PROCES-VERBAL DE LA HUITIEME SEANCE

Salle A du Palais des Congrès de Kyoto
Vendredi, 20 septembre 2002 à 9 heures

PRESIDENT : Dr Hideo SHINOZAKI (Japon)

TABLE DES MATIERES

page

1. Fonctions essentielles de santé publique : le rôle des ministères de la santé (suite) 220

2. Examen des projets de résolutions 222

   2.1 Paludisme, filariose et autres maladies parasitaires 222
   2.2 Résistance aux antimicrobiens 222
   2.3 Questions d'éthique liées aux évolutions récentes du secteur de la santé 222

3. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional 223

4. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction : composition du comité des politiques et de la coordination 226

5. Dates et lieux des Cinquante-quatrième et Cinquante-cinquième sessions du Comité régional 227

6. Examen des projets de résolutions 227

   6.1 Fonctions essentielles de santé publique 227
   6.2 Dates et lieux des Cinquante-quatrième et Cinquante-cinquième sessions du Comité régional 228

7. Motion de remerciements 228

8. Clôture de la session 229

   ANNEXE Message du directeur adjoint du Bureau de Coopération fonctionnelle, Secrétariat de l'ANASE 231

1. FONCTIONS ESSENTIELLES DE SANTE PUBLIQUE : LE ROLE DES MINISTERES DE LA SANTE (Document WPR/RC53/10) (suite)

Répondant aux questions soulevées lors de la séance précédente, le DIRECTEUR REGIONAL déclare qu'il est impossible de définir un rôle standard des ministères de la santé dans les activités de santé publique, compte tenu des différences entre les systèmes politiques, les cultures et l'histoire des pays. Néanmoins, tous doivent effectivement être responsables de la supervision, de la coordination et de la direction des activités de santé publique et en avoir une vision globale. Un certain nombre de fonctions centrales peuvent certainement être identifiées. Ainsi, ils ne devront pas se décharger sur d'autres (sur le secteur privé par exemple) de la coordination, du suivi et de l'évaluation des services essentiels. De même, les ministères de la santé doivent garantir la sécurité et la qualité des services et développer l'équité et l'égalité. Ils doivent en outre veiller à la répartition équitable des ressources et à la protection des groupes vulnérables. Autre fonction importante, maintenir l'équilibre entre les mesures incitatives et le contrôle du secteur privé. Il ajoute en dernier exemple que tous les ministères de la santé doivent coordonner la lutte contre les flambées de maladies transmissibles.

Plusieurs pays ont fait remarquer que les neuf fonctions essentielles qui ont été identifiées ne doivent pas être considérées comme une liste à suivre obligatoirement. Il explique que le Bureau régional lancera de larges consultations pour affiner ces définitions.

Le CONSEILLER REGIONAL, DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES DE SANTE, répondant également aux questions soulevées, présente une série de diapositives pour illustrer le cadre qui a servi à définir les fonctions essentielles de santé publique. L'objectif était de définir la santé publique en termes concrets. Par le passé, le rôle phare de la santé publique a été défini de différentes façons : lutte contre les maladies, prévention des blessures, protection de la santé, politique publique saine, promotion de la santé, répartition équitable des retombées sanitaires et lutte contre tout ce qui menace la santé publique. La santé publique a également été définie comme l'ensemble des résultats essentiels obtenus devant permettre d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des populations, de réduire les inégalités en santé, d'augmenter les moyens de protéger la santé du public et de réduire le fardeau des maladies aiguës et chroniques. Cependant, ces définitions ne couvraient pas la prestation d'un large éventail de services. Une possibilité consistera à se centrer sur le large éventail des services assurés, que l'on pourra répartir par catégories : services de santé publique offerts à l'ensemble de la population, comme l'éducation sanitaire, services de prévention individuelle comme la vaccination et soins aux individus ayant un impact sur la santé publique, comme le

