



**COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL  
SOIXANTE-SIXIÈME SESSION  
Guam (États-Unis d'Amérique)  
12-16 octobre 2015**

**RAPPORT FINAL DU COMITÉ RÉGIONAL**

**Manille  
janvier 2016**

## **AVANT-PROPOS**

La soixante-sixième session du Comité régional pour le Pacifique occidental s'est tenue à Guam (États-Unis d'Amérique), du 12 au 16 octobre 2015. M. James Gillan (États-Unis d'Amérique) et Dr Naoko Yamamoto (Japon) ont été élus respectivement Président et Vice-Président. Mlle Yeo Wen Qing (Singapour) et Dr Jean-Paul Grangeon (Nouvelle-Calédonie) ont été élus Rapporteurs.

Le projet de rapport constitue la partie III de ce document, pages 11 à 41.

## TABLE DES MATIÈRES

	page
<b>PARTIE I – INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PARTIE II – RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL</b> .....	2
<u>RÉSOLUTIONS</u>	
WPR/RC66.R1 Hépatite virale .....	2
WPR/RC66.R2 Couverture sanitaire universelle .....	3
WPR/RC66.R3 Tuberculose .....	4
WPR/RC66.R4 Prévention de la violence et des traumatismes .....	6
WPR/RC66.R5 Santé urbaine .....	7
WPR/RC66.R6 Soixante-septième session du Comité régional .....	8
WPR/RC66.R7 Motion de remerciements .....	9
<u>DÉCISION</u>	
WPR/RC66(1) Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : composition du Comité des politiques et de la coordination ..	9
<b>PARTIE III – RAPPORT DE LA RÉUNION</b> .....	11
<b>ANNEXES:</b>	
Annexe 1 Ordre du jour .....	43
Annexe 2 Liste des représentants .....	45
Annexe 3 Liste des organisations dont les représentants ont fait une déclaration au Comité régional .....	59
Annexe 4 Allocution du Président sortant à la séance d'ouverture .....	61
Annexe 5 Allocution du Directeur général à la séance d'ouverture .....	65
Annexe 6 Allocution du Directeur régional .....	69
Annexe 7 Allocution du Président entrant .....	75
Annexe 8 Allocution de clôture du Directeur régional .....	79
Annexe 9 Allocution de clôture du Président .....	81

## I. INTRODUCTION

La soixante-sixième session du Comité régional du Pacifique occidental s'est tenue à Guam (États-Unis d'Amérique) du 12 au 16 octobre 2015, au Hyatt Regency Guam.

Ont participé à cette session l'Australie, le Brunéi Darussalam, le Cambodge, la Chine, les Fidji, la RAS de Hong Kong (Chine), les Îles Cook, les Îles Marshall, les Îles Salomon, le Japon, Kiribati, la RAS de Macao (Chine), la Malaisie, les États fédérés de Micronésie, la Mongolie, Nauru, la Nouvelle-Zélande, les Palaos, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République de Corée, la République démocratique populaire lao, le Samoa, Singapour, les Tonga, Tuvalu et le Viet Nam. Les représentants de la France et des États-Unis d'Amérique ont également pris part à la session du Comité en leur qualité d'États Membres responsables de Territoires de la Région. Y ont également assisté des représentants du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, de l'Organisation internationale pour les migrations, des représentants de 13 organisations non gouvernementales et des observateurs de l'Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, du Gouvernement de Guam et des États-Unis d'Amérique, du Groupe d'examen indépendant d'experts et de l'Association océanienne des fonctionnaires des services de santé.

Les résolutions et la décision adoptées par le Comité régional sont présentées dans la Partie II. La Partie III contient le rapport des réunions plénières. L'ordre du jour et la liste des participants figurent dans les annexes 1 et 2.

La cérémonie d'ouverture, qui s'est tenue dans la salle de réception du SandCastle Dinner Theater, a été l'occasion d'assister à une présentation du patrimoine culturel et d'écouter les allocutions du Président par intérim de la soixante-cinquième session du Comité régional, du Sous-Directeur général en charge de l'Administration à l'OMS au nom du Directeur général de l'OMS, du Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, du Gouverneur de Guam, et du Président entrant de la soixante-sixième session du Comité régional. Après la cérémonie d'ouverture, les représentants se sont réunis dans la salle de conférence du Hyatt Regency Guam, où le Président sortant a déclaré ouverte la soixante-sixième session du Comité régional du Pacifique occidental.

À l'ouverture de la session, le Président sortant et le Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ont fait part de leurs observations. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration à l'OMS a prononcé, au nom du Directeur général de l'OMS, l'allocution d'ouverture au Comité régional (voir annexes 4 et 5).

## II. RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

### WPR/RC66.R1 HÉPATITE VIRALE

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WPR/RC54.R3 fixant l'objectif de ramener la séroprévalence de l'hépatite B chronique à moins de 1 % chez les enfants de 5 ans, la résolution WPR/RC56.R8 établissant une cible intermédiaire de moins de 2 % pour 2012 et la résolution WPR/RC64.R5 fixant 2017 comme date butoir pour l'objectif de moins de 1 % ;

Conscient que la Région dans son ensemble est parvenue à atteindre l'objectif d'une prévalence inférieure à 2 % et que 12 États Membres se sont vus confirmer la réalisation de l'objectif de moins de 1 % ;

Reconnaissant que la Région du Pacifique occidental abrite un quart de la population mondiale mais qu'elle enregistre près de 40 % des décès dans le monde dus à l'hépatite, et que des millions de personnes dans la Région sont encore porteuses d'infections chroniques par les virus de l'hépatite B ou C et qu'elles encourent un risque élevé de cirrhose ou de cancer hépatique ;

Notant qu'une infection chronique par le virus de l'hépatite B ou C se traduit par un coût financier élevé pour les individus, le secteur de la santé et la société en général ;

Se félicitant de l'occasion de contribuer à réduire l'impact des infections chroniques par les virus des hépatites B et C et des pathologies hépatiques au moyen de nouveaux médicaments très efficaces qui peuvent soigner l'hépatite B et guérir l'hépatite C ;

Notant que ces médicaments ne sont toujours pas disponibles ni abordables financièrement pour les personnes vivant avec l'hépatite chronique dans la Région ;

Soulignant qu'il faut mener une action coordonnée globale pour combattre l'hépatite virale efficacement, au moyen d'approches fondées sur la prévention et le traitement, qui s'appuient sur la situation épidémiologique locale,

1. APPROUVE le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020* ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à élaborer des plans d'action nationaux contre l'hépatite virale, sur la base de la situation épidémiologique locale, en tirant parti des ressources humaines et des infrastructures des systèmes de santé existants ;
  - 2) à établir ou renforcer des systèmes de surveillance ;
  - 3) à faire face au problème du coût élevé, au manque de disponibilité des médicaments contre l'hépatite et des produits diagnostiques, à titre prioritaire, en vue d'élargir l'accès aux traitements et à la guérison ;
  - 4) à mobiliser des ressources techniques et financières et à réaliser des investissements à cet égard afin de lutter contre l'hépatite virale ;

3. PRIE le Directeur régional :

- 1) d'apporter un appui technique à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action nationaux contre l'hépatite virale, et de contribuer à faire mieux comprendre la charge de l'hépatite virale et ses conséquences dans les États Membres ;
- 2) de diffuser le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020* et de fournir un appui technique pour son application ;
- 3) de faire périodiquement rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020*.

Quatrième séance, 14 octobre 2015

## WPR/RC66.R2 COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

Le Comité régional,

Rappelant les stratégies régionales visant à améliorer l'accès aux médicaments essentiels (WPR/RC55.R4), les ressources humaines pour la santé (WPR/RC57.R7), le financement de la santé (WPR/RC60.R3), les services de laboratoire de santé (WPR/RC60.R6), les systèmes de santé fondés sur les valeurs des soins de santé primaires (WPR/RC61.R2) et la médecine traditionnelle (WPR/RC62.R4) ;

Notant que les États Membres souhaitent adopter une démarche globale et systémique fondée sur l'examen des six stratégies régionales relatives aux systèmes de santé (WPR/RC64.9), et qu'il faut élaborer des feuilles de route propres à chaque pays, comme le souligne le rapport de situation (WPR/RC65.10) sur la couverture sanitaire universelle ;

Conscient que la couverture sanitaire universelle constitue un socle solide pour la réalisation des objectifs de développement durable et qu'elle contribue de manière essentielle à assurer à tous de bons résultats sanitaires ;

Préoccupé par le nombre croissant de problèmes que rencontrent les systèmes de santé dans toute la Région pour obtenir des résultats équitables et durables ;

Conscient que les États Membres à tous les niveaux de développement s'emploient à réunir les cinq attributs d'un système de santé au titre de la couverture sanitaire universelle : qualité, efficacité, équité, responsabilisation, viabilité à long terme et résilience ;

Reconnaissant que les États Membres souhaitent renforcer les mesures visant à instaurer la couverture sanitaire universelle plus rapidement ;

Notant les variations entre les systèmes de santé, façonnés par l'histoire et des contextes différents, dans la Région du Pacifique occidental, et la nécessité d'élaborer des démarches propres à chaque pays aux fins de la couverture sanitaire universelle,

1. APPROUVE le cadre d'action régional du Pacifique occidental sur le document intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à se servir du cadre d'action pour élaborer leur propre feuille de route, dans un processus de décision et de planification adapté à leurs contextes ;
  - 2) à veiller à ce que le gouvernement joue un rôle moteur dans les démarches multisectorielles et alloue des fonds suffisants pour mettre en œuvre des politiques nationales et des plans visant à progresser vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle ;
  - 3) à établir des mécanismes visant à suivre les progrès accomplis pour instaurer la couverture sanitaire universelle et évaluer l'impact des politiques mises en œuvre ;
3. PRIE le Directeur régional :
  - 1) d'assurer aux États Membres un appui technique pour élaborer et mettre en œuvre leur feuille de route concernant la couverture sanitaire universelle, et surveiller les progrès accomplis ;
  - 2) de faciliter la tenue de dialogues multisectoriels de haut niveau pour faire avancer le programme de mise en place de la couverture sanitaire universelle ;
  - 3) de fournir une plateforme régionale pour l'échange de données d'expérience, l'apprentissage commun et l'examen des progrès en faveur de la couverture sanitaire universelle ;
  - 4) de faire périodiquement rapport au Comité régional sur les progrès accomplis pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

Quatrième séance, 14 octobre 2015

WPR/RC66.R3 TUBERCULOSE

Le Comité régional,

Constatant les progrès accomplis dans la Région du Pacifique occidental pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la tuberculose et les cibles internationales conformes aux stratégies mondiales ;

Appréciant l'engagement politique des États Membres et les efforts collectifs consentis par les partenaires pour mettre en œuvre la *Stratégie régionale Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental (2011-2015)* approuvée par le Comité régional (WPR/RC61.R4) en 2010 ;

Conscient qu'il faut redoubler d'efforts pour assurer à tous, en particulier aux groupes vulnérables, des services de lutte contre la tuberculose qui soient intégrés et centrés sur la personne ;

