que le cadre défini dans le document A67/6 de l'Assemblée mondiale de la Santé ne détaillait pas suffisamment les critères que les acteurs non étatiques devaient remplir pour chaque catégorie, ni la façon dont chaque groupe pouvait collaborer avec l'OMS. Parallèlement, les États Membres ont mis en garde contre l'adoption d'un cadre trop normatif qui risquerait de ne pas accorder suffisamment de flexibilité. Il a été préconisé d'entreprendre un examen précoce après l'adoption du cadre afin de recenser les ajustements nécessaires, le cas échéant.

27. Plusieurs États Membres ont estimé qu'il faudrait expressément interdire toute interaction avec des acteurs dont les activités ou les produits sont nocifs pour la santé ainsi que tout détachement de personnel issu du secteur privé. La nécessité de déterminer si les organisations non gouvernementales et philanthropiques ainsi que les établissements d'enseignement bénéficient d'un financement de sociétés privées à but lucratif a été soulignée. La participation des États Membres au suivi et à la surveillance des relations avec les acteurs non étatiques a été jugée essentielle. Certains États Membres se sont néanmoins demandé si un comité composé de six membres relevant du Conseil exécutif, comme proposé dans le document A67/6, permettrait d'assurer une représentation et une participation gouvernementales adaptées.

28. On a fait valoir que l'OPS avait une très grande expérience de la collaboration avec des acteurs non étatiques, notamment l'industrie pharmaceutique, via le Fonds autorenouvelable pour l'achat de vaccins de l'Organisation, et le Bureau sanitaire panaméricain a été encouragé à partager cette expérience avec le Secrétariat de l'OMS.

Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015

29. Le Comité n'a pas examiné la stratégie contre le paludisme. La Région a organisé une consultation distincte à ce sujet.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 (amendé)

30. Le Comité régional a approuvé une version amendée du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, adoptée en 2013, avec une série d'indicateurs révisée.[1] Le Plan stratégique possède une structure semblable au douzième programme général de travail de l'OMS, mais porte également sur des questions qui revêtent une importance particulière pour la Région, comme la maladie de Chagas, la dengue, les maladies rénales chroniques dans les populations agricoles, les déterminants de la santé et les ressources humaines pour la santé. Les indicateurs d'impact et de réalisation tiennent également compte des spécificités régionales.

Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle

31. Le Comité a adopté une stratégie régionale pour que toutes les personnes et toutes les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, à des services de santé globaux, adéquats, opportuns et de qualité et à des médicaments sûrs, abordables, efficaces et de qualité, tout en faisant en sorte que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières (en particulier les groupes en situation de vulnérabilité). (Voir le document CD53/5, Rev.2 et la résolution CD53.R14.)

Plan d'action pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle

32. Le Comité a approuvé un plan d'action pour promouvoir l'accès universel à la sécurité transfusionnelle au moyen de dons volontaires non rémunérés pour sauver des vies et améliorer la santé des patients qui ont besoin de sang et de produits sanguins. Le plan prône une utilisation appropriée du sang et un renforcement du rôle moteur des autorités sanitaires, exhortant celles-ci à mettre en œuvre des programmes de gestion de la qualité de la chaîne transfusionnelle et à intégrer le système transfusionnel dans le système de santé du pays. Le plan est conforme aux priorités mondiales fixées dans le Plan stratégique mondial de l'OMS pour l'accès universel à la sécurité transfusionnelle 2008-2015, et contribuera à en assurer le respect. (Voir le document CD53/6 et la résolution CD53.R6.)

Plan d'action sur les incapacités et la réadaptation

33. Le Comité a approuvé un plan d'action dont le but est de renforcer l'action globale du secteur de la santé en mettant en œuvre des politiques, des plans, des programmes et des lois pour les soins aux personnes handicapées, à leurs familles et aux personnes chargées des soins, tout au long de la vie. Le plan est conforme au Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées (Voir le document CD53/7, Rev.1 et la résolution CD53.R12.)

[1] Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019, amendé en septembre 2014. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2014 (document officiel N° 345).

Plan d'action sur la santé mentale

34. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à promouvoir le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux et ceux dus à la consommation de substances, offrir des soins, améliorer la réadaptation et promouvoir les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux ou dus à la consommation de substances. Le plan est conforme au Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. (Voir le document CD53/8 et la résolution CD53.R7.)

Plan d'action pour la prévention de l'obésité chez les enfants et les adolescents

35. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à interrompre la progression rapide de l'épidémie d'obésité chez les enfants et les adolescents de la Région par la promotion de l'allaitement maternel, d'une alimentation saine et de l'exercice physique ; des politiques fiscales et la réglementation de la commercialisation et de l'étiquetage des aliments ; et d'autres actions multisectorielles. Le plan est conforme à la Stratégie mondiale OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et au Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. (Voir le document CD53/9, Rev.2 et la résolution CD53.R13.)

Plan d'action sur la santé dans toutes les politiques

36. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à définir des étapes claires pour mettre en œuvre l'approche dite de la « santé dans toutes les politiques » dans les pays de la Région des Amériques. Le plan est conforme au cadre d'action dans les pays établi à ce sujet par l'OMS. (Voir le document CD53/10, Rev.1 et la résolution CD53.R2.)

Plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

37. Le Comité a approuvé un plan d'action en vue de réduire le problème de santé publique que représentent les déficiences visuelles évitables et de garantir à ceux qui en sont atteints l'accès aux services de réadaptation. Le plan contribuera à ce que les engagements du Plan d'action mondial 2014-2019 pour la santé oculaire universelle soient tenus. (Voir le document CD53/11 et la résolution CD53.R8.)

Plan d'action pour la coordination de l'assistance humanitaire

38. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à renforcer la capacité des ministères de la santé des Amériques à coordonner l'assistance humanitaire internationale durant les catastrophes, le but étant de sauver davantage de vies et de protéger la santé des groupes vulnérables dans un cadre d'équité, de transparence et d'inclusion. Le plan est conforme à la résolution WHA65.20 sur l'action de l'OMS et son rôle en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires. Il s'inscrit également dans le cadre du processus de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies et du programme de transformation du Comité permanent interorganisations. (Voir le document CD53/12 et la résolution CD53.R9.)

Progrès vers une position régionale concernant le Règlement sanitaire international (2005)

39. Le Comité a examiné un rapport sur les progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région (document CD53/14) et recommandé que les vues exprimées par les États Membres durant la discussion soient communiquées au Secrétariat et aux organes directeurs de l'OMS en même temps que les conclusions de la réunion régionale consacrée à ce sujet (Buenos Aires, Argentine, 29-30 avril 2014). Cette réunion a notamment débouché sur des recommandations de la Région concernant les lignes directrices pour la certification des ports d'entrée, sur une feuille de route pour l'examen du cadre de suivi du RSI après 2016 et sur un appel à la révision de la carte sur les risques de fièvre jaune. Le Bureau sanitaire panaméricain remettra au Secrétariat de l'OMS un rapport plus détaillé sur ce sujet.

Programme de développement durable pour l'après-2015

40. Une table ronde s'est tenue en vue d'informer les États Membres des objectifs de développement durable qui ont été proposés par le Groupe de travail ouvert pour examen par l'Assemblée générale des Nations Unies et de discuter de leurs implications pour le secteur de la santé, en particulier du point de vue de la mise en œuvre. Un résumé des discussions de la table ronde figure dans le document CD53/16, Add.II.

Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins : défis et opportunités

41. Le Comité a examiné un rapport sur la situation actuelle du Fonds renouvelable de l'OPS pour l'achat de vaccins (document CD53/23) dans lequel étaient présentés certains défis et opportunités connexes. Une des plus grandes difficultés de ces dernières années tient aux demandes formulées par certains producteurs de vaccins selon lesquelles le Fonds devrait modifier les principes régissant son fonctionnement, à savoir l'application d'un prix unique pour tous les pays et l'achat de vaccins uniquement au prix le plus bas. Certains producteurs ont choisi de ne pas fournir de vaccins par l'intermédiaire du Fonds, mais plutôt de traiter directement avec les pays, ce qui a réduit la capacité du Fonds à obtenir des prix favorables. Il a été recommandé de mener une évaluation en bonne et due forme du Fonds en vue de mieux comprendre les principes sur lesquels il repose et la dynamique du marché des vaccins actuel, dans lequel il doit opérer, et de trouver des moyens de renforcer cet outil.

Soixante-septième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est (Dacca, Bangladesh, 10-12 septembre 2014)

Rapport de synthèse du Président (Mohammed Nasim, Ministre de la santé et de la protection familiale, Bangladesh)

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Réforme de l'OMS

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

42. Le Comité régional a reconnu le rôle majeur et croissant des acteurs non étatiques dans tous les aspects de l'action sanitaire mondiale, rappelant que l'objectif global de la collaboration de l'OMS avec ces acteurs est de remplir son mandat en utilisant mieux les ressources. Les recommandations de la réunion intersessions[1] du Comité ont été examinées, y compris les modifications proposées par les États Membres de la Région concernant le projet de cadre de collaboration et les politiques et procédures opérationnelles connexes établies par l'OMS. Le Comité a expliqué que sa principale préoccupation était que ni l'intégrité, ni la neutralité de l'OMS ne soient remises en cause dans sa collaboration avec les acteurs non étatiques. Il a noté qu'il n'y a pas à l'OMS de personnes détachées du secteur privé ; les agents en détachement viennent pour la plupart d'institutions spécialisées des Nations Unies, qui ne relèvent pas de la catégorie des acteurs non étatiques. Le Comité a demandé que le rapport et les recommandations de la réunion intersessions tenue en août 2014 soient pris en compte pour réviser le projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, de sorte qu'il n'y ait pas à l'OMS de détachement de personnes travaillant pour des acteurs non étatiques.[2]

Suivi du dialogue sur le financement

43. Le Comité a fait observer que le dialogue sur le financement est un mécanisme qui vise à mettre en rapport les résultats et les prestations de l'OMS, tels que convenus dans le budget programme approuvé par les États Membres, et les ressources disponibles pour les financer, l'objectif ultime étant d'accroître la qualité et l'efficacité de l'action de l'OMS. Il est destiné à améliorer l'alignement, la prévisibilité, la flexibilité et la transparence du financement de l'OMS afin qu'il soit moins fragile.

44. Favorable à l'idée du dialogue sur le financement, le Comité a estimé qu'il constituait un « élément essentiel » de la réforme de l'OMS et fait observer que l'appui budgétaire devait être en rapport avec les enjeux sanitaires régionaux plutôt qu'avec les priorités des donateurs, et que le financement du budget de base devrait être plus important et plus flexible. Le Comité a appelé à agir face au décalage existant entre les budgets et les besoins et priorités sanitaires nationaux et à harmoniser le financement des donateurs avec les priorités de l'OMS. Il a également encouragé les États Membres à continuer de contribuer au dialogue, à exprimer leurs opinions et à proposer des améliorations au fur et à mesure.

[1] Document SEA/RC67/3 Add.1 (http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/rc67-3add1_agenda_6.1.pdf?ua=1).

[2] Décision SEA/RC67(2).

Allocation stratégique des volants budgétaires

45. Le Comité a reconnu que l'élaboration d'une nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires de l'OMS était un exercice assez complexe qui était en interdépendance avec de nombreuses autres initiatives en cours dans le cadre de la réforme de l'Organisation (touchant par exemple à la planification ascendante, à l'identification et au chiffrage des produits et des prestations, aux rôles et aux fonctions aux trois niveaux de l'Organisation, et à l'examen du financement des coûts administratifs et gestionnaires). Le Comité a souligné que les principes directeurs de la nouvelle méthodologie devaient inclure une allocation stratégique des ressources fondée sur les besoins et les bases factuelles, à l'appui des pays qui en ont le plus besoin, en s'appuyant sur des données épidémiologiques incluant des résultats de recherche et des faits validés scientifiquement, ainsi que des éléments de comparaison mesurables objectivement qui garantissent la justice et l'équité.[1]

Budget programme

46. Le Comité a pris note des recommandations que le Sous-comité sur l'élaboration et la gestion des politiques et du programme (SPPDM) a formulées à sa septième réunion tenue au Bureau régional en juillet 2014, lors de l'examen des questions touchant au budget programme (notamment l'évaluation de l'exécution pour 2012-2013, l'exécution pour 2014-2015 et le projet de budget programme 2016-2017). Le Comité a souligné qu'il était important, dans l'exercice en cours, de mieux suivre et contrôler l'exécution du budget programme dans les bureaux de pays et dans le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. Il a plaidé en faveur d'une allocation flexible des volants budgétaires, afin de pouvoir transférer ou réaffecter les fonds aux domaines d'activité qui pourraient en avoir besoin, ce qui est un aspect essentiel. Cependant, le Comité a noté la flexibilité limitée de l'OMS concernant les contributions volontaires spécifiquement affectées à certains pays ou projets.

47. Le Comité a également noté que le projet de budget programme 2016-2017 devrait permettre une coopération technique plus ciblée, moyennant une identification ascendante des priorités au niveau national. Le Comité a exprimé sa préoccupation concernant le manque de flexibilité dans l'affectation des fonds et le déséquilibre persistant dans la mobilisation et la distribution des ressources par catégories et domaines programmatiques. Le Comité s'est félicité que le Sous-Directeur général, Administration, lui ait donné l'assurance que la Région de l'Asie du Sud-Est ne subirait pas de coupe budgétaire durant l'exercice biennal 2016-2017. Le Comité a adopté les recommandations faites par le Sous-comité sur l'élaboration et la gestion des politiques et du programme (SPPDM) et la réunion intersessions.[2]

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Stratégie mondiale OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool

48. Le Comité régional a noté que l'usage nocif de l'alcool est l'un des quatre facteurs de risque modifiable et évitable le plus courant pour les MNT. Une diminution de l'usage nocif de l'alcool contribuera donc à réduire le problème des MNT dans la Région. Le Comité a rappelé qu'il fallait encore renforcer les capacités nationales et régionales, y compris les capacités institutionnelles, et accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Le Comité a adopté un plan d'action régional.[3]

[1] Décision SEA/RC67(1).

[2] Résolution SEA/RC67/R1.

[3] Résolution SEA/RC67/R4.