DOTS pour la tuberculose. Toutefois, l'amélioration des services ne permettra pas d'identifier les lacunes ou l'amélioration de la coordination ou de l'organisation de ces services. C'est pourquoi il est nécessaire d'identifier les activités qui couvrent tous les services : un ensemble d'activités fondamentales qui influent sur les déterminants en santé, protègent la santé des populations et traitent les maladies. Ensuite, il faut identifier les actions requises pour accomplir chaque tâche essentielle. Ces actions peuvent se définir comme des processus collectifs au travers desquels ce qui contribue à la santé publique (personnel et informations) est mis en œuvre pour remplir les fonctions et produire les résultats (programmes et services) qui contribueront à améliorer la situation sanitaire. Quatorze de ces actions ont été recensées : estimer, rechercher, analyser, promouvoir, négocier, intégrer, fixer des priorités, planifier, appliquer, évaluer, communiquer, recueillir et exploiter les bases factuelles, assurer la conformité avec les réglementations et enfin gérer les ressources et prendre les patients en charge. Toutes ces actions peuvent être reliées à des compétences. Ainsi, une série de tâches est associée à l'accomplissement de chacune des fonctions essentielles de santé publique et chaque tâche est associée à un ensemble d'actions spécifiques. Les fonctions essentielles de santé publique se présentent sous trois principaux aspects : administration et gestion, ce qui inclut la capacité à diriger, objectifs stratégiques, constitution de partenariats, méthodes incitatives et production d'informations pour évaluer de quelle façon la santé publique est effectivement assurée, leur caractère multidimensionnel, dans la mesure où toutes les fonctions, tâches et actions ne sont pas toutes nécessaires à tous les niveaux des services de santé et enfin les liens et relations essentiels au sein des secteurs et d'un secteur ou d'un pays à l'autre.

Le cadre a été mis à l'essai dans trois pays : Fidji, la Malaisie et le Vietnam, qu'il remercie de leur coopération.

En réponse au commentaire du représentant de Nouvelle-Zélande qui a affirmé que les services diagnostiques et cliniques doivent être considérés comme des fonctions essentielles, il explique que la liste des fonctions n'est pas exhaustive et pourra être modifiée selon le pays concerné.

Se référant aux commentaires des représentants du Japon et de la Nouvelle-Zélande sur les mécanismes de financement, il explique qu'il faut fixer des limites raisonnables aux fonctions de la santé publique. Il a été décidé de ne pas inclure les mécanismes de financement dans la liste des fonctions essentielles de santé publique car, souvent, ils ne relèvent pas des ministères de la santé. Par contre, il revient aux ministères de la santé de donner des conseils sur les priorités des services de santé financés par l'Etat et sur l'impact,

pour la santé publique, des politiques fiscales. Par ailleurs, il peut se produire que des ministères de la santé se voient chargés d'administrer les systèmes d'assurance maladie. L'éventuel ajout des aspects financiers dans le cadre sera examiné.

A la remarque du représentant des Palaos qui considère que le cadre est trop limité et devrait tenir compte des politiques de développement économique et d'environnement, il répond que les fonctions sont en fait suffisamment larges pour couvrir ces aspects. Le représentant de la République de Corée a soulevé la question de la coordination. Les neuf fonctions ont été définies de façon à être les plus larges possibles et pas simplement refléter la responsabilité du secteur de la santé. Cependant, les ministères de la santé ont un rôle de coordination à tenir et sont également chargés d'évaluer ou de commenter les conséquences sur la santé publique des politiques des autres ministères.

Il est clair qu'il reste encore du travail à faire sur les fonctions proprement dites mais également sur l'élaboration de directives, d'outils, d'un glossaire et d'indicateurs, qui permettront au concept d'évoluer. Le cadre s'enrichira de toutes les informations qui seront transmises régulièrement par les Etats Membres de la Région.

2. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants.

2.1 Paludisme, filariose et autres maladies parasitaires
(Document WPR/RC53/Conf.Paper No. 4)

Décision : Le projet de résolution est adopté.

2.2 Résistance aux antimicrobiens (Document WPR/RC53/Conf.Paper No. 5)

Le PRESIDENT annonce que le représentant du Japon a proposé d'amender le paragraphe 1(2) du dispositif comme suit : “(2) à adopter et à appliquer des lois et réglementations afin que les antimicrobiens ne soient disponibles que sur ordonnance ;”.

Décision : Le projet de résolution, tel qu'amendé, est adopté.

2.3 Questions d'éthique liées aux évolutions récentes du secteur de la santé
(Document WPR/RC53/Conf.Paper No. 6)

Le Dr CHING (Hong Kong, Chine) propose qu'au quatrième préambule, on ajoute l'expression “, de la sécurité du patient” après “soins des maladies chroniques”.