Conscient qu'il faut assurer une protection sociale et financière aux patients et à leur famille pour faire face à la charge financière extrêmement lourde, à la stigmatisation et à la discrimination sociale qu'entraîne la tuberculose ;

Préoccupé par la tuberculose résistante aux médicaments et la grave menace qu'elle fait peser sur la sécurité sanitaire dans la Région ;

Reconnaissant qu'il importe de prendre en charge les comorbidités aux fins du traitement efficace et de la maîtrise de la tuberculose ;

S'inspirant du document intitulé *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé (résolution WHA67.1) en mai 2014 ;

Notant que la communauté internationale s'est de nouveau engagée à mettre un terme à l'épidémie de tuberculose, tel qu'exprimé dans l'objectif de développement durable 3 (Cible 3.3),

1. APPROUVE le *Cadre d'action régional sur la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020* ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à mettre à jour les stratégies, politiques, cibles et plans nationaux relatifs au traitement et à la maîtrise de la tuberculose, conformément au *Cadre d'action régional sur la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020*, en adoptant une approche faisant appel à l'ensemble de la société et en faisant intervenir un large éventail de parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales ;
  - 2) à établir et à renforcer des systèmes ayant pour objet de suivre la mise en œuvre des dispositifs de lutte contre la tuberculose, notamment des systèmes de surveillance fiables, ainsi que des mécanismes de suivi des dépenses colossales engagées par les sujets atteints de tuberculose et leur famille ;
  - 3) à mobiliser et à investir des ressources techniques et financières, afin que la maîtrise et le traitement de la tuberculose s'inscrivent durablement au nombre des compétences essentielles des systèmes de santé ;
3. PRIE le Directeur régional :
  - 1) de diffuser le document intitulé *Cadre d'action régional sur l'application de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020* et de fournir un appui technique à sa mise en œuvre ;
  - 2) de promouvoir la lutte contre la tuberculose au titre d'un programme régional commun qui appelle des efforts collectifs et une collaboration active, notamment la coopération transfrontalière, afin de combattre la tuberculose chez les migrants et les voyageurs internationaux ;
  - 3) de faire périodiquement rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la *Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020*.



## WPR/RC66.R4 PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WPR/RC63.R3 sur la prévention de la violence et des traumatismes ;

Préoccupé par le nombre élevé de décès et d'incapacités causés par la violence et les traumatismes, en particulier les accidents de la route, les chutes, les noyades et la violence interpersonnelle, notamment la violence à l'égard des femmes, des enfants, des personnes handicapées et des groupes vulnérables ;

Constatant que l'action menée contre la violence et les traumatismes – en dépit des possibilités de prévention formellement établies – n'a pas été à la mesure du problème ;

Conscient qu'il importe de favoriser une action coordonnée et multisectorielle pour prévenir la violence et les traumatismes ;

Notant qu'il faut prendre d'urgence des mesures visant à protéger les populations de la violence et des traumatismes dans tous les milieux, conformément aux objectifs de développement durable,

1. APPROUVE le *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)* ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
  - 1) à utiliser le plan d'action régional comme référence pour élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour la prévention de la violence et des traumatismes, en accord avec le processus lancé à l'échelle nationale pour atteindre les objectifs de développement durable ;
  - 2) à mobiliser tous les secteurs compétents autour d'une action coordonnée et collaborative visant à prévenir la violence et les traumatismes ;
  - 3) à investir des ressources techniques et financières pour la prévention de la violence et des traumatismes ;
3. PRIE le Directeur régional :
  - 1) de promouvoir et de soutenir la mise en œuvre du *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)* ;
  - 2) d'assurer aux États Membres un appui technique à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action nationaux pour la prévention de la violence et des traumatismes ;
  - 3) d'encourager et de faciliter une mobilisation multisectorielle de haut niveau pour la prévention de la violence et des traumatismes, aux fins de la réalisation des objectifs de développement durable ;

- 4) de faire périodiquement rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)*.

Sixième séance, 15 octobre 2015

WPR/RC66.R5 SANTÉ URBAINE

Le Comité régional,

Notant que plus de la moitié de la population de la Région vit en milieu urbain et que le nombre de villes de petite et moyenne taille s'accroît rapidement en Asie et dans le Pacifique ;

Conscient des conséquences sanitaires d'une urbanisation rapide et non planifiée, de la mondialisation, du changement climatique, du vieillissement des populations, des migrations et d'autres forces environnementales et sociales, en particulier chez les citoyens pauvres, les migrants, et les groupes défavorisés et vulnérables ;

Reconnaissant que les mesures à prendre pour renforcer l'équité sanitaire en milieu urbain sont complexes et qu'il faut disposer de données factuelles pour orienter l'élaboration de politiques et la prise de décisions sur les déterminants sociaux de la santé ;

Notant que des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WPR/RC61.R6 sur les cadres de vie sains ;

Réaffirmant que la démarche visant à établir des cadres de vie sains a été largement appliquée en Asie et dans le Pacifique, et qu'elle a démontré la possibilité de développer un appui multisectoriel, politique, financier et social en faveur de la santé ;

Soulignant qu'il importe de renforcer la résilience des systèmes de santé urbaine et de prendre des initiatives préventives plutôt que réactives, de résister aux pressions exercées par le changement climatique, les catastrophes naturelles et anthropiques, les épidémies de maladies, les situations d'urgence, les migrations et le vieillissement démographique ;

Soulignant l'importance revêtue par les interventions en matière de santé urbaine pour atteindre les objectifs de développement durable,

1. APPROUVE le *Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020 : des villes saines et résilientes* ;

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à adopter, en fonction de leur situation, des démarches préventives en faveur de la santé urbaine, à toutes les étapes de la vie, en se servant du cadre régional comme référence, sur la voie de la réalisation des objectifs de développement durable ;

- 2) à établir et à renforcer des mécanismes qui favorisent une gouvernance efficace entre les secteurs, des initiatives multisectorielles, ainsi que des partenariats et des réseaux en faveur de la santé urbaine et du développement durable ;

- 3) à investir dans la formation et le renforcement des capacités en matière de ressources humaines en faveur de la santé urbaine ;
  - 4) à renforcer les dispositifs requis pour suivre les progrès accomplis par les ministères de la santé en ce qui concerne la santé urbaine et les objectifs de développement durable ;
3. PRIE le Directeur régional :
- 1) de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre du cadre régional ;
  - 2) de promouvoir l'interaction entre les institutions sanitaires nationales, les gouvernements locaux et d'autres secteurs – tels que l'environnement, les finances et les transports –, en vue de soutenir les mesures en matière de santé urbaine pour améliorer les résultats sanitaires, réduire les inégalités et atteindre un développement durable ;
  - 3) de faire périodiquement rapport au Comité régional sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020 : des villes saines et résilientes*.

Sixième séance, 15 octobre 2015

WPR/RC66.R6 SOIXANTE-SEPTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional,

1. DÉCIDE que la soixante-septième session se tiendra du 10 au 14 octobre 2016 ;
2. CONFIRME que la soixante-septième session du Comité régional se tiendra à Manille au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

Septième séance, 15 octobre 2015

## WPR/RC66.R7 MOTION DE REMERCIEMENTS

Le Comité régional,

EXPRIME sa gratitude et ses remerciements :

1. au Gouvernement de Guam et aux États-Unis d'Amérique pour :
  - a) avoir accueilli la soixante-sixième session du Comité régional du Pacifique occidental ;
  - b) l'excellence de l'organisation et des installations qui lui ont été assurées ;
  - c) sa chaleureuse cérémonie d'accueil et l'hospitalité qui lui a été offerte durant toute la manifestation ;
2. au Président, au Vice-Président et aux Rapporteurs élus par le Comité ;
3. aux représentants des organisations gouvernementales et non gouvernementales pour leurs déclarations orales et écrites.

Septième séance, 15 octobre 2015

## DÉCISION

WPR/RC66(1) PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE, DE DÉVELOPPEMENT ET DE FORMATION À LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE : COMPOSITION DU COMITÉ DES POLITIQUES ET DE LA COORDINATION

Le Comité régional, notant que le mandat du représentant du Gouvernement du Viet Nam, en qualité de membre, dans la catégorie 2, du Comité des politiques et de la coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, expire le 31 décembre 2015, choisit la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour désigner un représentant qui siégera au Comité des politiques et de la coordination pour une période de trois ans, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2018.

Septième séance, 15 octobre 2015



### III. RAPPORT DE LA RÉUNION

#### **OUVERTURE DE LA SESSION : Point 1 de l'ordre du jour provisoire**

1. La soixante-sixième session du Comité régional pour le Pacifique occidental, qui s'est tenue à Guam (États-Unis d'Amérique), du 12 au 16 octobre 2015, est déclarée ouverte par le Président par intérim sortant de la soixante-cinquième session.

#### **ALLOCUTION DU PRÉSIDENT SORTANT : Point 2 de l'ordre du jour**

2. À la première séance plénière, le Président par intérim sortant prononce une allocution devant le Comité (voir annexe 4).

#### **ÉLECTION DU BUREAU : PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET RAPPORTEURS : Point 3 de l'ordre du jour**

3. Le Comité élit les membres du bureau ci-dessous :

Président :	M. James Gillan, Directeur, Département de la santé publique et des services sociaux, Guam (États-Unis d'Amérique)
Vice-Président :	Dr Naoko Yamamoto, Ministre adjoint de la Santé mondiale, Secrétariat du Ministre, Ministère de la santé, du travail et du bien-être (Japon)
Rapporteurs :	
de langue anglaise :	Mme Yeo Wen Qing, Directeur adjoint, Ministère de la santé, Division de la coopération internationale (Singapour)
de langue française :	Dr Jean-Paul Grangeon, Direction des affaires sanitaires et sociales (Nouvelle-Calédonie)

#### **ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT : Point 4 de l'ordre du jour**

4. Le Président de la soixante-sixième session du Comité régional prononce une allocution devant le Comité (voir annexe 7).

#### **ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 5 de l'ordre du jour provisoire (document WPR/RC66/1 Rev. 1)**

5. L'ordre du jour est adopté (voir annexe 1).

#### **ALLOCUTION DU DIRECTEUR-GÉNÉRAL : Point 6 de l'ordre du jour**

6. Le Directeur général de l'OMS n'a pu assister à la session du Comité régional. Son allocution a été prononcée par le Dr Hans Troedsson, Sous-Directeur général en charge de l'Administration à l'OMS (voir annexe 5).

#### **ALLOCUTION ET RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL : Point 7 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/2)**

7. Le Directeur régional pour le Pacifique occidental a prononcé un discours (voir annexe 6).

8. Plusieurs représentants ont souligné le besoin de hiérarchiser les priorités, certains citant les objectifs de développement durable (ODD) et d'autres la couverture sanitaire universelle (CSU). Ils

ont estimé que les comités régionaux jouent un rôle capital dans ce processus, tout comme la réforme de la gouvernance en cours. Les stratégies de coopération dans les pays ont également un rôle à jouer dans ce domaine. L'OMS doit établir des priorités, prendre des décisions, innover et coopérer.