Couvrir chaque naissance et chaque décès : améliorer les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil

49. Le Comité a exprimé sa préoccupation sur plusieurs sujets : la couverture insuffisante et le manque d'exhaustivité des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil ; la mauvaise qualité des données sur les causes de décès, qui entraîne des erreurs d'enregistrement des codes de la Classification internationale des maladies (CIM) ; le manque de contrôles de qualité pour améliorer les données d'état civil et leur utilisation à des fins statistiques ; et l'insuffisance de la coordination interinstitutionnelle entre les principaux ministères chargés des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques d'état civil. Il a souligné qu'il fallait établir dans ce domaine un modèle universel que tous les pays pourraient reprendre. Le Comité a noté qu'un engagement politique ainsi qu'une coopération et une collaboration intersectorielles solides seraient nécessaires pour mettre en place des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil de bonne qualité. C'est alors seulement que ces systèmes pourront aider le secteur de la santé à prendre des décisions fondées sur des données probantes.[1]

Médecine traditionnelle : Déclaration de Delhi

50. Le Comité a noté qu'une nouvelle Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 avait été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014. Cependant, il a reconnu que davantage de recherches devaient être menées pour garantir l'innocuité, la qualité et l'efficacité de tous les produits de médecine traditionnelle et pour faire en sorte que les pratiques reposent sur des bases factuelles. Il a également reconnu qu'une réglementation adaptée des produits, des pratiques et des praticiens était nécessaire pour un recours sûr et efficace à une médecine traditionnelle de qualité, et qu'il fallait renforcer les capacités dans ces domaines, priant l'OMS d'apporter un soutien dans ce domaine.[2]

Développer les soins chirurgicaux d'urgence, les soins chirurgicaux essentiels et l'anesthésie en tant que composantes de la couverture sanitaire universelle

51. Le Comité a fait observer que le renforcement des soins chirurgicaux d'urgence, des soins chirurgicaux essentiels et de l'anesthésie améliorera les services de santé et, partant, les résultats thérapeutiques pour les populations qui en ont besoin, par exemple les mères et les enfants ou les populations à risque. Il a été rappelé combien l'intégration des soins chirurgicaux aux services de santé était une étape importante vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Le Comité a également encouragé l'introduction de la télémédecine, de la cybersanté, de la santé mobile et des registres sanitaires numériques afin d'améliorer l'efficacité des services de chirurgie des établissements de soins au niveau des districts et aux niveaux inférieurs.

[1] Résolution SEA/RC67/R2.

[2] Résolution SEA/RC67/R3.

Hépatite virale

52. Le Comité s'est dit préoccupé par les fortes charges de morbidité et de mortalité imputables à l'hépatite virale dans le monde et par leur impact disproportionné sur l'Asie du Sud-Est. Il a également fait part de son inquiétude concernant le manque de données et de systèmes de surveillance et de suivi de l'hépatite virale dans les États Membres de la Région. Il a souligné qu'il fallait renforcer les capacités de diagnostic et de prise en charge et adopter une approche multisectorielle intégrée pour combattre cette maladie. Le Comité a recommandé aux États Membres d'examiner la stratégie régionale de prévention et de lutte en vue de l'adopter en fonction du contexte, de leurs besoins et des impératifs de leur système de santé.[1]

Stratégie régionale sur le renforcement de la formation théorique et pratique des personnels de santé

53. Le Comité a souligné qu'il est urgent d'améliorer la quantité et la qualité des personnels de santé dans la Région. Il a fait observer que les lignes directrices standard sur les ressources humaines pour la santé devaient être adaptées à la situation des pays, à la lumière des contraintes (par exemple les difficultés géographiques que présente la distribution des personnels) et en tenant compte des situations où les résultats sanitaires effectifs sont meilleurs que ce que laissaient attendre les indicateurs pour les personnels de santé, assez médiocres.[2]

Nutrition et sécurité sanitaire des aliments dans la Région de l'Asie du Sud-Est

54. Le Comité s'est résolument engagé à améliorer l'état nutritionnel de la population. Des interventions multisectorielles de vaste portée ciblant les nourrissons, les jeunes enfants, les adolescents et les mères ont été mises en œuvre dans les États Membres.

Fonds d'urgence régional pour la santé en Asie du Sud-Est

55. Le Comité a noté que, depuis son lancement, le Fonds d'urgence régional pour la santé en Asie du Sud-Est (SEAHREF) a financé l'action face à 24 catastrophes dans neuf États Membres de la Région. Il a salué les efforts consentis par le Bureau régional pour trouver comment affecter les fonds du SEAHREF à un volet de contributions volontaires, de sorte que le solde de fin d'exercice biennal puisse être reporté à l'exercice suivant.

Défis liés à l'éradication de la poliomyélite

56. Le Comité a noté que la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite a certifié la Région exempte. Il s'agit d'une formidable avancée pour la santé publique compte tenu des défis immenses auxquels le programme est confronté dans cette Région. Ce résultat n'aurait jamais été possible sans les efforts considérables déployés par l'ensemble des pays, la résilience et le dévouement des agents de santé, et le soutien sans faille des organismes partenaires.

[1] Résolution SEA/RC67/R5.

[2] Résolution SEA/RC67/R6.

2012, année de l'intensification de la vaccination systématique dans la Région de l'Asie du Sud-Est : cadre pour accroître et maintenir la couverture

57. Le Comité a pris note des recommandations issues de la Réunion préparatoire de haut niveau tenue au Bureau régional en juillet 2014. Il a relevé que les États Membres ont une longue expérience des programmes de vaccination et s'efforcent activement de consolider les services de vaccination systématique. Il a également estimé qu'il fallait en faire plus pour pérenniser les acquis obtenus dans nombre de pays, notamment au bénéfice des populations mal desservies, et que des efforts constants étaient nécessaires pour mobiliser des soutiens internes et externes en vue de renforcer les services de vaccination et de faire en sorte qu'il restent de grande qualité.

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

58. Le Comité a examiné les progrès accomplis dans l'application de la résolution SEA/RC65/R3 sur le Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (CEWG). Cette résolution était le produit de consultations nationales et régionales sur le rapport du CEWG présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012.[1] Le Comité a recommandé de donner suite à la proposition d'observatoire mondial de la recherche-développement en santé et d'étudier les mécanismes de financement au profit des États Membres de la Région. Il a également engagé l'OMS à achever les derniers projets pilotes, « Test de dépistage multiplexé des affections fébriles aiguës sur le lieu des soins » et « Mise au point d'un vaccin contre la dengue ».

Troubles du spectre autistique et handicaps de développement

59. Le Comité a appris que les États Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est reconnaissent progressivement la nécessité de promouvoir des mesures coordonnées plus solides, dans la Région et à l'échelle mondiale, en vue d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique ou d'autres troubles du développement. Malgré les progrès accomplis, le Comité a noté qu'il fallait traiter plusieurs problèmes, notamment la méconnaissance des troubles du spectre autistique (qui explique les faibles ressources affectées à la mise en œuvre des programmes), et le fait que les décideurs politiques et les responsables de la planification de l'action sanitaire n'accordent pas la priorité nécessaire à cette question. L'absence de données fiables entrave l'élaboration de stratégies et programmes régionaux et nationaux.

Plan d'action régional et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)

60. Le Comité a pris note des recommandations faites à la Réunion préparatoire de haut niveau sur le Plan d'action et les cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020). Il a reconnu la charge croissante des MNT et pris note des initiatives nationales majeures présentées par les représentants des États Membres.

[1] Document A65/24.

Programmes spéciaux

61. Le Comité régional a nommé les Maldives membre du Conseil conjoint de coordination (JCB) du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, pour un mandat de trois ans débutant le 1er janvier 2015. Il a également nommé l'Indonésie membre du Comité Politiques et coordination (PCC) du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, pour un mandat de trois ans débutant le 1er janvier 2015. Le Comité a également pris note de la déclaration du Myanmar qui souhaiterait représenter la Région en qualité de membre du PCC du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, pour le mandat débutant le 1er janvier 2015. Le Comité a prié le Directeur régional de transmettre la demande du Myanmar au Siège de l'OMS.

Soixante-quatrième session du Comité régional de l'Europe (Copenhague, Danemark, 15-18 septembre 2014)

Rapport de synthèse du Président (Nick Hækkerup, Ministre de la santé, Danemark)[1]

62. La soixante-quatrième session du Comité régional OMS de l'Europe s'est tenue à la cité des Nations Unies à Copenhague, au Danemark, du 15 au 18 septembre 2014, avec la participation de représentants de 53 pays de la Région ainsi que de représentants des partenaires.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

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

63. Le Secrétariat a fait une présentation générale de l'impact de la réforme de l'OMS sur le travail du Bureau régional, présentant l'avant-projet de budget programme mondial 2016-2017, y compris la perspective régionale et le processus de planification ascendante, et expliquant qu'une proposition actualisée de méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires serait communiquée aux États Membres d'ici mi-décembre 2014. Des informations ont également été communiquées sur les mesures prises en vue d'élaborer un cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Les membres du Comité permanent du Comité régional OMS de l'Europe (CPCR) ont donné des informations sur les travaux des sous-groupes du CPCR concernant la réforme de la gouvernance et l'allocation stratégique des ressources.