Décision : Le projet de résolution, tel qu'amendé, est adopté.

3. COORDINATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLEE MONDIALE DE LA SANTE, DU CONSEIL EXECUTIF ET DU COMITE REGIONAL : Point 17 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC53/11 et WPR/RC53/INF.DOC./2)

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, déclare que le document WPR/RC53/11 se réfère à des résolutions adoptées à la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, d'une importance toute particulière pour la Région du Pacifique occidental. Ces résolutions sont jointes au document. Les résolutions adoptées à la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et se rapportant à d'autres points de l'ordre du jour sont annexées aux documents traitant ces points. Il attire l'attention du comité sur les paragraphes du dispositif qui s'appliquent aux activités que les Etats Membres peuvent entreprendre dans la Région en application de ces résolutions.

Ceux qui ont participé à la session précédente du Comité, au Brunéi Darussalam, se souviennent que le Comité a approuvé une stratégie régionale pour la santé mentale et qu'à cette même session, la table ronde ministérielle organisée sur la santé mentale a donné lieu à des débats très féconds. L'attention particulière que l'OMS et les Etats Membres ont accordé à ce sujet en 2001 a permis de placer la santé mentale au rang des priorités dans l'agenda de la santé, de réduire la stigmatisation touchant les personnes atteintes de troubles mentaux et de définir une stratégie pour le futur. Il est essentiel de tirer parti de cet excellent travail.

Il attire l'attention du Comité sur le paragraphe (1) du dispositif de la résolution WHA55.10 qui invite instamment tous les Etats Membres à appuyer le programme mondial sur la santé mentale qui complète la stratégie régionale. Pris ensemble, ces deux initiatives offrent un cadre aux Etats Membres qui leur permettra de veiller à ce que l'on accorde une plus grande attention à la santé mentale et que les personnes souffrant de troubles mentaux reçoivent les soins appropriés, dans le respect de leur dignité.

Garantir l'accès aux médicaments essentiels est l'un des principaux volets de la santé publique, auquel l'OMS peut grandement contribuer. L'OMS a collaboré avec les Etats Membres pour améliorer l'accès à des médicaments essentiels de bonne qualité et en garantir un usage rationnel. Elle a soutenu l'élaboration et la mise en œuvre effective des politiques pharmaceutiques nationales. Toutefois, de nombreuses personnes dans la Région du Pacifique occidental, n'ont toujours pas régulièrement accès aux médicaments dont ils ont besoin. Le prix des médicaments, surtout lorsqu'ils sont nouveaux, les rend inabordables. Les fonds sont limités, particulièrement dans le système de santé public et les rares ressources

sont souvent gaspillées dans l'achat de médicaments non essentiels ou de médicaments mal utilisés.

La résolution WHA55.14 rappelle les principales actions que l'OMS et les Etats Membres doivent mener pour garantir l'accès aux médicaments essentiels. Dans les paragraphes de son dispositif, les Etats Membres sont instamment invités à appliquer les politiques pharmaceutiques nationales et à dresser la liste des médicaments essentiels en s'appuyant sur une base factuelle. Ils sont également priés d'agir pour promouvoir l'accès aux médicaments, en garantir la qualité et l'usage rationnel au sein des systèmes de santé nationaux. L'OMS s'est inspirée de sa stratégie pharmaceutique pour mettre en place les mesures permettant un meilleur accès aux médicaments.

La plupart des Etats Membres connaissent la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique qui a été adoptée lors de la quatrième conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du Commerce qui s'est tenue à Doha en novembre 2001 et à laquelle le Directeur général et plusieurs représentants se sont référés au cours de cette session. Cette Déclaration soutient le droit des pays à protéger la santé publique en permettant l'accès de tous aux médicaments grâce à une baisse des prix. Cette déclaration et d'autres avancées récentes obtenues sur la scène internationale ont offert aux Etats Membres de belles opportunités d'améliorer l'accès aux médicaments essentiels. Il prie instamment les Etats Membres d'appliquer les mesures proposées dans le paragraphe 1 du dispositif de cette résolution.