9. La sécurité sanitaire figure parmi ces priorités ; les principaux instruments dans ce domaine sont le Règlement sanitaire international (2005), la *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010)* et la certification OMS des systèmes nationaux de réglementation des vaccins. Les représentants ont salué la contribution de la Région à la lutte contre l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Dans la Région du Pacifique occidental, des mesures ont été rapidement prises suite à la découverte d'un cas de poliomyélite dérivant d'une souche vaccinale. Alors que l'élimination de la rougeole semble possible dans la Région, la dengue se propage et y gagne en gravité ; les représentants sont convenus qu'elle devrait être abordée par le Comité régional lors de sa session de l'année prochaine.

10. Les représentants ont salué les travaux décrits dans le rapport annuel du Directeur régional. Un représentant a estimé que l'Organisation dispersait ses efforts et que ses frais d'impression et de voyages étaient trop élevés. Un autre a plaidé en faveur d'une politique explicite sur les rôles des administrations locales et nationales, des organisations internationales et des partenariats, des donateurs privés et de la société civile.

11. Le Directeur régional a répondu que les pays avaient plus que jamais contribué à la préparation du prochain budget programme, notamment à la définition des priorités et à l'allocation des ressources. Les cinq principales catégories du budget programme sont les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé à toutes les étapes de la vie, les systèmes de santé, et la sécurité sanitaire. Chaque catégorie est assortie de cinq priorités et le Bureau régional du Pacifique occidental a veillé à se doter d'au moins un spécialiste par programme. Les États Membres ont choisi jusqu'à 10 de ces priorités en tant que priorités nationales, pour lesquelles une planification et des ressources sont nécessaires. Les besoins spécifiques des pays et leurs problèmes communs, tels que le développement des systèmes de santé et la sécurité sanitaire, ont ainsi pu être pris en compte. Le Directeur régional a mentionné dans ce contexte les travaux menés en Afrique de l'Ouest par l'Équipe de soutien à la lutte contre le virus Ebola dans la Région du Pacifique occidental (WEST). La dengue est une menace persistante et croissante et sa propagation des zones urbaines aux zones rurales pourrait être liée au changement climatique. Le Secrétariat prévoit d'examiner cette question lors de la session du Comité régional de l'année prochaine ; le Bureau régional entend favoriser la participation des pays à l'établissement de l'ordre du jour et l'examen de cette question illustre cette volonté. Le Directeur régional a admis l'existence de contraintes administratives, tout en attirant l'attention sur les domaines dans lesquels des améliorations ont été apportées ; il a ajouté que la nomination d'un responsable de la conformité devrait continuer à améliorer la situation.

#### **ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT : Point 4 de l'ordre du jour**

12. Le Président de la soixante-sixième session du Comité régional prononce une allocution devant le Comité (voir annexe 7).

#### **BUDGET PROGRAMME 2014-2015 : EXÉCUTION DU BUDGET (RAPPORT INTÉRIMAIRE) : Point 8 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/3 ; WPR/RC66/3 Corr.1)**

13. Le Directeur régional a présenté le document WPR/RC66/3 sur l'exécution des contributions fixes et des contributions volontaires du budget programme pour l'exercice 2014-2015. Il a fait remarquer que le budget programme 2014-2015 était le premier des trois budgets biennaux qui étaient au titre du douzième programme général de travail 2014-2019. Le budget avait été présenté à la soixante-quatrième session du Comité régional du Pacifique occidental en 2013.

14. Le Directeur régional a noté que la tendance à une plus grande exécution dans les pays se confirmait. Il a également fait remarquer que l'exécution totale des fonds s'élevait à US \$189,3 millions, soit 69,5 % des ressources disponibles et 63,7 % de l'allocation budgétaire actuelle, c'est-à-dire 4,3 % de plus que le taux d'exécution budgétaire moyen au niveau mondial. Il a indiqué que l'on espérait atteindre un taux d'exécution de 95 % d'ici à décembre 2015.

15. Le Directeur régional a souligné que les coûts de personnel représentaient encore le pourcentage de dépenses le plus élevé. Il a dit que l'attention accrue portée à la gestion et aux contrôles de la coopération financière directe avait abouti à une réduction notable des rapports de coopération financière directe échus. Le nombre des contrats de coopération financière directe échus a été ramené à zéro.

16. Il a également indiqué que toutes les recommandations issues d'une vérification extérieure des comptes du bureau du Viet Nam avaient été pleinement mises en œuvre et que les deux recommandations restantes d'une vérification extérieure des comptes du Bureau régional pour le Pacifique occidental seraient closes plus tard au cours du mois. Les recommandations des vérifications intérieures des rapports 2015 pour la Division de l'Appui technique dans le Pacifique menées dans le bureau des Fidji et des Îles Salomon sont en cours de mise en œuvre et devraient être achevées dans les six mois suivant la publication du rapport.

17. Les représentants des États Membres suivants ont pris la parole (dans l'ordre) : Chine, Philippines, Australie, États-Unis d'Amérique, Japon, France, République de Corée et États fédérés de Micronésie.

18. Pour répondre aux interventions, le Directeur régional a dit apprécier les observations positives formulées par les représentants sur les résultats de l'OMS dans la Région.

19. S'agissant de la flambée de maladie à virus Ebola, il a déclaré que la Région du Pacifique occidental contribuait à la riposte internationale en Afrique de l'Ouest. Il a dit apprécier la suggestion de faire appel aux experts nationaux de la riposte aux flambées, présents dans toute la Région, pour qu'ils travaillent avec les centres collaborateurs de l'OMS – 178 d'entre eux étant présents dans la Région. Parallèlement, il a noté l'impact positif d'une réunion tenue l'an dernier au Bureau régional du Pacifique occidental à laquelle plus de 200 représentants des centres collaborateurs avaient participé.

20. Sur la question de l'utilisation du personnel en vue d'un travail plus efficace compte tenu des priorités de chaque pays, le Directeur régional a déclaré que l'approche ascendante employée au cours du processus de planification budgétaire 2016-2017 permet de mieux identifier le type de soutien requis par les États Membres. Répondant aux préoccupations sur le coût des voyages, il a déclaré que l'OMS s'efforce de réduire encore celui-ci, et a chargé le Directeur de l'Administration et Finances de fournir des précisions.

21. Le Directeur régional a indiqué que l'Organisation s'efforce de maintenir les niveaux d'effectifs requis, mais a rappelé les déficits dans les contributions volontaires. La Papouasie-Nouvelle-Guinée, a-t-il déclaré, est un cas particulier du fait des difficultés rencontrées pour recruter du personnel pour ce lieu d'affectation.

22. Il a noté l'intérêt manifesté par les États Membres pour la transition de l'Organisation des supports papier vers des documents numériques et électroniques, et s'est dit engagé en faveur de ce principe.

23. Pour conclure, il a déclaré qu'il approuvait l'idée forte qui ressortait des interventions en faveur d'un renforcement des systèmes de santé. Pour ce qui est de la transparence de la planification



et de l'utilisation budgétaire, il a indiqué que le système mondial de gestion (GSM) s'est avéré très efficace pour améliorer la transparence non seulement dans le Pacifique occidental, mais dans toutes les Régions de l'OMS.

24. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration a répondu aux interventions relatives aux opérations budgétaires mondiales et au dialogue sur le financement. Il a donné une vue d'ensemble et reconnu que l'alignement et la flexibilité du budget programme restaient des défis à relever, 75 % des fonds volontaires étant réservés pour des programmes spécifiques. Il a déclaré qu'une utilisation plus stratégique des fonds flexibles permettait de répondre au problème des programmes sous-financés. Il a aussi indiqué qu'à l'avenir, la gestion des contributions fixées et des contributions volontaires serait améliorée pour parvenir à l'alignement et à une flexibilité accrue du budget programme.

25. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration a également fait remarquer qu'en octobre 2015, le financement de 68 % du budget programme 2016-2017 était garanti. Il a indiqué que les négociations avec les bailleurs de fonds se poursuivaient pour obtenir environ 10 % de fonds supplémentaires pour 2016-2017 afin de parvenir à 80 % d'ici la fin de l'année. Il a ajouté qu'après le dialogue sur le financement qui se poursuivra en novembre, l'OMS pourrait confirmer que les fonds seraient disponibles et pourraient être débloqués rapidement en janvier 2016. Le budget programme serait alors suffisant pour financer pour quatre à six mois les coûts des activités et pour neuf mois les coûts de personnel au cours du prochain exercice, ce qui signifie que la mise en œuvre des programmes ne serait pas retardée au cours du premier trimestre de l'année. Pour conclure, il a noté que l'Organisation s'appuie sur moins de deux douzaines de grands donateurs et s'efforce d'élargir le nombre de ceux-ci.

26. Le Directeur de l'Administration et Finances a répondu aux interventions portant sur l'efficacité et les contrôles qui, a-t-il noté, sont pris très au sérieux par le Bureau régional du Pacifique occidental. Il a déclaré que le Bureau régional s'était engagé à assurer les programmes moyennant une réduction des coûts des voyages, notant que le prix moyen des billets d'avion pour les voyages en mission au cours des quatre dernières années était passé de plus de US \$1100 à moins de US \$700 par billet. Il a fait part de plusieurs initiatives menées par le Bureau régional, telles que des négociations avec les agences de voyages pour réduire le coût des billets, l'utilisation de calendriers de réunions pour rationaliser les voyages en mission des membres du personnel pour éviter les doubles emplois et obtenir une réduction des coûts de voyage, le strict respect de l'interdiction des voyages la première semaine complète de chaque mois, l'utilisation de la vidéoconférence pour les réunions internes avec les bureaux de pays et le système de rapport électronique sur les voyages qui a récemment été mis en place dans la Région pour garantir un archivage efficace des documents et rapports relatifs aux voyages et leur accessibilité dans différents lieux.

27. Sur les questions de vérification des comptes, le Directeur de l'Administration et Finances a déclaré que l'une des deux recommandations restantes issues d'une vérification extérieure du Bureau régional du Pacifique occidental mentionnées plus tôt avait, de fait, été clôturée la semaine précédente. Cette recommandation concernait la collecte des informations relatives à la planification des achats au cours du processus de planification opérationnelle. La question de vérification en suspens, concernant un problème de fraude dans un bureau de pays, devrait être clôturée plus tard au cours du mois sans que la responsabilité de l'OMS soit engagée.

28. Répondant à une intervention demandant davantage de précisions sur les opérations des bureaux de pays dans les rapports à venir, le Directeur de l'Administration et Finances a indiqué qu'il était prévu d'inclure des informations supplémentaires l'an prochain.