64. Les représentants, tout en appuyant vigoureusement les progrès accomplis jusqu'à aujourd'hui dans le processus de réforme, ont souligné qu'il faut se concentrer sur les domaines dans lesquels les avancées ont été limitées. La réforme des méthodes de travail du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé revêt une importance particulière, et il faut s'attacher à cet égard à fixer clairement les priorités et à ce que les réunions portent sur des problèmes intéressant l'ensemble des 194 États Membres. La flambée actuelle de maladie à virus Ebola n'a que trop clairement montré que l'OMS doit être en mesure de réagir de manière rapide, flexible et exhaustive face aux nouveaux problèmes.

Projet de budget programme 2016-2017

65. L'avant-projet de budget programme 2016-2017 a été accueilli favorablement, et le processus de planification ascendante a fait l'objet de commentaires élogieux. Des explications supplémentaires ont cependant été demandées sur la manière dont les priorités sont appréhendées aux différents niveaux de l'Organisation et sur la façon dont le processus de planification sera appliqué dans les pays avec lesquels une stratégie de coopération n'a pas été mise en place. Davantage de dispositions devront être prises en ce qui concerne la gestion des risques et le contrôle interne au titre de la catégorie 6, et il faudra réaliser des économies et améliorer l'efficience afin de compenser l'augmentation du budget pour les coûts de gestion et d'administration. Un projet de budget programme 2016-2017 présentant un calcul normalisé du coût des produits devrait être envoyé aux États Membres avant la prochaine session du Conseil exécutif en janvier 2015. Certains se sont inquiétés de la réduction envisagée dans le budget pour les activités liées à l'environnement et à la santé, d'une part, et aux maladies transmissibles et aux flambées, d'autre part.

[1] Le rapport intégral de la session est disponible à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/262618/64rp00e_RC64report_pictureless_140754.pdf?ua=1.

Allocation stratégique des volants budgétaires

66. Concernant l'allocation stratégique des volants budgétaires, le sous-groupe du CPCR sur l'allocation stratégique des ressources a proposé des principes directeurs et des critères pour chacun des quatre segments opérationnels de l'action de l'OMS, en vue de soutenir les activités du groupe de travail mondial. Il faudrait que la prochaine réunion du groupe de travail, en novembre 2014, permette d'élaborer un mécanisme concret d'allocation stratégique des volants budgétaires, que l'on pourra mettre à l'essai avec des crédits effectivement alloués. Les représentants des États Membres ont reconnu les problèmes potentiels que la préparation de l'avant-projet de budget programme 2016-2017 présente puisque les implications d'une catégorisation du budget par segments opérationnels n'ont pas été étudiées de manière approfondie. Il faudrait prendre le temps nécessaire pour se concerter avec les États Membres et élaborer un modèle flexible d'allocation des volants budgétaires de sorte à trouver une solution considérée comme juste par toutes les Régions.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

67. Les représentants se sont félicités des efforts déployés pour accroître la transparence du travail de l'OMS avec ses partenaires. Les acteurs non étatiques ont souvent apporté à l'Organisation d'importantes contributions volontaires à objet non désigné, et leur participation aux efforts déployés face à des problèmes sanitaires complexes devrait permettre de mieux tirer parti des connaissances et du savoir-faire, donnant à l'OMS la possibilité de collaborer avec tous les acteurs sur la scène mondiale de la santé. Le projet de cadre devrait être adopté, mais il faudrait qu'il reste flexible et puisse être révisé ultérieurement. Le Comité régional a adopté la déclaration suivante sur la position des États Membres de la Région européenne concernant le projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques :

> « L'OMS et sa bonne réputation nous sont précieux, et nous, les États membres de la Région européenne, collaborerons avec assiduité et attention avec le Secrétariat pour nous assurer qu'il reste utile et efficace au XXI^{e} siècle. À cette fin, nous souvenant de notre empressement à l'adopter durant la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, nous exhortons vivement à adopter le projet de cadre de collaboration avec des acteurs non étatiques à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2015.
>
> Nous reconnaissons que certaines améliorations pourraient être apportées, dans le but de clarifier davantage, notamment dans les domaines suivants :
>
> - la gestion des conflits d'intérêts ;
> - le processus d'évaluation et son calendrier.
>
> Nous déconseillons fortement de tenter de perfectionner chaque détail, préférant plutôt commencer à travailler, en faisant confiance aux organes directeurs qui auront la sagesse de superviser le fonctionnement du cadre dans la pratique et de continuer à l'améliorer.
>
> Nous attendons avec intérêt de recevoir le cadre amendé pour le 15 décembre 2014, et demandons au Secrétariat d'aborder cette question lors de la réunion d'orientation prévue pour la mi-décembre 2014 avec accès pour les États Membres via le Web. »

Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015

68. Le projet de stratégie mondiale pour l'après-2015 a été présenté au Comité régional. Le Secrétariat a indiqué que la Région européenne est en bonne voie pour obtenir le statut de Région exempte de paludisme en 2015. Le Bureau régional prête son concours aux États Membres dans leurs efforts d'élimination tout en veillant à ce que la maladie ne soit pas réintroduite à l'avenir.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Santé 2020

69. Le Secrétariat a décrit les mesures prises pour mettre en œuvre Santé 2020 dans la période 2012-2014, y compris le travail mené avec les pays pour actualiser leurs politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux, ainsi que les activités de renforcement des capacités et de soutien, qui ont permis de sensibiliser à Santé 2020 et aux recommandations tirées des travaux de recherche du Bureau régional. Il a été noté qu'une approche flexible serait nécessaire pour faire en sorte que Santé 2020 puisse être mis en œuvre dans tous les États Membres de la Région, quelle que soit la situation de départ, en se servant de cadres cohérents et d'approches globales. Le Bureau régional a également collaboré avec les hauts responsables et un large éventail de partenaires en vue de soutenir la mise en œuvre dans les pays. Le CPCR a créé un sous-groupe sur Santé 2020 pour examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre. Le sous-groupe s'est félicité du leadership dont a fait preuve le Bureau régional et de l'ampleur des activités menées par celui-ci et il a souligné qu'il fallait instaurer le dialogue avec d'autres secteurs.

70. Les représentants ont salué les activités entreprises par le Bureau régional et ont exprimé leur gratitude pour le soutien dont ils ont bénéficié, lequel a pris de nombreuses formes. Santé 2020 a été mis en œuvre de différentes manières et suivant différentes priorités, selon les circonstances nationales. Plusieurs exemples de réussite ont été mis en exergue, y compris le travail accompli pour combattre les inégalités et agir sur les déterminants de la santé et la création de comités intersectoriels nationaux. De toute évidence, Santé 2020 s'est imposé comme un cadre indispensable pour améliorer les résultats sanitaires et accroître l'efficacité des institutions de la Région européenne, permettant d'effectuer une transformation qualitative des politiques de santé publique. De nouvelles formes intéressantes de partenariat, d'échange et de coopération ont été mises en place et il a donc été convenu que le temps était venu d'organiser une conférence en vue d'examiner la mise en œuvre de Santé 2020 avec les parties prenantes de tous les secteurs et à tous les niveaux des pouvoirs publics.