Comme le Directeur régional l'a indiqué dans son allocution d'ouverture, les grands pas en avant réalisés récemment dans le monde ont modifié le rôle de la santé dans le développement. L'un des plus significatifs a été obtenu par l'Assemblée générale des Nations Unies brsqu'elle a définit les objectifs de développement du millénaire en septembre 2000. En 2002, l'Assemblée mondiale de la Santé a discuté de la contribution de l'OMS à la poursuite de ces objectifs. Certains paragraphes du dispositif de la résolution WHA55.19 sont importants. Ainsi, le paragraphe 1 du dispositif invite instamment les Etats Membres à prendre un certain nombre de mesures pour atteindre les objectifs de développement, tandis que les paragraphes 2 à 4 du dispositif définissent des objectifs dans un cadre de développement plus général et encouragent les pays développés à relever le niveau de leur assistance au développement, en particulier pour le secteur de la santé, en tenant compte des recommandations de la Commission Macroéconomique et Santé. Les objectifs proprement dits sont énumérés à l'annexe 2 du document WPR/RC53/11.

L'un des objectifs de développement du millénaire vise à réduire la mortalité infantile des deux-tiers avant la fin de l'année 2015, par comparaison avec les taux de 1990. La tâche est énorme mais sera possible si les ressources sont obtenues et utilisées à bon escient. L'une des façons d'améliorer la santé de l'enfant serait de promouvoir une bonne nutrition du nourrisson et du jeune enfant et, en particulier, de favoriser l'application de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La résolution WHA55.25 adopte la stratégie mondiale et, dans le paragraphe 2 du dispositif, identifie les mesures que les Etats Membres pourront prendre pour la mettre en œuvre. Le représentant du Cambodge a déclaré en début de semaine que son pays a déjà organisé un atelier national sur le sujet. De nombreuses personnes dans la Région ont participé de près à la préparation de la stratégie mondiale et seront satisfaites de savoir que le texte est prêt et a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il est important de prolonger le travail réalisé en mettant en place des plans d'action nationaux sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Conjointement avec l'UNICEF et ses autres partenaires, l'OMS collaborera avec les Etats Membres pour élaborer ces plans d'action. Elle termine actuellement la préparation d'une stratégie à l'échelle mondiale, sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent. La stratégie mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la future stratégie sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent permettront à l'OMS de fortement contribuer à la santé de l'enfant dans la Région du Pacifique occidental.

Les représentants des Etats Membres ne souhaitant pas faire de commentaire particulier, le PRESIDENT invite le représentant de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) à prendre la parole (voir annexe). Il invite ensuite le représentant de la Fédération internationale des Associations de fabricants de produits pharmaceutiques et celui du Collège international des chirurgiens à prendre la parole.

Répondant aux commentaires du représentant de l'ANASE, le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, reconnaît l'importance du partenariat entre l'ANASE et l'OMS. Même si l'on peut toujours faire plus, les deux Régions de l'OMS couvrant les pays de l'Asie – la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental – ont fait de grands efforts ces dernières années pour améliorer leur coordination et leur collaboration. Plusieurs initiatives ont été mentionnées au cours de la session. Les démarches ont été entreprises pour identifier les domaines de collaboration prioritaires dans la lutte contre les maladies transmissibles (tuberculose, poliomyélite, VIH/SIDA, paludisme, la surveillance des maladies et l'hygiène du milieu, la lutte antitabac et le développement des systèmes de santé (médicaments essentiels et développement des comptes de santé nationaux). De nombreuses réunions birégionales ont été organisées sur ces sujets, comme le VIH/SIDA et la surveillance

des maladies et des programmes communs, comme Faire reculer le paludisme dans les pays du Mékong, sont actuellement mis en œuvre conjointement. Des efforts sont également déployés pour faire circuler les informations sanitaires dans l'ensemble de la région d'Asie et non plus dans deux groupes de pays distincts, comme ce fut le cas pour le rapport 2001 sur le VIH/SIDA. L'OMS a également entrepris de coordonner la collaboration avec d'autres organisations communes aux deux Régions, comme l'ANASE,la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. A titre d'exemple, deux réunions birégionales ont eu lieu récemment, l'une à Bangkok, l'autre à Beijing, pour aider les Etats Membres à préparer des projets qui seront soumis au Fonds mondial. L'OMS continuera à faire tout son possible pour coordonner ces activités dans les deux Régions.