**HÉPATITE VIRALE : Point 9 de l'ordre du jour  
(document WPR/RC66/4; WPR/RC66/4 Corr.1)**

29. Le Directeur régional a présenté le document WPR/RC66/4 exposant le projet de *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020*. Il a rappelé que la Région abrite un quart de la population mondiale mais supporte la moitié de la charge mondiale de morbidité et 40 % des décès qui lui sont associés. En outre, il a déclaré que l'hépatite virale est la principale cause de mortalité par cancer du foie, engendrant plus de décès que le VIH, la tuberculose et le paludisme combinés.

30. Le Directeur régional a noté que le Comité régional a conscience de la gravité de la question, puisqu'il a adopté trois résolutions sur la vaccination contre l'hépatite B depuis 2003. Ces efforts ont contribué à des résultats significatifs et permis d'atteindre certaines étapes – une prévalence chronique de moins de 2 % chez les enfants de cinq ans –, la Région étant désormais sur la bonne voie pour atteindre l'objectif plus ambitieux fixé par le Comité régional qui est de ramener la prévalence à moins de 1 % d'ici à 2017.

31. Malgré les succès reposant sur la vaccination, le Directeur régional a appelé le Comité régional à s'attaquer au fait que des millions de personnes dans la Région continuent d'être atteints par une infection chronique due au virus de l'hépatite et sont exposés au risque de cirrhose et de cancer hépatique. Mentionnant la disponibilité d'un nouveau traitement antiviral extrêmement efficace pour les hépatites chroniques B et C, le Directeur régional a souligné que négocier des prix beaucoup plus bas pour ces médicaments devait être une priorité, puisqu'ils devraient permettre de sauver des millions de vies dans la Région. Il a déclaré que le succès de la vaccination et la mise au point de ces nouveaux médicaments offraient l'occasion de réduire grandement l'épidémie d'hépatite virale dans la Région du Pacifique occidental.

32. En conclusion, le Directeur régional a invité le Comité régional à débattre et examiner, en vue de son adoption, le projet de *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020*, qui procède de consultations approfondies avec les États Membres et est aligné sur le projet de *Stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale*.

33. Les représentants ont fait le point sur la situation de l'hépatite dans leurs pays respectifs et ont largement appuyé le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020*, qui a été salué tant pour sa valeur d'exemple pour les autres régions que pour son réalisme. Le projet de plan d'action définit néanmoins d'ambitieuses étapes et cibles, et une délégation s'est interrogée sur l'opportunité de fixer des objectifs régionaux aussi audacieux. Diverses délégations ont évoqué le besoin de solides systèmes de surveillance pour que les pouvoirs publics prennent des décisions efficaces, reposant sur des bases factuelles : une plus large place devrait être accordée aux systèmes de surveillance de l'hépatite C et à l'épidémiologie de l'hépatite, et ces aspects devraient être couverts par les appareils statistiques nationaux.

34. Plusieurs délégations ont demandé à l'OMS de collaborer avec l'industrie pharmaceutique pour réduire le prix des médicaments contre l'hépatite, par exemple grâce à l'achat groupé ou régional de produits pharmaceutiques. Les antiviraux devraient être disponibles à tous dans le cadre des modalités de financement actuelles et autres des soins de santé. Le coût des traitements, qui reste inabordable pour de nombreux ménages, devrait être réglementé par des stratégies novatrices pour assurer l'accès universel sans épuiser les ressources des régimes de sécurité sociale. Parallèlement, le coût actuellement élevé des antiviraux ne devrait pas retarder la mise en œuvre de la stratégie, d'où la nécessité d'envisager une approche progressive ou par étapes. En tout état de cause, le plan d'action régional doit être suffisamment souple pour tenir compte des effets de la concurrence sur la tarification des traitements de toutes les formes de la maladie.

35. Certains représentants ont indiqué être conscients de l'important fardeau que représente l'hépatite dans la Région et du vif désir qui en découle de poursuivre résolument l'élaboration d'un document régional. Ils ont toutefois attiré l'attention sur le risque de dupliquer les dispositions de la *Stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale*, devant être examinée par le Conseil exécutif en janvier 2016. Les priorités et la terminologie des deux textes doivent être harmonisées en tenant compte des résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Secrétariat a été invité à décrire brièvement les efforts de coordination entrepris, le cas échéant, lors de la rédaction des deux documents. Diverses délégations ont également estimé que des mesures d'incitation appropriées devraient être prises pour favoriser la recherche et le développement de nouveaux antiviraux, et ont en conséquence exprimé leur intention de soumettre au Secrétariat un nouveau libellé sur la propriété intellectuelle en vue de son inclusion dans le projet de plan d'action régional.

36. Plusieurs délégations ont observé que les campagnes et programmes de lutte contre les comportements à risque liés à l'hépatite virale devraient rivaliser avec d'autres priorités de santé publique. L'une d'entre elles a proposé l'adoption d'une approche globale des maladies transmissibles inspirée des campagnes sur les maladies non transmissibles (MNT). Les stratégies de lutte contre l'hépatite doivent tenir compte des pratiques sociales et culturelles telles que les tatouages, le piercing, les transfusions sanguines et l'usage de drogue par voie intraveineuse, et les programmes de réduction des risques devraient être mis en œuvre conformément aux cadres juridiques de chaque pays.

37. D'autres points, tels que le rôle de la réglementation pour assurer la qualité des antiviraux, l'émergence possible de la résistance aux antiviraux et de formes pharmacorésistantes de la maladie, et l'inégalité de l'accès aux diagnostics et traitements spécialisés pour les insulaires océaniques devant être transférés à l'étranger, ont également été abordés.

38. Des déclarations ont été prononcées au nom de l'Alliance mondiale contre l'hépatite et de l'Association mondiale des sociétés de pathologie et biologie médicale.

39. Le Directeur, VIH/Hépatite au Siège de l'OMS, a félicité la Région du Pacifique occidental pour le succès impressionnant obtenu dans la réduction de l'infection par le virus de l'hépatite virale dans la Région. Il a félicité la Région pour avoir mis au point un plan d'action régional complet pour l'hépatite qui, selon lui, venait à point nommé et était conforme à la stratégie mondiale actuellement élaborée au Siège de l'OMS.

40. Il a noté que des vaccins étaient désormais disponibles contre l'hépatite A, B et E, que l'hépatite B pouvait être traitée et l'hépatite C guérie. Le défi à relever consiste à faire en sorte que toute la gamme des interventions soit mise à la disposition de tous ceux qui en ont besoin de la manière la plus équitable. Il a reconnu la nécessité de réduire les coûts, en particulier des médicaments contre l'hépatite C qui, dans la plupart des pays, sont toujours très élevés. Il a indiqué que plusieurs pays avaient pu au niveau mondial négocier des coûts nettement moins élevés et qu'il existait diverses possibilités de réduction des coûts, parmi lesquelles la tarification différenciée, les accords de licences volontaires, la production de génériques et l'octroi de licences obligatoires. De fait, plusieurs fabricants de médicaments génériques, en particulier en Inde, au Bangladesh et en Égypte, avaient commencé à produire des médicaments génériques pour soigner l'hépatite C.

41. Il a indiqué que le Siège de l'OMS soutenait les pays à travers divers mécanismes, en particulier un mécanisme visant à assurer la disponibilité de médicaments de qualité (préqualification) en établissant une base de données, les coûts des médicaments étant pris en charge dans divers pays, et en fournissant un soutien technique direct à la conception de méthodes de réduction des prix.

42. Le Directeur, HIV/Hépatite, a déclaré que la stratégie mondiale résulte de consultations approfondies. Dans le projet de stratégie, il est reconnu qu'il est nécessaire de disposer de données de

meilleure qualité et de systèmes de surveillance solides, de veiller à un accès aux interventions prioritaires, y compris le dépistage, la prévention et le traitement, et de mettre en place un mécanisme de financement solide. Il a indiqué que la stratégie visait à l'obtention de cibles primordiales d'ici à 2030, notamment une réduction de 90 % des nouvelles infections, et l'accès au traitement pour 80 % des personnes qui en ont besoin.

43. Il a invité les États Membres à examiner le projet de stratégie mondiale et à l'approuver lors des prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé. Les progrès accomplis dans les États et Territoires de la Région du Pacifique occidental, où la charge de morbidité due à l'hépatite est élevée, seront déterminants dans le succès de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre l'hépatite.

44. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles, répondant aussi aux interventions, a remercié l'ensemble des représentants pour leur soutien et leur contribution à l'élaboration du projet de stratégie. Il a aussi rappelé aux États Membres qu'ils devaient être fiers de leurs succès dans le combat contre l'hépatite, en particulier l'hépatite B. La difficulté, a-t-il ajouté, est de maintenir ce rythme. Il a assuré aux représentants que la collaboration et l'alignement avec le Siège de l'OMS ont été étroits et a ajouté que les éventuels éléments prioritaires supplémentaires issus de la version définitive du plan d'action mondial auraient aussi une traduction dans la Région.

45. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a souligné que bien que les États et Territoires, comme les experts, de la Région du Pacifique occidental montrent, à maints égards, la voie à suivre dans le combat contre l'hépatite, certaines approches adoptées dans la Région peuvent ne pas être applicables dans d'autres Régions où la situation concernant l'hépatite est différente, d'où la nécessité d'une stratégie régionale spécifique à la Région du Pacifique occidental.

46. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a aussi remercié les États Membres d'avoir insisté sur la nécessité de renforcer la surveillance et les données.

47. Il s'est également félicité des libellés proposés concernant la propriété intellectuelle et d'autres questions, qui seront insérés dans la version définitive du plan d'action régional. Il a souligné que l'OMS réitère son engagement à apporter son soutien technique à la lutte contre l'hépatite virale.

48. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a reconnu la nécessité de mettre davantage l'accent sur l'usage rationnel des médicaments et de mieux contrôler les médicaments et la résistance à ceux-ci. Il a convenu que la prise en compte des réalités nationales devait être un principe fondamental, garant de la viabilité du plan d'action régional.

49. S'agissant de la suggestion relative à un cadre unique pour les maladies transmissibles, il a déclaré que nous devons nous interroger sur la valeur ajoutée d'un tel cadre par rapport aux approches existantes. Il a dit que l'alignement des divers documents et stratégies est important en termes de style et de présentation pour que les spécialistes de la santé puissent s'y référer plus aisément.

50. En dernier lieu, le Directeur de la Division Maladies transmissibles a déclaré que la question de l'accès aux services spécialisés pour l'hépatite virale et d'autres maladies dans le Pacifique était importante et serait abordée plus avant avec la Division de l'Appui technique dans le Pacifique. Il a reconnu la nécessité de poursuivre l'application de stratégies préventives, puisque les nouveaux cas d'hépatite virale B et C sont évitables.

51. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur l'hépatite virale.

52. La résolution qui, entre autres, approuve le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020* a été adoptée (voir résolution WPR/RC66.R1).

#### ***Réunion-débat sur la couverture sanitaire universelle***

53. Le professeur Gabriel Leung, doyen de la Faculté de médecine Li Ka Shing de l'Université de Hong Kong (RAS de Hong Kong [Chine]), a dirigé une réunion-débat sur la couverture sanitaire universelle (CSU). Chaque participant a présenté un bref exposé puis répondu aux questions de l'auditoire.