Investir dans l'enfance : la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 et le Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020[1]

71. Le Secrétariat a présenté la vision de la Stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents 2015-2020 : il s'agit de faire en sorte que les enfants soient pris en compte par les décideurs politiques, vivent avec leur famille en ayant accès aux soins de santé et à l'éducation, et acquièrent les aptitudes de vie dont ils ont besoin pour fonctionner efficacement dans la société. Le Plan d'action européen pour la prévention de la maltraitance des enfants 2015-2020 vise à mieux faire connaître les effets de la maltraitance des enfants ; à renforcer la gouvernance pour sa prévention au

[1] Résolution EUR/RC64/R6.

moyen de partenariats et d'une action multisectorielle ; et à réduire les risques de maltraitance en améliorant la législation en matière de protection de l'enfance et en formant davantage les professionnels de la santé. La cible consiste à faire baisser de 20 % le niveau annuel des homicides d'enfants d'ici 2020. La Stratégie et le Plan d'action, qui ont été préparés dans le cadre d'une vaste concertation avec les États Membres et les partenaires, insistent sur l'importance du développement dans la petite enfance et couvrent des domaines clés prioritaires de la santé de l'enfant.

72. Les représentants ont accueilli favorablement la Stratégie et le Plan d'action et salué le vaste processus de consultation qui a présidé à leur élaboration. Ils ont souligné l'importance de l'investissement dans la santé de l'enfant et de l'adolescent et d'une collaboration systématique entre les secteurs et les professions, et mis en relief qu'un suivi complet du bien-être de l'enfant était un modèle organisationnel important qui méritait d'être inclus au Plan d'action.

Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020[1]

73. Le Secrétariat a présenté le Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020, qui a été élaboré dans le cadre d'une vaste consultation avec les États Membres et la société civile et qui est en harmonie avec les processus mondiaux sur les maladies non transmissibles et la nutrition et avec le Plan d'action contre l'obésité de l'enfant de l'Union européenne. Les principaux objectifs du plan sont les suivants : instaurer des environnements propices à la consommation d'aliments et de boissons sains ; faire valoir les bienfaits procurés par une conduite alimentaire saine tout au long de l'existence, notamment chez les groupes les plus vulnérables ; renforcer les systèmes de santé pour promouvoir une alimentation saine ; renforcer la surveillance, le suivi, l'évaluation et la recherche ; et renforcer la gouvernance, les alliances intersectorielles et les réseaux pour favoriser l'adoption d'une stratégie d'intégration de la santé dans toutes les politiques.

74. Les participants ont appuyé le Plan d'action et souligné combien l'accès des enfants à des options alimentaires et à un environnement alimentaire sains, d'une part, et la mise en place précoce d'habitudes alimentaires saines, d'autre part, sont importants. Ils ont salué le processus de consultation ouvert qui a joué un rôle clé dans l'élaboration du Plan d'action et demandé qu'il soit tenu compte des contextes nationaux. Il a été estimé que le Plan d'action est particulièrement opportun compte tenu de la lourde charge des MNT et puisque la mauvaise alimentation est l'un des principaux facteurs de risque modifiables associés aux MNT, qui appelle des mesures complètes et intégrées dans un large éventail de domaines au moyen d'une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et reposant sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020[2]

75. Le Secrétariat a présenté le Plan d'action européen pour les vaccins 2015-2020, qui a pour objet de concrétiser l'idéal suivant : une Région européenne libérée des maladies à prévention vaccinale, où tous les pays donnent équitablement accès à des vaccins et des services de vaccination de qualité, sûrs et abordables, et ce à toutes les étapes de la vie. Six buts y sont proposés : maintenir la Région exempte de poliomyélite, éliminer la rougeole et la rubéole, combattre l'infection par le virus de l'hépatite B, atteindre les cibles régionales pour la couverture vaccinale à tous les échelons des pouvoirs publics, prendre des décisions fondées sur des bases factuelles concernant l'introduction de nouveaux vaccins et parvenir à la viabilité financière des programmes nationaux de vaccination.

[1] Résolution EUR/RC64/R7.

[2] Résolution EUR/RC64/R5.

[2] Résolution EUR/RC64/R4.

76. Les représentants ont accueilli favorablement le Plan d'action, soulignant qu'il était important d'assurer un engagement politique en faveur des programmes de vaccination, ainsi qu'un financement adéquat. Les programmes de vaccination devraient cibler les groupes difficiles à atteindre, et il faudrait s'efforcer de sensibiliser davantage le public à l'innocuité de la vaccination et à ses bienfaits, en utilisant des stratégies de communication ciblées incluant les groupes opposés à la vaccination. Il faudrait se fonder sur des bases factuelles pour élaborer les politiques nationales de vaccination et renforcer les systèmes de suivi et de surveillance.

Partenariats pour la santé dans la Région européenne de l'OMS

77. Une table ronde a été organisée durant laquelle les participants ont mis en relief l'exceptionnelle diversité économique de la Région européenne de l'OMS. Des difficultés propres aux pays ont entravé les progrès vers les objectifs du Millénaire pour le développement. Des disparités considérables demeurent entre les pays et en leur sein, et de nombreux pays ne profitent pas des bienfaits apportés par les avancées qui ont été réalisées. Il faudrait agir de manière coordonnée sur les déterminants sociaux. Un groupe de travail interinstitutions sur les MNT et les déterminants sociaux de la santé a été créé pour soutenir les pays à cet effet. Il faudrait également prêter main-forte aux pays pour collecter des données fiables et ventilées et pour recenser et combler les carences de développement.

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 (Achgabat, Turkménistan, 3 et 4 décembre 2013)[1]

78. Le Comité régional a été informé qu'à la Conférence ministérielle sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, l'accent a également été porté sur les liens entre les déterminants sociaux de la santé et les maladies non transmissibles. Une attention particulière a été donnée au tabagisme, dont la prévalence est particulièrement marquée dans la Région européenne, en dépit de taux élevés de ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le Chef du Secrétariat de la Convention a pris la parole devant le Comité régional et encouragé tous les États Membres qui ne l'ont pas encore fait à signer et ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Les États Membres se sont félicités de l'adoption de la Déclaration d'Achgabat et se sont de nouveau engagés à faire en sorte que les maladies non transmissibles demeurent une priorité de santé publique puisqu'elles sont l'une des principales menaces pour la pérennité des systèmes de santé.

[1] Résolution EUR/RC64/R4.

Questions soulevées par les résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif

Catégorie 1 : maladies transmissibles

Hépatite

79. Le Secrétariat a demandé au Comité régional de faire connaître ses vues sur l'hépatite virale, dans la perspective de l'élaboration d'une stratégie mondiale sur ce sujet. Le Comité régional a été informé que l'OMS recueille des informations sur les prix et négocie avec l'industrie pharmaceutique en vue de réduire le coût des médicaments contre l'hépatite. Plusieurs mesures ont été prises pour combattre la lourde charge de l'hépatite dans la Région européenne, y compris la création d'un centre collaborateur de l'OMS sur le VIH et l'hépatite à l'Université de Copenhague.

Catégorie 2 : maladies non transmissibles

80. Le Secrétariat a présenté les résultats de la deuxième Réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles de l'Assemblée générale des Nations Unies. Le Bureau régional et les États Membres de la Région européenne ont apporté des contributions importantes au document final de la Réunion de haut niveau. Il a été relevé que le débat au sein de la Région européenne concernant la collaboration avec les acteurs non étatiques aura des répercussions sur la suite donnée au document final et que des orientations de l'Assemblée mondiale de la Santé sont attendues à ce sujet.