4. PROGRAMME SPECIAL DE RECHERCHE, DE DEVELOPPEMENT ET DE FORMATION A LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE : COMPOSITION DU COMITE DES POLITIQUES ET DE LA COORDINATION : Point 19 de l'ordre du jour (Document WPR/RC53/13)

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, explique que le Comité des politiques et de la coordination qui est l'organe dirigeant du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, se compose de 32 membres répartis en quatre catégories. La catégorie 2 comprend 14 Etats Membres élus pour trois ans par les Comités régionaux de l'OMS, trois d'entre eux devant être sélectionnés par la Région du Pacifique occidental. Actuellement, les trois Etats Membres désignés par la Région du Pacifique occidental sont le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam.

Le choix des membres doit prendre en compte l'aide technique ou financière apportée par un Etat Membre au Programme spécial et l'intérêt qu'il a manifesté à l'égard de la reproduction humaine et qui s'est reflété dans ses politiques et programmes nationaux.

Le mandat du Cambodge expire le 31 décembre 2002. Le Comité régional est donc prié d'élire un Etat Membre pour trois ans, dont le mandat prendra effet au 1er janvier 2003 en remplacement du Cambodge. Le Comité régional pourra souhaiter élire Fidji.

Ainsi en est-il décidé (voir la décision WPR/RC53(2)).

5. DATES ET LIEUX DES CINQUANTE-QUATRIEME ET CINQUANTE-CINQUIEME SESSIONS DU COMITE REGIONAL : Point 20 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL rappelle qu'à la cinquante-deuxième session, l'année précédente, le Comité a décidé que la cinquante-quatrième session aurait lieu à Manille. Il reste à en fixer les dates. L'OMS s'efforce de coordonner les dates des six Comités régionaux d'une part pour permettre au Directeur général de participer au moins partiellement à chacun d'entre eux et d'autre part pour laisser assez de temps pour préparer la compilation des débats de tous les Comités régionaux en prévision de la réunion du Conseil exécutif de janvier. Il propose donc que la cinquante-quatrième session soit fixée du 8 au 12 septembre 2003.

Ainsi en est-il convenu.

Concernant la cinquante-cinquième session, le DIRECTEUR REGIONAL suggère de laisser la porte ouverte à tout Etat Membre qui souhaiterait proposer d'accueillir cette cinquante-cinquième session.

M. LIU PEILONG (Chine) déclare que, en vue de soutenir l'action de l'OMS dans le Pacifique occidental et de montrer l'hospitalité du peuple chinois, il transmet l'invitation du Gouvernement chinois pour accueillir la cinquante-cinquième session du Comité régional, en 2004. Les représentants des autres pays membres auront ainsi l'occasion de voir les réformes accomplies par la Chine et d'expérimenter sa culture traditionnelle. Il espère que, tout comme la session de cette année, cette cinquante-cinquième session en Chine restera dans les mémoires.

Le PRESIDENT remercie le représentant de la Chine et demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution, mentionnant l'acceptation du Comité à l'aimable invitation du Gouvernement de la Chine d'accueillir la cinquante-cinquième session.

6. EXAMEN DES PROJETS DE RESOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants :

6.1 Fonctions essentielles de santé publique : (Document WPR/RC53/Conf. Paper No. 7)

Le RAPPORTEUR pour la langue anglaise déclare que le représentant de la Chine a proposé d'ajouter dans le quatrième paragraphe du préambule, après "de l'Etat" la phrase "et particulièrement du Ministère de la Santé, ". Dans le sous-paragraphe 3 du paragraphe 2 du dispositif, il propose de remplacer le segment de phrase “des administrateurs et des décideurs”

par “des administrateurs, des décideurs et des institutions gouvernementales”. Enfin, le représentant de la Chine suggère d'ajouter “et le renforcement du rôle central du Ministère de la Santé ;” à la fin de ce même sous-paragraphe.

Le Dr OTTO (Palaos) propose d'ajouter un nouveau sous-paragraphe à la fin du paragraphe 1 du dispositif, qui deviendra “(4) à contrôler et à évaluer l'impact sur la santé publique des politiques des autres secteurs et de réagir en temps opportun et de façon appropriée pour assurer la protection de la santé publique ;”

Il propose en outre de remplacer “leurs infrastructures de santé publique” dans le sous-paragraphe 2 du paragraphe 2 du dispositif, par “les infrastructures et les responsabilités en matière de santé publique”.