54. M. Shanlian Hu, professeur à l'École de santé publique de l'Université Fudan et Directeur du Centre de recherche en développement de la santé de Shanghai (Chine) a résumé les progrès réalisés vers la CSU dans son pays, où les soins de santé primaires ont pu être assurés grâce au rétablissement des réseaux de médecins de famille et de médecins référents en place pendant les années 1960 et 1970. Cette évolution s'est produite en parallèle avec la réforme des hôpitaux. Dans le contexte de la CSU, l'efficacité allocative est plus importante que l'efficacité technique. Les hôpitaux tertiaires connaissent un développement rapide en Chine, qui contribue à l'affectation des ressources vers les soins de niveau supérieur. Les plans sanitaires régionaux doivent consacrer davantage de ressources aux soins de santé primaires, où les médecins de famille sont en rapport direct avec la population. Cette évolution nécessitera une volonté politique et une vision commune des rôles respectifs de l'État et des marchés. La CSU contribuera à l'établissement d'un système de santé plus mûr et plus stable, assorti de lignes directrices applicables à l'échelle locale, et à l'adoption d'une loi sur les soins de santé de base, en 2016, pour garantir des soins fondés sur la valeur utilisant les cinq caractéristiques de la CSU.

55. Le professeur Naoki Ikegami, professeur émérite de l'Université Kelo (Japon), a indiqué que la priorité est de ne pas provoquer la faillite de l'État ou des patients, tout en garantissant l'équité et l'accès à des services appropriés. Au Japon, la tarification des services est révisée tous les deux ans pour veiller à ce que les revenus des prestataires ne soient ni excessifs ni insuffisants. Ce processus favorise une intervention rapide, plutôt qu'une analyse abstraite. Les médecins devraient-ils espérer gagner 20 ou 30 fois plus que les infirmiers ? Et les spécialistes deux ou trois fois plus que les généralistes ? Un équilibre entre la rémunération et la satisfaction professionnelle a été recherché. Les spécialistes gagnent moins que les médecins de santé primaire travaillant en clinique, encourageant ainsi les premiers à s'orienter en cours de carrière vers les soins de santé primaires. Le coût de la santé au Japon est relativement faible comparé à celui des autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'État doit gérer les attentes des médecins et des patients avec réalisme. Les coûts pourraient être maîtrisés dans un souci d'équité, tant que les attentes n'atteignent pas des niveaux de soins uniquement accessibles aux riches.

56. Le professeur Soonman Kwon, de l'École de santé publique de l'Université nationale de Séoul (République de Corée) a soulevé trois points : la volonté politique de l'État ; l'établissement des priorités ; et la prestation des services et les systèmes de paiements. Depuis les premières expériences allemandes jusqu'à nos jours, la volonté politique a toujours été un important déterminant de la CSU. Si elle est financée par la fiscalité, le secteur de la santé devrait bénéficier de financements accrus, mais l'État devrait subventionner la participation des pauvres même en cas de rémunération des services. L'État devrait être capable et désireux de réglementer le prix des médicaments ainsi que le comportement du secteur privé. Des systèmes de prestation et de paiements devraient être utilisés pour surveiller les comportements des prestataires et renforcer les soins de santé primaires ainsi que le système public de prestation associé. En l'absence de confiance dans le système public, la population se tourne vers les prestataires privés. La modicité des ressources disponibles exige une prise de décisions efficaces et équitables. La CSU repose sur un compromis entre la couverture démographique et la prise en charge des coûts, et entre l'efficacité et l'équité. Une enveloppe de prestations trop généreuse serait difficile à offrir, tandis qu'une enveloppe trop restreinte serait

insuffisante. Devrait-elle être conçue pour couvrir des affections ou des services spécifiques ? Les pouvoirs publics doivent choisir entre la prise en charge de médicaments chers contre des maladies rares et le traitement d'un plus grand nombre de patients avec la même somme. Les experts sont compétents pour fournir des données, mais les choix reposent sur des jugements de valeur ou des décisions éthiques, auxquels le public devrait prendre part. Il convient de rappeler aux ministères des finances que les dépenses de santé représentent un investissement dans l'amélioration de la croissance et des résultats. Sur le plan politique, la CSU est un moyen de recueillir des voix dans de nombreux pays à revenu intermédiaire. Elle pourrait même être utilisée par les régimes autoritaires pour éviter les troubles et apaiser le mécontentement.

57. Le Dr Don Matheson, un spécialiste en santé publique de Nouvelle-Zélande, a évoqué les obstacles entravant le développement sanitaire dans le Pacifique. Il a cité les MNT, des niveaux record de diabète, les problèmes de santé de la mère et de l'enfant et les maladies transmissibles. Quatre-vingt-cinq pour cent des insulaires océaniques n'atteindront pas les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement (OMD) à la fin de 2015. Les pays de la ceinture de feu, qui bordent les rives est et ouest de l'océan Pacifique, observent que le changement climatique vient également entraver leurs efforts de développement, des communautés entières étant menacées par l'élévation du niveau de la mer. Les ministres de la santé ne sont pas chargés de ces grands enjeux mondiaux mais plutôt de l'équilibre des budgets, du financement, des doléances liées à l'insuffisance des traitements, de l'amélioration de la confiance et de la gestion des hôpitaux bondés de malades qui auraient dû être traités dans leur collectivité, ainsi que des nouvelles flambées épidémiques. Quelle est la place de la CSU dans le paysage politique océanien ?

58. L'initiative Îles-santé reste appréciée 20 ans après sa mise en œuvre. Les éléments fondamentaux de l'OMS – financements, personnels, médicaments, bâtiments et systèmes d'information – ont joué un rôle essentiel mais insuffisant. La CSU est le troisième pilier à cet égard et il est important de se rappeler que les solutions dans ce domaine sont spécifiques à chaque pays. Les pouvoirs publics devraient se concentrer sur les moyens d'action possibles qui ont influencé les cinq aspects de la CSU plutôt que sur des points spécifiques. Les ministères de la santé savent qu'il vaut mieux prévenir que guérir et que les soins primaires devraient précéder les soins secondaires ou de niveau supérieur, mais cette prise de conscience ne s'est pas nécessairement traduite dans la pratique car ils n'ont pas suffisamment réfléchi à l'équilibre des forces au sein des systèmes de prestation de services. Dans les petits pays en particulier, les professionnels de la santé occupant des postes élevés ont des pouvoirs fort étendus et leur soutien est donc nécessaire pour faire avancer la cause de l'équité. La participation des organisations non gouvernementales et de la société civile doit également être suscitée.

59. Le Dr Ke Xu, Coordinateur de la section Politiques de santé et financement au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, a évoqué les cinq principales caractéristiques de la CSU. Elle a notamment évoqué la notion d'efficacité et les mythes associés. D'aucuns pensent que l'efficacité compromet l'équité. Mais alors que 20 à 40 % des ressources ont été gaspillées, des gains d'efficacité devraient pouvoir améliorer l'équité, par exemple en transférant les ressources des hôpitaux vers les soins primaires. D'autres pensent que l'efficacité est synonyme d'économies et de compressions budgétaires, alors que des investissements supplémentaires sont généralement nécessaires pour l'améliorer. D'autres encore pensent qu'il suffit que tous les sous-programmes soient efficaces pour que l'ensemble du système le soit. En réalité, bien qu'un hôpital tertiaire surchargé puisse être efficace en soi, il accapare sans doute des ressources humaines et autres de niveaux mieux placés pour traiter certains de ses patients. Le dépistage précoce, la prise en charge des cas et le traitement devraient être intégrés, car il ne sert à rien de diagnostiquer une maladie si l'on ne prend pas ensuite les mesures qui s'imposent. Pourrait-on concevoir un ensemble d'incitations susceptibles d'induire les comportements souhaités ? Des enveloppes de prestations pourraient être conçues pour gérer les attentes à condition que les principaux objectifs soient clairement définis. Les règles doivent être constamment modifiées pour éviter que les gens n'abusent le système.

60. Concernant le rôle de l'innovation dans la CSU, les participants à la table ronde ont prié instamment les pays de soutenir l'innovation technique et organisationnelle au niveau de leurs propres systèmes, plutôt que de considérer l'innovation comme quelque chose devant être importée ou exportée. La part du budget consacrée à la recherche et au développement varie en fonction de l'économie nationale, qui n'est généralement pas fortement influencée par la politique de santé.

**COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : Point 11 de l'ordre du jour  
(document WPR RC66/6)**

61. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a fait observer que les États Membres se sont déjà engagés à appliquer les principes de la CSU et ont accompli d'importants progrès dans ce domaine ces dernières années. La CSU constitue également un socle solide pour la réalisation des ODD. Ces dix dernières années, le Comité régional a adopté six stratégies liées aux systèmes de santé, dont la majorité sont arrivées à expiration cette année. Une étude détaillée réalisée en 2013 suggérait que l'adoption d'une approche systémique du secteur de la santé serait essentielle à la réalisation de la CSU dans les États Membres. Ceux-ci ont également souligné le besoin d'approches nationales de la CSU, dans le cadre de politiques et de plans sanitaires nationaux. Compte tenu de ces recommandations, le projet de cadre d'action intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* a intégré les différentes stratégies relatives aux systèmes de santé pour relever les défis du secteur dans la Région.

62. Ce cadre définit 15 principaux domaines d'action et cinq caractéristiques essentielles qui permettront aux États Membres de progresser stratégiquement sur la voie de la CSU. Il appuie la mise en œuvre de mécanismes adaptés au contexte et aux priorités des pays et correspondant aux politiques et aux plans des États. Le Comité régional a été invité à débattre du projet de cadre d'action *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* et à envisager son approbation.

63. Tous les intervenants se sont félicités du texte et ont approuvé le cadre, qui fournit des orientations sur des problèmes communs et des illustrations concrètes d'approches spécifiques applicables dans divers contextes nationaux. Un représentant aurait voulu que le cadre directeur accorde une plus grande importance aux collectivités, car la participation des consommateurs contribuerait à des décisions plus éclairées et à une confiance accrue. Les représentants sont convenus que la CSU n'est pas un objectif nouveau ni indépendant, mais un cadre devant être dûment intégré dans le programme de l'après-2015, dans le sillage des OMD et des ODD.

64. Les problèmes difficiles, tels que les moyens de fournir un filet de sécurité tout en maîtrisant les coûts, ont fait apparaître le besoin de renforcer l'analyse et de partager les expériences internationales. Ces efforts devraient couvrir les indicateurs et ne pas se limiter aux questions de détail, mais aussi aborder le développement de l'ensemble du système de santé et l'amélioration des politiques. Une approche multisectorielle, incluant le secteur privé et les dons caritatifs, s'impose. De même que des partenariats avec la société civile et les organes internationaux. De nombreux pays ont remercié l'OMS et divers États Membres pour leur soutien au développement de la CSU, et ont demandé une plus grande assistance, que d'autres ont offerte, sous la forme de conseils d'experts, d'exemplaires d'un rapport sur une réunion ministérielle sur la CSU, et d'un soutien au partage d'informations et d'expériences, avec un accès à des ressources techniques en vue de la collecte de données et d'activités connexes.