Catégorie 5 : préparation, surveillance et intervention

Résistance aux antimicrobiens

81. Les principaux volets du plan d'action mondial contre la résistance aux antimicrobiens, y compris la résistance aux antibiotiques, ont été présentés, et une vidéo concernant la conférence ministérielle sur la résistance aux antimicrobiens, tenue aux Pays-Bas en juin 2014, a été projetée. Il a été indiqué que d'autres réunions devraient se tenir plus tard dans l'année, avant la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en 2015, et que la consultation en ligne qui sera lancée en janvier 2015 permettra de contribuer à l'élaboration du plan d'action mondial. Les représentants des États Membres ont salué le travail accompli pour élaborer le plan d'action mondial suivant l'adoption de la résolution WHA67.25. Ils ont souligné qu'il fallait des cibles et des objectifs clairs et mesurables, assortis d'une série d'indicateurs, pour suivre et évaluer la mise en œuvre du plan. Les représentants prévoyant d'accueillir ou d'organiser conjointement, ultérieurement en 2014, des réunions sur la résistance aux antimicrobiens ont donné des informations sur les buts poursuivis.

Flambée de maladie à virus Ebola

82. Le Sous-Directeur général, Sécurité sanitaire, a présenté la situation de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique, soulignant qu'il fallait s'attacher d'urgence à améliorer la coordination du soutien disponible et à prendre les devants en faisant en sorte que les pays voisins de ceux touchés soient prêts à combattre l'épidémie. L'OMS cherche des solutions aux problèmes liés à l'isolement des sujets infectés et à la recherche des contacts et s'efforce d'accélérer la mise à disposition des médicaments et des vaccins.

83. Les représentants des États Membres ont déclaré que, parallèlement à son travail crucial de lutte contre la flambée, l'OMS doit accorder l'attention qu'il convient à la communication. Partout, on attend de l'OMS qu'elle dirige les efforts déployés face à l'urgence de santé publique causée par la flambée épidémique, lesquels devraient inclure des mesures destinées à traiter ses implications à long terme, y compris les défaillances du marché en matière de recherche-développement.

Règlement sanitaire international (2005)

84. Le Secrétariat a indiqué que seuls neuf États Parties de la Région européenne ont demandé une prolongation pour l'obtention des principales capacités requises pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005). L'application du RSI ne devrait pas s'arrêter à la mise en place des principales capacités requises car il s'agit plutôt d'un processus d'amélioration continue. Les représentants se sont félicités du principe d'une consultation régionale sur l'utilisation accélérée du RSI, mais ils ont précisé qu'elle demanderait beaucoup de temps et devrait être menée par voie électronique. Le document de consultation révisé devrait être disponible dans toutes les langues de travail de la Région européenne de l'OMS.

Éradication de la poliomyélite

85. Le Comité régional a été informé que, compte tenu de l'aggravation de la situation dans certains pays, le Directeur général a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Le représentant du seul État Partie européen infecté a indiqué que, dans son pays, le poliovirus sauvage a été détecté dans des eaux usées, grâce à un système de surveillance très sophistiqué, et qu'aucun échantillon environnemental ne s'est révélé positif depuis la fin mars 2014. La surveillance a été maintenue, des campagnes de vaccination sont menées et le vaccin antipoliomyélitique oral a été réintroduit dans la vaccination systématique.

Soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (Tunis, Tunisie, 20-22 octobre 2014)

Rapport de synthèse du Président (Dr Mohamed Saleh Ben Ammar, Ministre de la santé, Tunisie)

86. La soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue à Tunis, en Tunisie, du 20 au 22 octobre 2014. Vingt membres du Comité régional étaient représentés. La République arabe syrienne et le Yémen n'étaient pas représentés. Des observateurs d'autres organismes des Nations Unies et organisations intergouvernementales et non gouvernementales ont également assisté aux débats.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Projet de budget programme 2016-2017

87. Les Membres ont examiné et appuyé les efforts accomplis pour améliorer l'impact de la réforme de l'OMS au niveau des pays, lesquels ont consisté à renforcer l'approche ascendante de la planification budgétaire, à ancrer le budget dans les plans et stratégies sanitaires nationaux et à prolonger la phase de planification par les pays. Le Comité régional a salué les efforts consentis par le Directeur régional pour transférer les ressources depuis la Région vers les pays. Il a appelé les États Membres à s'engager pleinement dans le débat en cours sur le processus de réforme de l'OMS, compte tenu de l'impact qu'il a sur les programmes des pays, et à plaider auprès du Conseil exécutif lors de sa cent trente-sixième session et auprès de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé pour augmenter de manière importante la proportion du budget allouée au segment consacré au soutien technique aux pays.[1]

Allocation stratégique des volants budgétaires

88. Lors de ses discussions, le Comité a noté que les volants et le plafond budgétaires devraient être plus flexibles pour que l'on puisse s'adapter à l'ensemble des ressources disponibles et assurer une mise en œuvre sans heurts. Le Comité a prié le Directeur régional de rendre compte à sa prochaine session des obstacles qui ont entravé l'application de la résolution EM/RC59/R.6 (2012), dans laquelle le Comité avait demandé une augmentation du budget total de l'OMS, en particulier des contributions fixées.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

89. Le Comité a appuyé la nécessité d'avoir des lignes directrices générales concernant l'interaction de l'OMS avec des acteurs non étatiques. Il a pris note de l'engagement des États Membres de la Région à contribuer à l'amélioration du cadre, y compris à ses composantes « suivi » et « évaluation ». Les domaines à améliorer devraient porter sur la gestion des conflits d'intérêts, la clarification des limites, en particulier avec le secteur privé et les entreprises associées, la définition des acteurs, l'acceptation de dons de produits pharmaceutiques et les transferts de technologie.

[1] Résolution EM/RC61/R.1.

Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015

90. Ce point ne figurait pas à l'ordre du jour.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Sécurité sanitaire mondiale – enjeux et opportunités – axée plus particulièrement sur le Règlement sanitaire international (2005)

91. Le Comité a reconnu que des événements épidémiologiques récents, comme les flambées épidémiques du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et de la maladie à virus Ebola, ont mis en relief l'importance du RSI pour la sécurité sanitaire mondiale, régionale et nationale. Il a fait part de sa préoccupation concernant le manque de préparation des États Parties de la Région face aux menaces émergentes qui pèsent sur la sécurité sanitaire, comme en témoignent les graves lacunes du point de vue des principales capacités requises pour l'application du RSI. Les Membres ont indiqué qu'ils prennent au sérieux le dernier délai auquel ils doivent être prêts à appliquer le RSI, fixé en 2016, mais noté que, dans certains pays, la complexité des situations locales continue d'entraver les progrès vers l'obtention des principales capacités requises. Le Comité régional a invité instamment les États Membres à s'engager formellement à atteindre la cible de 2016 dans le contexte de la sécurité sanitaire mondiale, à faire de l'application du RSI l'une des priorités nationales au plus haut niveau, à garantir une coordination intersectorielle solide, à renforcer la collaboration transfrontalière et à procéder de toute urgence à l'évaluation des capacités de prise en charge d'une importation potentielle de maladie à virus Ebola.[1]

Préparation aux situations d'urgence et action d'urgence

92. Le Comité a examiné la situation de la préparation aux situations d'urgence et de l'action d'urgence. Il a exprimé son inquiétude quant à l'ampleur des crises et des situations d'urgence dans la Région et le manque de mesures adaptées pour s'y préparer et de moyens pour organiser l'action d'urgence. Il a demandé instamment aux États Membres d'agir dans plusieurs domaines en vue de renforcer la capacité des systèmes de santé à prévenir les situations d'urgence, en atténuer les effets, s'y préparer et organiser l'action d'urgence et le relèvement, y compris au moyen du suivi, du renforcement des capacités techniques et en établissant et testant des accords interpays pour l'assistance mutuelle. Il a également exhorté les États Membres à contribuer au Fonds de solidarité d'urgence en y allouant au minimum 1 % du budget de pays de l'OMS, et à contribuer à la mise en place d'un centre logistique régional et au renforcement du cadre national d'experts en vue d'un déploiement rapide dans les situations d'urgence.[2]

[1] Résolution EM/RC61/R.2.