Décision : Le projet de résolution, tel qu'amendé, est adopté (voir la résolution WPR/RC53.R7).

6.2 Dates et lieux des cinquante-quatrième et cinquante-cinquième sessions du Comité régional (Document WPR/RC53/Conf. Paper No. 8)

Décision : Le projet de résolution, tel que présenté, est adopté (voir la résolution WPR/RC53.R8).

7. MOTION DE REMERCIEMENTS

Le Professeur NYMADAWA (Mongolie) lit la motion de remerciements du Comité régional au Gouvernement du Japon, aux membres du bureau du Comité Regional et aux orateurs, au Rotary International District 2650 et aux représentants du Programme commun des Nations Unies sur le SIDA ainsi qu'aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour leur contribution.

M. PITA FITI SUNIA (Etats-Unis d'Amérique) se dit fier d'appuyer la motion, proposée par le représentant de la Mongolie, de remerciement du Japon pour sa généreuse hospitalité et son accueil chaleureux de la cinquante-troisième session du Comité régional ainsi qu'à tous ceux qui ont contribué au succès de cette session.

Décision : La motion est adoptée (voir la résolution WPR/RC53.R9).

8. CLOTURE DE LA SESSION : Point 21 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR REGIONAL exprime sa gratitude à tous les participants, y compris aux observateurs et aux organisations non gouvernementales pour leurs suggestions positives et constructives et pour l'atmosphère chaleureuse qu'ils ont su instaurer. Il promet au Comité que toutes les recommandations et suggestions seront examinées très attentivement dans le but d'améliorer la performance du Secrétariat au niveau de la Région et des pays et de la rendre mieux adaptée aux besoins de tous les Etats Membres de la Région du Pacifique occidental.

Il transmet tout particulièrement ses remerciements au Gouvernement du Japon pour l'aide qu'il a apportée en vue d'assurer le bon déroulement de la session, et à tous les membres du bureau pour le difficile travail accompli.

Il félicite le PRESIDENT pour la compétence avec laquelle il a dirigé les séances et grâce à laquelle la session s'est déroulée dans les meilleures conditions et lui remet un marteau de présidence.

Le PRESIDENT remercie les membres du bureau pour leur aide et tous les membres du Secrétariat qui ont travaillé durement pour que cette session soit un succès.

Le PRESIDENT déclare close la cinquante-troisième session du Comité régional.

La séance est levée à 11 h 15.

ANNEXE

MESSAGE DU DIRECTEUR ADJOINT
DU BUREAU DE LA COOPERATION FONCTIONNELLE,
LE SECRETARIAT DE L'ANASE

Permettez-moi de remercier le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique Occidental de son invitation à cette Assemblée de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) et de l'occasion qui m'est ainsi offerte de présenter cette déclaration. L'OMS est un partenaire stratégique de premier plan pour l'ANASE. Notre coopération remonte à 1986, année de lancement du projet sur les produits pharmaceutiques. Les liens institutionnels qui nous unissent se sont trouvés resserrés lors de la signature d'un protocole d'accord de cinq ans entre l'OMS et l'ANASE, pour lequel le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est (SEARO) et le Bureau régional du Pacifique Occidental (WPRO) se sont associés. Récemment ce protocole d'accord a été prolongé de cinq ans. L'ANASE apprécie particulièrement sa collaboration avec l'OMS qui a permis la mise en œuvre d'un grand nombre d'initiatives importantes dans la Région, parmi lesquelles les plans d'action sur la surveillance du VIH/SIDA, sur la tuberculose et sur les modes de vie sains.

Le domaine de la santé est l'un des huit domaines de coopération entrant dans le cadre du développement social. Les sept autres sont le travail, l'éducation, le bien-être social, la pauvreté, les catastrophes, les femmes et la jeunesse. Bien que l'insuffisance de fonds ait fait obstacle à la participation des États Membres de l'ANASE aux programmes de santé, il convient ici de noter quatre voies de progrès grâce auxquelles la coopération régionale sur les problèmes sanitaires a fait un grand bond en avant, particulièrement après la reprise, en Indonésie, de l'Assemblée des Ministres de la Santé de l'ANASE en avril 2000 et de l'organisation du 7è Sommet de l'ANASE sur le VIH/SIDA en novembre 2002.