65. Le cadre d'action sur la CSU étant une initiative régionale, le Bureau régional du Pacifique occidental devrait fournir des informations sur les meilleures pratiques ainsi que des lignes directrices nationales pour éclairer les pays quant aux actions à mettre en œuvre et aux problèmes à surmonter. La relation entre ce cadre et les documents existants, tels que les ODD et le rapport conjoint OMS-Banque mondiale intitulé *Tracking Universal Health Coverage* et publié en juin 2015, devrait être précisée.

66. Plusieurs représentants ont indiqué que la CSU était déjà intégrée ou en cours d'intégration dans la législation sanitaire et les réformes des soins de santé de leur pays, et qu'elles privilégiaient, selon le cas, la gouvernance, la prestation, le financement, les partenariats ou la coordination. De nombreux représentants ont attiré l'attention sur la revitalisation des soins de santé primaires, au vu de leur fonction de référent, pour rationaliser l'utilisation des hôpitaux, étendre la couverture et maîtriser les coûts. Il convient d'augmenter le nombre et les compétences des agents de santé et de retenir leurs services.

67. Dans certains pays où les soins de santé sont gratuits pour l'ensemble ou une partie de la population, la possibilité de recouvrement des coûts par le biais de la participation financière des usagers est limitée. La fiscalité du tabac et de l'alcool couvre une partie des coûts, mais le coût du traitement des MNT, des soins des personnes âgées et de la gestion des flambées épidémiques pourrait s'avérer insupportable. Lorsque l'accès universel à un ensemble de services de soins essentiels est garanti, les ressources requises en matière d'infrastructure, de médicaments et de diagnostic, ainsi que les équipes nécessaires de soins primaires, ne sont pas toujours en place. Les besoins des migrants et des populations insulaires isolées devraient également être couverts. Il convient de procéder au financement durable de la santé et à la répartition des risques. Les avantages de la CSU sont évidents dans les pays où elle est une réalité.

68. Des déclarations ont été prononcées par le Groupe d'examen indépendant d'experts (iERG), l'Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme (APLMA), la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) et l'Alliance internationale des organisations de patients (IAPO).

69. Des déclarations écrites ont été soumises par la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine (IFMSA), le Conseil international des infirmières (CII) et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM).

70. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a remercié les représentants de leurs discussions fructueuses sur les défis partagés et les solutions communes. Répondant aux interventions sur les indicateurs de suivi et d'évaluation, en particulier pour ce qui est des objectifs de développement durable (ODD), elle a mentionné l'existence d'une proposition d'indicateurs pour la CSU et d'une liste mondiale de référence comprenant 100 indicateurs essentiels publiée par l'OMS. Elle a noté la charge administrative potentielle que représentaient ces données et indiqué que l'OMS continuerait à travailler avec les pays pour contribuer à déterminer quels indicateurs seraient les plus appropriés selon les différents contextes.

71. Pour ce qui est des systèmes de prestation de services, elle s'est ralliée aux interventions qui soulignaient la nécessité de soins centrés sur la personne et de services de santé intégrés. Elle a souligné l'importance de telles approches, en particulier dans l'optique des maladies non transmissibles (MNT), notamment dans le cadre de la prestation des soins de santé primaires. Elle a souligné les besoins en ressources humaines qui vont de pair avec l'obtention des objectifs de soins centrés sur la personne et de services de santé intégrés, ainsi que la nécessité de mobiliser les communautés.

72. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a pris note des interventions relatives à l'importance du financement et de la législation, y compris les questions de réglementation dans la lutte contre les MNT et la commercialisation des aliments nocifs pour la santé, en particulier à l'intention des enfants. Elle a pris note des diverses approches, en particulier celles qui soutiennent les démarches préventives, parmi lesquelles les taxes antitabac ou autres, permettant de promouvoir la santé. Elle s'est dite favorable aux interventions qui incitent à renforcer les bases de données factuelles et à mener des recherches supplémentaires sur les démarches efficaces en matière de prestation des services de santé et sur l'impact des divers programmes de financement.



73. La difficulté, a-t-elle dit, est de renforcer les capacités de recherche dans le domaine des politiques et des services de santé de sorte que les informations puissent être traduites en politiques, en partie grâce à l'amélioration de la gestion des connaissances et de la médiation. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a déclaré que même si des mégadonnées existent déjà dans certains pays à revenu élevé, le renforcement des systèmes d'assurance-maladie dans d'autres pays peut fournir de nouvelles informations pour aider les fonctionnaires de la santé à mieux comprendre les schémas d'utilisation des soins.

74. Pour conclure, le Directeur de la Division Systèmes de santé a assuré aux États Membres que l'OMS et le Directeur régional sont tout à fait disposés à s'engager dans des dialogues de haut niveau dans les divers secteurs de gouvernement, tout comme l'Organisation est prête à soutenir les besoins techniques des États Membres.

75. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur la couverture sanitaire universelle.

76. La résolution qui, entre autres, approuve le cadre d'action régional intitulé *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* a été adoptée (voir résolution WPR/RC66.R2).

#### **TUBERCULOSE : Point 10 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/5)**

77. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a présenté le document WPR/RC66/5 sur le projet de *Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016-2020*. Il a noté que la tuberculose coûte chaque année la vie à plus de 100 000 personnes dans la Région, soit une baisse des deux tiers par rapport au nombre de décès il y a 25 ans. Cependant, la mortalité due à la maladie reste intolérablement élevée. Il a aussi noté que la Région reste confrontée à de nouveaux défis, tels que la menace émergente de la tuberculose résistante aux médicaments et de la tuberculose parmi les groupes vulnérables.

78. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a apprécié le soutien des États Membres qui ont dirigé les efforts visant à relever les défis posés par la tuberculose dans le cadre de la *Stratégie régionale visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental (2011-2015)*. Il a déclaré que cette expérience avait inspiré l'élaboration de la *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*, connue aussi sous le nom de *Stratégie Halte à la tuberculose*, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014. Afin de faciliter l'adaptation de la stratégie dans les pays, le projet de *Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016-2020* a été élaboré en concertation avec des experts et les États Membres.

79. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a souligné les orientations, les objectifs et les priorités du cadre régional. Il a noté que pour que le cadre soit efficace, des politiques nationales ambitieuses s'appuyant sur une solide volonté politique et un financement durable seraient nécessaires.

80. Les représentants ont fait le point sur la situation de la tuberculose dans leurs pays respectifs et ont largement appuyé le projet de cadre d'action régional, qui met l'accent sur l'éradication plutôt que la maîtrise de la maladie et sur l'importance des actions intersectorielles menées dans cette optique. Plusieurs représentants ont noté que le projet de cadre a été spécifiquement conçu pour la Région, est suffisamment souple pour être adapté au contexte de chaque pays, et devrait fournir de précieuses orientations aux initiatives nationales, propices à l'intensification des interventions nationales en association avec les autres partenaires de la lutte contre la tuberculose tels que les Centres de lutte contre la maladie des États-Unis et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

81. Les délégations ont notamment évoqué le problème de la tuberculose dans les groupes à haut risque et vulnérables, tels que les enfants et les populations transfrontalières fortement mobiles. Concernant ces dernières, une attention accrue devrait être accordée aux mécanismes de notification et aux réseaux d'orientation internationaux. La tuberculose chez les personnes âgées et la protection socio-économique des personnes frappées par la maladie ont été mentionnées en tant que nouveaux enjeux, de même que la continuité du soutien aux patients et le traitement de l'infection tuberculeuse latente. Parallèlement, diverses délégations ont évoqué le problème de la discrimination et des préjugés à l'encontre des tuberculeux, qui pourraient être surmontés par l'éducation et la sensibilisation. Les représentants se sont félicités de l'importance accordée par le projet de cadre aux liens entre la tuberculose et les MNT, à la co-épidémie tuberculose-diabète et à la co-infection TB-VIH. Les comportements sociaux des individus et des collectivités qui entravent les efforts d'élimination de la tuberculose devraient être mieux connus.

82. Un représentant a noté une incohérence entre le projet de cadre régional et la *Stratégie Halte à la tuberculose*, qui accorde une plus grande importance aux traitements de base spécifiques. Le Secrétariat devrait expliquer cette apparente différence d'approche. Un autre représentant a demandé si l'OMS disposait d'une gamme suffisante d'antituberculeux présélectionnés et, dans la négative, de faire part de ses projets de compléter la liste.

83. Une déclaration a été prononcée au nom de l'Organisation internationale pour les migrations.

84. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a remercié les représentants ayant pris la parole, en particulier sur le projet de *Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016-2020*. Répondant à une intervention sur les groupes à haut risque, tels que les populations très mobiles, il a indiqué que la tuberculose ne peut être réduite si des services ne sont pas disponibles pour les populations difficiles à atteindre. Il a indiqué que l'OMS est consciente de la nécessité de disposer de systèmes simples et durables pour l'échange d'informations sur les patients tuberculeux, en particulier ceux qui n'ont pas commencé ou achevé le traitement parce qu'ils se déplacent.

85. Il a fait référence à la structure des points focaux nationaux établis au titre du Règlement sanitaire international comme étant une solution efficace pour partager ce type d'informations. Il a déclaré que l'Organisation mènerait une analyse plus poussée afin de proposer des recommandations complémentaires.

86. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a également répondu à une intervention sur la tuberculose multirésistante (MR) et la tuberculose ultrarésistante (UR), qui sont des menaces fondamentales pour les avancées obtenues dans la lutte contre la maladie. Il a indiqué que dans de nombreux pays, une grande proportion du nombre total estimé de cas de tuberculose MR était sous-diagnostiquée et mal traitée, ce qui représentait un défi complexe.

87. Répondant aux interventions sur la protection des risques socio-économiques et sociaux, le Directeur de la Division Maladies transmissibles a souligné combien il importait de combattre stigmatisation et discrimination, sachant que les patients évitent fréquemment de chercher à obtenir un traitement par crainte d'y être confronté. Se référant à une observation formulée par la Papouasie-Nouvelle-Guinée sur les zones sensibles dans ce pays, il a mis en lumière l'importance d'une prise en mains au plus haut niveau pour combattre ce problème.

88. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a également mentionné que le cadre régional souligne efficacement les problèmes fondamentaux à l'intersection entre tuberculose et MNT, tels que le diabète et le tabagisme.

89. Répondant à une intervention sur les différences entre les stratégies mondiales et les stratégies régionales, il a indiqué que la stratégie mondiale répondait à la question « quoi ? » – l'accord fondamental sur ce que nous devons obtenir – tandis que le cadre régional répondait à la question « comment ? » – comment les États et Territoires peuvent mettre en œuvre les approches et les services. Il a souligné que la stratégie mondiale et le cadre régional n'étaient pas contradictoires, mais tous deux nécessaires.