[2] Résolution EM/RC61/R.1.

Maladies non transmissibles : mise en œuvre de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies et suivi de la Réunion de haut niveau de juillet 2014

93. Le Comité a discuté des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration politique au moyen du cadre d'action régional qu'il a adopté à sa cinquante-neuvième session. Il a noté que des lacunes importantes subsistaient dans la mise en œuvre, et examiné et adopté un cadre d'action mis à jour, y compris des indicateurs de processus permettant un suivi plus étroit à cet égard. Il a invité instamment les États Membres à accélérer et intensifier la mise en œuvre des interventions stratégiques figurant dans le cadre mis à jour, et en particulier à mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants. Il a prié le Conseil exécutif, à sa cent trente-sixième session, d'inviter le Directeur général à élaborer un ensemble d'indicateurs de processus, pour examen par l'Assemblée mondiale de la Santé, afin d'évaluer les progrès accomplis au niveau national dans la mise en œuvre de la Déclaration politique, qui permettrait au Secrétaire général des Nations Unies et au Directeur général de faire rapport à l'Assemblée générale lors de sa prochaine réunion de haut niveau en 2018. Il a également prié le Directeur régional d'organiser une réunion spéciale lors de la prochaine session du Conseil exécutif et de la prochaine Assemblée mondiale de la Santé pour informer les États Membres sur le cadre d'action mis à jour et les indicateurs de processus adoptés par le Comité régional.[1]

Renforcement des systèmes de santé pour la couverture sanitaire universelle

94. Le Comité a examiné les progrès accomplis dans la mise en œuvre des stratégies de renforcement des systèmes de santé adoptées à sa cinquante-neuvième session, y compris la feuille de route régionale pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Le Comité a réaffirmé son engagement à travailler à l'instauration de la couverture sanitaire universelle sur la base des valeurs et des principes des soins de santé primaires et du droit à des services de santé de qualité et abordables au plan économique, en adoptant une approche multisectorielle. Il a invité les États Membres à envisager de mettre en œuvre le cadre d'action régional en vue de faire progresser la couverture sanitaire universelle dans la Région et d'élaborer et mettre en œuvre une feuille de route nationale sur la couverture sanitaire universelle sur la base du cadre d'action régional.[2]

Renforcer les systèmes d'information sanitaire

95. Le Comité a discuté des systèmes d'information sanitaire, notant que la plupart des pays n'effectuent pas un suivi régulier des déterminants et risques sanitaires, ne font pas de rapports complets et précis sur les causes de mortalité et n'évaluent pas correctement la couverture des interventions et la performance des systèmes de santé. L'approche régionale est axée sur l'amélioration des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil, en particulier sur le renforcement des statistiques par cause de mortalité et sur la définition des grandes composantes d'un système d'information sanitaire national et des aspects à suivre pour chacune d'elles. Le Comité a pris note des progrès accomplis dans l'évaluation des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques de l'état civil et dans l'élaboration d'une liste d'indicateurs de base. Il a approuvé un cadre régional et des indicateurs de base et appelé les États Membres à mettre en œuvre le cadre et à rendre compte régulièrement au sujet des indicateurs de base à compter de 2015.[2]

[1] Résolution EM/RC61/R.3.

[2] Résolution EM/RC61/R.1.

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

96. À sa soixantième session, le Comité régional avait examiné un rapport du Secrétariat sur les résolutions adoptées de 2000 à 2011, dont le but était de veiller à ce que les résolutions futures répondent aux enjeux de santé publique régionaux et soient conformes aux orientations stratégiques régionales. Prenant note des décisions du Conseil exécutif sur la réforme de la gouvernance, le Comité avait 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 retirées. Suivant la recommandation du comité ad hoc, le Comité régional a décidé de retirer 79 résolutions et d'introduire un mécanisme de responsabilisation afin d'effectuer le suivi des résolutions actives et de rendre compte régulièrement de leur mise en œuvre. Il a également décidé d'étendre le processus d'examen à la période 2011-2014 et d'envisager d'inclure la période 1990-2000.[1]

[1] Décision N° 3.

Soixante-cinquième session du Comité régional OMS du Pacifique occidental, Manille, Philippines, 13-17 octobre 2014

Rapport de synthèse du Président (Dr Enrique T. Ona, Ministre de la santé, Philippines)

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Projet de budget programme 2016-2017

97. Le projet de budget programme 2016-2017 a été présenté au Comité régional en expliquant que le choix a été fait de privilégier le réalisme. Les enveloppes de certains programmes ont été renforcées tandis que d'autres ont été proportionnellement réduites, le raisonnement étant que l'OMS n'était pas la seule partie prenante dans ces domaines et que ses ressources seraient plus utilement affectées à l'élaboration des politiques et aux aspects techniques. La ventilation des ressources entre les Régions n'a pas été modifiée.

98. Des représentants ont déclaré que le projet de budget programme 2016-2017 devrait permettre d'améliorer la prévisibilité et la transparence de la mise en œuvre des programmes, et noté l'évolution des priorités programmatiques. Nombre de représentants ont accueilli avec satisfaction l'intention qui a été exprimée de renforcer la prise en main des programmes par les pays et de consolider les systèmes de gestion financière nationaux. Plusieurs se sont inquiétés de la diminution du budget des maladies transmissibles tout en acceptant la logique de cette décision.

99. Un représentant a noté et approuvé l'intention de mettre en œuvre des programmes similaires à différents niveaux de l'Organisation, mais averti que les principaux produits attendus à chaque niveau devraient être recensés pour garantir la continuité et la mesurabilité du produit final. Un autre a exhorté le Secrétariat à demander une augmentation des contributions volontaires ou à trouver de nouveaux donateurs, et à entamer un dialogue avec les autres organismes des Nations Unies afin d'assurer l'unité d'action dans le domaine de la santé.

100. Des représentants ont déclaré qu'il était important qu'un cadre de suivi et d'évaluation rigoureux soit mis en place avant le nouvel exercice biennal, et que des outils de suivi et d'évaluation devraient être mis à disposition pour aider les pays à rendre compte de la mise en œuvre des activités. De même, ils ont estimé que des indicateurs mesurables étaient importants pour mieux mettre en évidence l'impact de l'Organisation sur les prestations de santé publique. Un représentant a proposé d'utiliser les résultats de l'exercice biennal 2014-2015 pour élaborer les indicateurs d'évaluation des impacts, réalisations et produits pour 2016-2017 ; des informations plus complètes sur ces indicateurs devraient être communiquées aux États Membres.

101. Un représentant a dit que le Bureau régional devrait expliquer comment il entend travailler avec le Siège et les bureaux de pays pour coordonner la mobilisation des ressources. Davantage d'informations devraient être communiquées sur la manière dont la planification ascendante a servi à établir l'avant-projet de budget programme, étant donné en particulier que le financement de base de la Région est resté stable depuis 2014-2015.

102. Il a été demandé au Secrétariat de faire rapport sur les progrès accomplis en vue de déterminer le coût total des produits et des prestations, c'est-à-dire de chiffrer le soutien technique, y compris du point de vue administratif et gestionnaire. Il lui a également été demandé d'expliquer le mécanisme utilisé dans la Région pour adapter les catégories de fonds programmatiques à l'évolution des priorités des bureaux de pays telles que mises en évidence par la planification ascendante. Il a été noté que le projet de budget programme ne contenait pas de commentaire explicite sur l'impact des décisions adoptées durant l'exercice biennal précédent.

103. Les représentants ont recommandé qu'une importance accrue soit donnée à plusieurs domaines comme : les infrastructures sanitaires dans les communautés insulaires isolées ; les lourdes conséquences du changement climatique sur les systèmes de soins ; les services institutionnels, la vérification et l'évaluation ; les travailleurs migrants et le lien entre le commerce et la santé ; la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques ; et la nécessité de mobiliser d'autres secteurs et de les inciter à travailler avec celui de la santé, étant donné que de nombreux problèmes de santé sont d'origine extérieure.