Premièrement, la santé a été particulièrement mise en évidence dans le projet global de coopération régionale. En effet, en novembre 2002, les chefs des gouvernements de l'ANASE sont convenus de se réunir pour discuter du VIH/SIDA. Il en a résulté une vision plus claire de la coopération à instaurer en matière de VIH/SIDA et l'obtention de fonds supplémentaires pour riposter plus efficacement à l'épidémie. Le Sommet a adopté une déclaration et un programme de travail de quatre ans, en collaboration avec des représentants des ONG et des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA.

La reprise de l'Assemblée des Ministres de la Santé de l'ANASE, après dix longues années de silence, a donné une nouvelle impulsion à la coopération dans le domaine de la

Annexe

santé. En effet, des plans d'action ont été adoptés pour résoudre les problèmes sanitaires découlant de la mondialisation et la coopération dans la promotion des modes de vie sains s'est trouvée renforcée. La 5ème Assemblée des Ministres de la Santé a adopté en 2000 le concept : "ANASE en bonne santé en 2020" qui stipule que d'ici à 2020 "la santé sera au centre du développement" au sein de la région de lANASE. Les ministres ont en outre mis sur pied un plan d'action visant entre autres à contrôler les incidences de la mondialisation sur la santé, à réduire le tabagisme, à renforcer les mesures de réforme de la santé et à incorporer la santé dans les plans de développement nationaux. Pour atteindre l'objectif "ANASE en bonne santé en 2020", la 6ème Assemblée des Ministres de la Santé de l'ANASE qui s'est tenue au mois de mars 2002 a adopté un plan d'action régional sur le thème des modes de vie sains dans les domaines prioritaires tels que la prévention des accidents, vieillir en bonne santé, la santé mentale, la lutte contre les maladies non transmissibles, la promotion des activités physiques et la lutte antitabac. Les ministres ont insisté pour que la santé soit incorporée dans les plans nationaux de développement. Une attention particulière sera portée sur la relation entre macro-économie et santé. A ce sujet, je voudrais remercier le Bureau régional du Pacifique occidental pour sa précieuse contribution à la préparation du plan d'action régional.

Deuxièmement, les projets sont plus généralement axés sur des problèmes régionaux ou transfrontaliers. C'est le cas du Programme d'action de l'ANASE sur le VIH/SIDA, adopté lors du Sommet de l'ANASE de 2001. Ce Programme d'action se divise en deux grands volets qui rendent prioritaires les projets impliquant une action conjointe ou dont la portée s'étend au delà des limites frontalières. Il s'agit notamment des négociations multilatérales visant à faciliter l'accès aux antirétroviraux ou à protéger les populations itinérantes comme les travailleurs migrants contre le risque de contamination par le VIH. Des projets d'étude sur l'impact socio-économique de l'épidémie de VHI/SIDA dans la région et un effort combiné visant à incorporer le projet de VIH/SIDA dans les plans de développement national des États Membres, entrent dans cette catégorie. L'autre volet comprend des projets régionaux qui favorisent les programmes nationaux comme la promotion de l'usage des préservatifs, la formation des jeunes pour leur permettre d'acquérir les aptitudes utiles pour la vie et enfin la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Parmi les autres projets prioritaires dans la région, citons la constitution d'un réseau régional de surveillance des maladies [mis en place en collaboration avec l'Indonésie et la US Naval Medical Research Unit (Unité de recherche médicale de la force navale américaine)], le

Annexe

renforcement de la salubrité des aliments et de l'innocuité des médicaments compte tenu de la libéralisation des échanges commerciaux dans la région et la formulation claire des positions communes sur un certain nombre de sujets comme la Convention-cadre pour la lutte antitabac (coordonnée conjointement par la Thaïlande et la Malaisie).

Troisièmement, un nombre croissant de nos opérations sont mises en place sur le principe du "partage des coûts". Selon ce principe, le pays d'accueil prend en charge le coût de l'organisation tandis que les frais de déplacement (billets d'avion et frais de séjour) sont supportés par le pays d'origine des participants. Cela permet ainsi de réaliser d'importants projets sans dépendre de ressources extérieures. Pour faciliter ce partage des coûts, les États Membres identifient les projets qui peuvent être associés à un plan d'action de l'ANASE déjà en place et invitent ensuite d'autres États Membres à s'y associer. Des ateliers sont prévus ou ont été mis en place depuis peu sur la promotion des modes de vie sains, l'étude de l'impact sur les soins de santé des Accords sur le commerce international des services (GATS – General Agreement on Trade in Services), le renforcement des soins communautaires pour les personnes âgées, et l'échange d'informations sur les villes-santé.