90. Pour conclure, il a souligné la nécessité d'une action intersectorielle sur la tuberculose et d'autres maladies transmissibles. Il a rappelé aux participants que si les États et Territoires de l'ensemble de la Région peuvent être fiers des réalisations régionales dans le domaine de la tuberculose, des risques importants requièrent encore des efforts concertés.

91. Le Comité a examiné un projet de résolution sur la tuberculose.

92. La résolution qui, entre autres, approuve le *Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016-2020* a été adoptée (voir résolution WPR/RC66.R3).

### **PRÉVENTION DE LA VIOLENCE ET DES TRAUMATISMES : Point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/7)**

93. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a présenté le document WPR/RC66/7 sur la prévention de la violence et des traumatismes dans la Région du Pacifique occidental. Elle a indiqué que la violence et les traumatismes, qui incluent les accidents de la route, les chutes, les noyades et la violence interpersonnelle, causent plus d'un million de décès dans la Région. Elle a noté que le Comité régional avait approuvé en 2012 une résolution sur la prévention de la violence et des traumatismes qui avait permis d'intensifier les interventions. Des consultations ont ensuite eu lieu de 2013 à 2015 avec divers secteurs et experts dans les États Membres sur l'élaboration du projet de plan d'action régional.

94. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a décrit le *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)* comme étant une synthèse des recommandations fondées sur des données factuelles, des orientations normatives et des plans stratégiques de l'OMS portant sur les traumatismes non intentionnels et la violence interpersonnelle. Elle a noté que le projet de plan d'action régional est aligné sur les composantes du Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 et le projet de *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants*, qui sera discuté de manière plus approfondie par le Conseil exécutif en janvier 2016. Elle a aussi souligné que la priorité élevée accordée à la prévention de la violence et des traumatismes dans les objectifs de développement durable (ODD) renforce l'importance de la question. Le plan d'action régional est un outil devant contribuer à la réalisation d'ODD spécifiques par les États Membres.

95. Pour conclure, le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a invité le Comité régional à débattre du projet de *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)* en vue de son adoption.

96. Une brève vidéo sur l'importance de la prévention de la violence et des traumatismes et de ce point de l'ordre du jour a été présentée.

97. Les représentants ont fait le point sur la situation de la violence et des traumatismes dans leurs pays respectifs et ont appuyé le *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)*, qui a été salué en tant qu'instrument ouvrant la voie à une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et qu'outil susceptible d'orienter l'élaboration de politiques reposant sur des données factuelles. Plusieurs représentants ont évoqué le besoin de renforcer les systèmes d'information sanitaire dans la perspective d'une prise de décision efficace et ont demandé une assistance technique et la coordination de la collaboration régionale dans le cadre de stratégies et de mesures spécifiques, de projets pilotes, du suivi des tendances, et de la collecte et du partage de données factuelles en vue de l'élaboration de recommandations pratiques adaptées. Le besoin d'adopter une approche multisectorielle, intégrant les contributions des foyers et des collectivités et les mécanismes d'application de la loi visant la modification des comportements à risque, a été généralement admis. Parallèlement, il est possible que certaines mesures visant à réduire la violence et les traumatismes se heurtent à la culture et aux traditions locales, et que des adaptations aux contextes nationaux soient nécessaires.

98. La violence et les traumatismes portent atteinte à la santé publique et aux droits de l'homme, et il est donc opportun que le projet de plan d'action mette l'accent sur les groupes vulnérables, tels que les femmes, les enfants et les personnes handicapées. Le libellé du plan d'action devrait être renforcé pour souligner l'importance de la sexospécificité en tant que facteur de risque spécifique. Divers représentants ont évoqué des aspects spécifiques de la prévention de la violence et des traumatismes, notamment la violence liée aux armes à feu, la violence et les traumatismes liés à l'abus d'alcool ou de drogues, la violence entre partenaires intimes, et la nécessité d'offrir des programmes s'attaquant à l'accoutumance, y compris le besoin d'augmenter le nombre d'agents qualifiés pour gérer les conséquences de la violence.

99. Pour répondre aux interventions, le Directeur du Département Prise en charge des maladies non transmissibles, handicap et prévention de la violence et des traumatismes (NVI) au Siège de l'OMS a remercié les délégués qui ont fait part de leur soutien au *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)*. Il a rappelé que la violence et les traumatismes sont d'importantes questions de santé publique, sachant que les accidents de la route, les homicides, les suicides et la noyade figurent parmi les principales causes de décès, en particulier chez les jeunes, et représentent des coûts considérables en matière de services.

100. Le Directeur, NVI, a reconnu que les réactions sur ce sujet sont souvent fatalistes, comme si rien ne pouvait être fait pour prévenir de telles tragédies. Par conséquent, il s'est dit heureux que des questions telles que les données, l'identification des facteurs de risque, les interventions potentielles et les approches multisectorielles aient été abordées. Il a souligné que le projet de plan d'action régional faciliterait la définition des rôles contribuant dans chaque secteur à la collecte des données, aux services de santé publique, à la sensibilisation et à la prévention. Répondant à une demande relative au renforcement des capacités, il a saisi cette occasion pour informer les participants du programme de formation Teach VIP : un instrument à utiliser dans les écoles de santé publique, disponible sur le site du Siège de l'OMS.

101. Le Directeur, NVI, a déclaré que le plan d'action régional contribuerait à soutenir les objectifs de développement durable (ODD), puisque la lutte contre la violence et les traumatismes est inscrite dans le cadre des objectifs de développement durable qui viennent d'être adoptés.

102. Il a également mentionné le projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des enfants, qui est désormais disponible en vue de la formulation d'observations. Il a noté qu'un processus de consultation mondiale officielle avec les États Membres se tiendrait du 2 au 4 novembre 2015 au Siège de l'OMS afin d'établir la version définitive du plan en vue de son examen par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

103. Pour conclure, il a invité les représentants à participer à la réunion ministérielle sur la sécurité routière qui se tiendra au Brésil en novembre 2015. Cette réunion sera l'occasion d'un examen à mi-parcours de la Décennie d'action pour la sécurité routière ainsi que d'un débat/examen relatif à la mise en œuvre des ODD.

104. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a apporté des réponses à d'autres interventions. Elle a remercié les États Membres d'avoir donné un aperçu du considérable travail réalisé dans ce domaine. Elle s'est dite consciente des obstacles et difficultés rencontrés par les États Membres pour travailler de manière transversale avec de multiples secteurs, en utilisant des approches faisant appel à tous les secteurs publics et intégrant tous les acteurs de la société.

105. Répondant aux interventions concernant les groupes vulnérables, le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a pris acte des observations des États Membres concernant la nécessité de réduire la vulnérabilité des enfants, des travailleurs, des personnes âgées, et des survivants de la violence interpersonnelle ou domestique. Elle a souligné l'importance des programmes, des services et de la législation visant à protéger les groupes vulnérables et rappelé la nécessité de soutenir ceux qui souffrent des effets à long terme de la violence et des traumatismes.

106. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a également noté que le plan d'action met l'accent sur les liens clairs établis entre, d'une part, les violences et les traumatismes et, d'autre part, la santé mentale et l'abus de substances, un sujet abordé lors de nombreuses interventions. Elle a souligné que les traumatismes ne sont pas des « accidents » et qu'ils peuvent être évités et prévenus grâce à la législation, à la réglementation et à des programmes de prévention.

107. En réponse à une intervention sur le besoin de plus de données factuelles, elle a indiqué qu'il fallait une approche tactique pour aborder certains problèmes immédiats, mais aussi des approches stratégiques à long terme, notamment des lois et réglementations pour s'attaquer aux causes sous-jacentes. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a aussi marqué son accord avec les interventions mettant l'accent sur le rôle joué par la culture et les règles sociales dans la réponse à apporter à ces questions.

108. Elle a aussi dit apprécier les observations formulées sur l'amélioration du texte du cadre et s'en est félicitée, et elle a ajouté que de plus amples observations seraient recueillies et débattues lors de la réunion des rapporteurs.

109. Pour conclure, le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a remercié les États Membres de leur soutien et s'est dit confiante dans le fait que le plan d'action régional serait utilisé comme un outil efficace pour soutenir l'action au niveau national et les progrès vers la réalisation des ODD.

110. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur la prévention de la violence et des traumatismes.

111. La résolution qui, entre autres, approuve le *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020)* a été adoptée (voir résolution WPR/RC66.R4).

**SANTÉ URBAINE : Point 13 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/8)**

112. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a présenté le document WPR/RC66/8 sur le projet de *Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020 : des villes saines et résilientes*. Elle a fait remarquer que le Pacifique occidental a largement bénéficié d'un développement et d'une croissance économique rapides, sans doute plus que toute autre région de l'OMS. Cette évolution a toutefois eu des conséquences inattendues. En particulier, de nombreuses zones urbaines de la Région se sont développées plus rapidement que leur capacité à fournir des infrastructures de logement, d'approvisionnement en eau et d'assainissement sûres. Elle a mentionné les graves problèmes de santé publique posés par une infrastructure insuffisante, notamment pour les populations urbaines défavorisées, les migrants et les autres groupes vulnérables. Ces problèmes sont encore aggravés par le changement climatique, les catastrophes et les migrations.

113. Par le passé, a-t-elle déclaré, les initiatives en faveur des villes-santé et des îles-santé ont permis de mobiliser efficacement un soutien pour atténuer ces difficultés complexes. Elle a indiqué que l'OMS avait soutenu des interventions pour tenir compte des déterminants de la santé dans des contextes différents : villes, îles, villages, écoles et lieux de travail.

114. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a déclaré que les efforts doivent désormais aller au-delà des contextes, en vue de l'adoption d'une approche à l'échelle de tout le système. Une volonté politique solide et une direction efficace sont nécessaires pour garantir que la santé reste au centre de la prise de décision politique. Elle a souligné que la santé est une pierre angulaire pour atteindre bon nombre des ODD, et noté que le projet de plan d'action régional aiderait les États Membres à atteindre l'ODD 11, qui souligne l'importance de veiller à ce que les villes et les établissements humains n'excluent personne et soient sûrs, résilients et durables.

115. Un représentant a noté que la planification urbaine ne relève pas des institutions sanitaires nationales et qu'il est donc urgent d'impliquer les urbanistes dans les discussions sur la santé. D'autres ont décrit des programmes nationaux visant à intégrer la santé dans la planification urbaine dès le départ, par exemple en prévoyant des itinéraires piétons et des pistes cyclables et des réseaux de transport en commun.

116. Plusieurs délégations ont sollicité un soutien et des conseils techniques en matière de mise en œuvre et ont demandé que les facteurs économiques, sociaux, démographiques et épidémiologiques intervenant dans l'urbanisation soient pris en compte dans le projet de cadre, en plus des facteurs concernant la santé publique.