104. Le Comité régional a adopté la résolution WPR/RC65.R1.

Allocation stratégique des volants budgétaires

105. Au nom de la Région du Pacifique occidental, la Malaisie a participé au groupe de travail créé par le Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle méthodologie d'allocation stratégique des ressources. Les États Membres ont été invités à examiner l'approche proposée en vue de l'améliorer et de la présenter au Comité du programme, du budget et de l'administration en janvier 2015.

106. Les représentants ont adopté la méthodologie d'allocation stratégique des volants budgétaires, l'estimant juste et transparente, et ont généralement estimé que la segmentation des activités de l'Organisation est facile à comprendre et que les éléments recensés par le groupe de travail étaient des points utiles pour les discussions en cours. La méthodologie proposée est suffisamment flexible pour réaffecter le financement si nécessaire. Un représentant a dit que le coût des produits devrait être établi de manière réaliste, et qu'il faudrait définir plus précisément les rôles et les responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

107. Les représentants ont adopté le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques comme outil pour donner à l'OMS la flexibilité nécessaire pour travailler avec les acteurs de l'action sanitaire mondiale de tous les secteurs tout en protégeant son intégrité en tant qu'institution mondiale chargée de la fixation des normes en matière de santé. Par exemple, pour autant que des garde-fous adaptés soient en place, l'OMS devrait pouvoir collaborer avec le secteur privé, en sa capacité commerciale, pour progresser dans la recherche-développement de nouveaux produits. Il a également été noté que l'OMS était constitutionnellement mandatée pour travailler avec d'autres secteurs dans des domaines comme la nutrition, le logement, l'assainissement, les loisirs et l'hygiène du milieu ainsi que l'élaboration de normes sur les aliments, les produits biologiques et les produits pharmaceutiques. Le concept de neutralité concurrentielle devrait être intégré au cadre. Un processus d'évaluation garantissant une amélioration continue et une surveillance solide et régulière exercée par l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif, et un mécanisme permettant de mettre fin aux relations avec certains acteurs non étatiques, si nécessaire, devraient être des garanties suffisantes pour l'adoption du cadre par l'Assemblée mondiale de la Santé.

108. Un autre représentant a fait observer qu'à la récente réunion régionale de l'Organisation panaméricaine de la Santé, il avait été proposé de créer un bureau spécialement chargé de superviser la mise en œuvre de la politique de collaboration. Ce bureau pourrait non seulement exercer une fonction de surveillance, mais aussi jouer un rôle de facilitation en vue de promouvoir la collaboration et de soutenir activement les efforts déployés par les programmes de l'OMS pour nouer le dialogue avec les acteurs non étatiques, y compris le secteur privé. Les mécanismes utilisés pour recevoir des fonds d'entités du secteur privé devraient être alignés sur les stratégies du secteur de la santé national. Il a été également noté que l'OMS avait des leçons à tirer du succès de certaines initiatives multipartites et de certains partenariats public-privé, et qu'elle pourrait ensuite les porter à la connaissance des États Membres.

Paludisme : projet de stratégie technique mondiale pour l'après-2015

109. Le Comité régional a été informé que l'OMS élabore une stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2030, qui sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé pour adoption en 2015. La stratégie servira de fondement technique au plan d'action mondial de deuxième génération pour la lutte contre le paludisme, qu'élaborera le Partenariat Faire reculer le paludisme. La stratégie et le plan d'action détermineront l'action qui sera menée les dix prochaines années pour combattre et éliminer le paludisme. Les consultations régionales tenues en juin 2014 avec les États Membres et les partenaires ont permis de recueillir un retour d'information utile et des contributions importantes.

110. Les représentants ont noté que l'intensification des échanges internationaux se traduisait par une augmentation du nombre de cas de paludisme importés. Plusieurs ont déclaré que les efforts de lutte nationaux étaient concentrés sur les groupes vulnérables. L'OMS a un rôle à jouer pour renforcer les interventions éprouvées de prévention et de traitement, la surveillance des antipaludiques et les capacités de contrôle de la qualité des médicaments. Le problème de la résistance à l'artémisinine doit être combattu au moyen d'initiatives à l'échelle de la Région ; l'OMS doit continuer d'affirmer son leadership et déployer des efforts concertés avec les États Membres et les partenaires. L'Alliance des dirigeants de l'Asie-Pacifique contre le paludisme et le projet de stratégie technique mondiale pourraient permettre de mobiliser un soutien politique en vue de combattre la résistance à l'artémisinine et d'éradiquer le paludisme de la Région d'ici 2030.

111. Dans ce contexte, un représentant a annoncé qu'un nouvel antipaludique avait été mis au point dans son pays grâce au soutien de l'OMS et de Medicines for Malaria Venture. Le représentant de la Chine a indiqué que l'OMS devrait soutenir la recherche sur les substituts des dérivés de l'artémisinine et recommandé que l'Organisation envisage d'accélérer la préqualification d'antipaludiques efficaces et bon marché fabriqués en Chine.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Santé mentale

112. Le Comité régional a adopté le Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale (2013-2020) dans le Pacifique occidental et invité instamment les États Membres à intégrer la santé mentale dans les plans de santé nationaux ; à élaborer et renforcer des programmes de santé mentale nationaux en se servant du Programme régional ; et à œuvrer avec les partenaires et les parties prenantes en vue d'améliorer la santé mentale dans la Région.[1]

[1] Résolution WPR/RC65.R3.

Initiative pour un monde sans tabac

113. Le Comité régional a approuvé le Plan d'action régional relatif à l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019) et invité instamment les États Membres à s'en servir pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux de lutte antitabac ; à garantir la disponibilité de capacités durables pour combattre le tabagisme ; à continuer d'élaborer des instruments juridiques et des politiques d'application visant à faire respecter les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment des mesures de protection contre toute ingérence de l'industrie du tabac ; et à faire participer différents secteurs de la société à la lutte antitabac. Le Comité régional a prié le Directeur régional de promouvoir la collaboration avec le secteur du commerce et les autres secteurs afin d'appuyer les politiques antitabac face à l'épidémie de maladies non transmissibles.[1]

Résistance aux antimicrobiens

114. Le Comité régional a approuvé le Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental et invité instamment les États Membres à s'en servir pour élaborer des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et à veiller à ce que des ressources humaines et financières suffisantes soient disponibles pour mener une action durable visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens. Le Comité régional a prié le Directeur régional de soutenir l'élaboration d'une plateforme régionale d'échange de données et d'analyses et de promouvoir l'action multisectorielle et la collaboration pour contrôler l'utilisation des antimicrobiens.[2]

Programme élargi de vaccination

115. Le Comité régional a approuvé le Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental et ses objectifs en matière de vaccination et invité instamment les États Membres à mettre en œuvre les stratégies y figurant en vue d'atteindre les objectifs de vaccination et de renforcer les programmes nationaux, et à affecter des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs de vaccination.[3]

Situations d'urgence et catastrophes

116. Le Comité régional a approuvé le Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes et engagé les États Membres à élaborer, mettre à jour et appliquer les mesures nationales prioritaires relatives à la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes, conformément au Cadre, et à collaborer avec l'ensemble des secteurs au renforcement des capacités nationales et des investissements techniques et financiers, de façon à garantir sa mise en œuvre. Le Comité régional a prié le Directeur régional de promouvoir la collaboration et les partenariats pour appuyer la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes.[4]

= = =

[1] Résolution WPR/RC65.R2.

[2] Résolution WPR/RC65.R4.

[3] Résolution WPR/RC65.R5.

[4] Résolution WPR/RC65.R6.