Et enfin, le principe de partage des coûts peut aussi s'appliquer aux partenariats avec des pays donateurs et des organisations internationales telles que l'OMS et l'ONUSIDA qui ont déjà identifié les activités au niveau des pays, voire même de la région. Si la participation est ouverte aux autres États Membres, le secrétariat de l'ANASE assurera la coordination avec les correspondants dans ces États pour désigner les participants. Cette stratégie nous évite d'avoir à réinventer la roue.

Dans le cadre de cette réorganisation dans la coopération de l'ANASE pour la santé, l'OMS pourrait lui apporter son soutien pour résoudre les nouveaux problèmes auxquels les Ministres attachent une importance particulière, comme la mondialisation et les modes de vie sains. Même si l'OMS a aidé à la formulation des plans et des déclarations, les traduire en actions concrètes n'en reste pas moins difficile.

Si l'on veut parvenir à mettre ces plans en œuvre et à resserrer la collaboration avec l'OMS, il convient de suivre les trois recommandations ci-dessous des Ministres et des hauts responsables de la Santé des États Membres de l'ANASE.

Annexe

- Le secrétariat de l'ANASE pourrait assister à titre d'observateur aux sessions annuelles de l'OMS sur la santé, et inversement, afin de faciliter la coordination et d'éviter la duplication du travail.
- Les Bureaux régionaux de l'OMS (SEARO : Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et WPRO : Bureau régional du Pacifique occidental) pourraient informer le secrétariat de l'ANASE de leurs activités dans la région afin d'identifier les projets présentant un intérêt commun et permettre à tous les États Membres d'y participer (le cas échéant, les activités de WPRO pourraient être ouvertes aux États Membres de l'ANASE se trouvant dans la Région couverte par le SEARO).
- Pour mener à bien les activités régionales communes, l'OMS et le Secrétariat de l'ANASE devraient envisager la possibilité d'exploiter les programmes de l'OMS communs à différents pays.

Le fait que l'ANASE couvre deux Régions rend particulièrement difficile la formulation et la mise en œuvre des projets. Lorsqu'il s'agira d'évaluer la coopération entre l'OMS et l'ANASE, il faudra nécessairement en tenir compte. Bien que la suggestion de redéfinir les juridictions des Régions Asie du Sud–Est et Pacifique occidental relève de l'utopie, certains pourraient argumenter contre la nécessité d'une meilleure coordination entre SEARO et WPRO, surtout s'il s'agit de problèmes transfrontaliers qui sous-entendent l'intervention de pays des deux Régions, et l'utilisation de leurs budgets programmes interpays respectifs.

Les deux Bureaux régionaux pourraient concevoir en commun les activités de pays limitrophes, à cheval sur les deux Régions. Ainsi, SEARO a inclus dans ses Programmes complémentaires interpays (ICP II) pour 2002-2003 un projet de surveillance multimaladies et de surveillance des risques sanitaires et comportementaux. La lutte contre les maladies transmissibles dans les zones frontalières étant définie comme une priorité dans le protocole d'accord entre l'OMS et l'ANASE, il revient au deux Régions d'imaginer comment élaborer conjointement un tel projet.

Pour finir, le protocole d'accord entre l'OMS et l'ANASE étant prolongé de cinq ans, soit jusque 2007, il semble approprié de l'étudier de façon plus systématique. Les hauts responsables de la santé dans les pays de l'ANASE ont suggéré que cette étude puisse avoir lieu durant la première année de la période de prolongation (c'est-à-dire avant mi-avril 2003). L'étude pourrait également comporter l'identification des problèmes régionaux ou transfrontaliers qui exigent des deux Bureaux régionaux qu'ils élaborent les programmes en

Annexe

commun et elle pourrait en outre examiner les mécanismes de collaboration et de coordination.

Nous espérons sincèrement mettre à profit les bases de coopération que nous avons établies et relancer notre collaboration en gérant les ressources dont nous disposons de façon encore plus créative.