117. Le Directeur du Centre de l'OMS pour le développement sanitaire de Kobé (WKC) s'est félicité de l'élaboration du plan d'action régional qui arrive à point nommé. Il a noté que le plan s'inspire d'une décennie de travaux menés par le WKC, le Bureau régional pour le Pacifique occidental et les États Membres afin d'étendre la base de données factuelles et d'appréhender les inégalités en milieu urbain, ainsi que leurs déterminants sociaux. La mise en œuvre du plan offre des occasions majeures de créer des synergies entre les objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3 (santé) et l'ODD 11 (villes et établissements humains), et de contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et de lutter contre les inégalités en santé. Il a suggéré qu'il serait donc important pour les pays de prendre en compte les questions de décentralisation, essentielles à l'adaptation du plan d'action régional aux contextes nationaux. Le Directeur du Centre de Kobé a noté que les villes sont pour les pays des laboratoires de conception et de mise en œuvre de nombreux programmes et systèmes de santé.

118. Au niveau mondial, le Directeur du Centre de Kobé a fait savoir que le deuxième rapport mondial OMS-ONU-HABITAT sur la santé urbaine, en cours d'achèvement, serait publié au début de 2016 et fournirait des données factuelles, des enseignements et des informations sur les lacunes dans les domaines de la santé urbaine, des inégalités sanitaires et des actions faisant intervenir d'autres secteurs. Il a mentionné l'occasion offerte de discuter de la santé urbaine dans le contexte plus large d'HABITAT III en 2016, ainsi que la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé devant se tenir à Shanghai en novembre 2016.

119. Le Directeur du Centre de Kobé a souligné que le Centre OMS de Kobé travaillait en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental pour aider les États Membres en fournissant des outils et des approches utiles, et en partageant les enseignements de l'expérience. Il a mentionné l'outil *Urban HEART* comme étant un instrument largement utilisé, composé d'un ensemble d'indicateurs illustrant les déterminants de la santé pour évaluer les conditions et les inégalités en santé, mobiliser les communautés, et donner la priorité aux interventions transsectorielles pour faire face aux inégalités. Il a mentionné les outils élaborés par le Centre de Kobé à l'intention des pays, dont un indice de santé urbaine, de nouveaux indicateurs pour évaluer l'adaptation des villes aux personnes âgées, et des orientations pratiques pour promouvoir l'action intersectorielle.

120. Pour conclure, il a déclaré que le Centre de Kobé continuerait à collaborer étroitement avec le Bureau régional pour apporter un soutien aux pays en vue du renforcement des capacités et de la création de nouvelles bases factuelles.

121. Continuant à répondre aux interventions, le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, a rappelé le contexte de la promotion de la santé dans la Région du Pacifique occidental, soulignant l'importance des initiatives en faveur des villes-santé et des îles-santé, qui ont servi de tremplin à une action intersectorielle et à des changements positifs. Elle a remercié les États Membres pour la perspicacité de leurs interventions et salué les résultats obtenus par les États Membres après de longues années de travail sur les villes-santé au Japon, en RAS de Hong Kong (Chine), aux Philippines et en République de Corée, ainsi que dans le cadre de l'initiative pour l'hygiène dans les villes en Chine.

122. Elle a indiqué qu'il n'est plus possible de répondre aux menaces pour la santé publique dans des zones urbaines circonscrites et que les déterminants sociaux et environnementaux ont des effets allant au-delà de la compétence des villes. Les migrations et le changement climatique peuvent accroître les risques de maladies transmissibles telles que la dengue. L'absence d'espaces suffisants pour l'activité physique accroît le risque de maladies non transmissibles. L'accumulation des déchets urbains et les capacités limitées de recyclage exposent les communautés humaines à des substances biologiques et chimiques toxiques.

123. Pour répondre aux interventions sur le renforcement des capacités et la promotion de la planification urbaine, elle a déclaré que de nombreuses villes de la Région peuvent partager de précieuses expériences sur le rôle que peut jouer la santé dans la planification urbaine. Elle a souligné la nécessité de poursuivre le renforcement des capacités, en particulier pour la planification urbaine et la promotion de la santé.

124. Elle a dit apprécier les suggestions formulées en vue d'apporter certaines modifications au libellé du cadre régional et dit que ces suggestions seraient transmises aux rapporteurs et incluses à la fois dans la résolution approuvant le cadre et dans le cadre lui-même.

125. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a déclaré que de nombreuses villes apportent de réels changements et jouent un rôle directeur dans l'action mondiale de santé publique. Par exemple, des maires se sont activement

engagés dans la prochaine Conférence des Parties sur les changements climatiques, qui se tiendra en fin d'année. De nombreuses villes, a-t-elle dit, servent de modèles et contribuent au changement des comportements, aux échelles nationale et internationale, concernant la manière de concilier environnement, santé et société dans les zones où l'urbanisation est rapide.

126. Le Comité a examiné un projet de résolution sur la santé urbaine.

127. La résolution qui, entre autres, approuve le *Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020 : des villes saines et résilientes* a été adoptée avec quelques amendements mineurs (voir résolution WPR/RC66.R5).

#### **RAPPORTS DE SITUATION SUR LES PROGRAMMES TECHNIQUES : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/9) PARTIE 1**

128. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a présenté le document, qui résume les progrès relatifs à la mise en œuvre des programmes techniques. Il a indiqué que la discussion serait divisée en deux parties distinctes. La première comprend des mises à jour sur les trois premiers rapports de situation : 1) sécurité sanitaire des aliments ; 2) Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010) et Règlement sanitaire international (2005) ; et 3) maladies tropicales négligées et lèpre.

129. Il a souligné les progrès accomplis dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments suite à l'approbation, en 2011 par le Comité régional, de la *Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments (2011-2015)*. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a ensuite noté que suite à un examen complet de la mise en œuvre de la stratégie régionale en matière de sécurité sanitaire des aliments et des activités prioritaires menées à bien au cours de l'année écoulée, les États Membres ont reconnu et confirmé que la stratégie reste pertinente au-delà de 2015.

130. S'agissant de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique ou SMEAP, le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que sa pertinence et son importance ont été à nouveau confirmées dans le cadre d'une évaluation approfondie menée en 2015 et portant sur la mise en œuvre de la stratégie au cours des neuf années précédentes. La SMEAP a également été testée en temps réel dans le cadre d'événements de santé publique, y compris les flambées récentes d'Ebola et de MERS-CoV.

131. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué qu'en juillet 2015, le Groupe consultatif technique sur la SMEAP a recommandé que l'OMS dirige un processus consultatif pour actualiser la stratégie. Le Groupe consultatif a également confirmé que les actions régionales visant à la mise en œuvre de la SMEAP étaient alignées sur les efforts mondiaux en cours visant à renforcer le suivi et l'évaluation des capacités essentielles au titre du Règlement sanitaire international.

132. S'agissant des maladies tropicales négligées (MTN), le Directeur de la Division Gestion des programmes a informé le Comité régional des progrès notables obtenus dans la mise en œuvre du *Plan d'action régional contre les maladies tropicales négligées dans le Pacifique occidental (2012-2016)*, qui donne des orientations aux États Membres sur l'élimination ou la maîtrise de sept des 13 maladies tropicales négligées endémiques dans la Région. D'importants progrès ont été accomplis depuis son adoption par le Comité régional en 2012. La filariose lymphatique a été éliminée en tant que problème de santé publique au Cambodge, aux Îles Cook, aux Îles Marshall, à Nioué, aux Palaos et au Vanuatu, tandis que le trachome cécitant a été éliminé en tant que problème de santé publique en Chine, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. La collaboration multisectorielle continue d'être renforcée. Soucieux d'éliminer la schistosomiase, le Cambodge et la République démocratique populaire lao ont lancé une initiative transfrontalière



prévoyant la coopération avec le secteur de l'eau et de l'assainissement. La collaboration avec le secteur de l'éducation a dûment contribué à la lutte contre les géohelminthiases chez les enfants. Les efforts visant à davantage réduire la charge de la lèpre se sont poursuivis, et une attention croissante a été portée à la prévention du handicap. De nombreux défis restent à relever. Les efforts multisectoriels doivent être renforcés pour maîtriser et éliminer les MNT, en particulier pour les femmes, les enfants et les personnes malades ou handicapées.

133. Pour conclure, il a reconnu la nécessité de poursuivre les efforts multisectoriels visant à élargir et maintenir l'accès aux interventions requises pour surmonter les nombreux obstacles entravant encore la maîtrise et l'élimination des MNT, en particulier chez les femmes, les enfants et les personnes malades ou handicapées.

#### **POINT 14.1 DE L'ORDRE DU JOUR Sécurité sanitaire des aliments : stratégie régionale au-delà de 2015**

134. Presque tous les représentants s'exprimant au sujet de la *Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments 2011-2015* ont recommandé qu'elle soit prolongée jusqu'en 2018 ou 2020. Ils ont recommandé d'accorder une plus large place au renforcement des capacités et à la formation des inspecteurs alimentaires, d'autant plus qu'un tiers des pays de la Région n'ont toujours pas élaboré de plans d'intervention de sécurité sanitaire des aliments. Ils ont tous salué l'efficacité de la stratégie ; plusieurs ont évoqué la participation régionale accrue aux travaux de la Commission du Codex Alimentarius et du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) ; l'OMS a été priée de faciliter la participation des représentants insulaires du Pacifique aux réunions de ce réseau. Un pays a reçu un financement de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) en vue du renforcement de ses systèmes de contrôle des denrées alimentaires. Il a été rendu hommage à l'Association pour la salubrité de l'environnement dans la région Pacifique Nord.

135. Pour répondre à l'épidémie de MNT, les denrées alimentaires doivent faire l'objet de contrôles couvrant leur sécurité sanitaire mais aussi leur valeur nutritionnelle. Le secteur de la santé doit élaborer, en association avec les écoles des métiers de l'alimentation et d'autres organismes, une stratégie de réduction de la consommation de sucre et de sel et de promotion d'aliments à faible teneur en matières grasses. Il doit travailler avec les autres ministères pour assurer la qualité des produits alimentaires dans un contexte de distribution mondiale de plus en plus complexe, et pour former les manipulateurs de produits alimentaires à haut risque.

#### **POINT 14.2 DE L'ORDRE DU JOUR Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010) et Règlement sanitaire international (2005)**

136. Les représentants ont salué la SMEAP en tant qu'instrument contribuant au respect du Règlement sanitaire international (2005) ou RSI. La collaboration avec la SMEAP engagée dans ce domaine avec la Région OMS de l'Asie du Sud-Est a été appréciée et devrait se poursuivre. Les représentants ont fait le point sur les progrès réalisés à l'échelle nationale dans la mise en œuvre du RSI. Certains ont proposé de renforcer leur assistance aux pays de la Région du Pacifique occidental sur les plans du savoir-faire, de l'information et du matériel. Les flambées épidémiques telles que la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en République de Corée ont illustré la facilité avec laquelle les maladies peuvent franchir les frontières. Les mesures de protection nationales, aussi efficaces soient-elles, n'ont pu éviter ces événements. Des interventions régionales et mondiales ont été indispensables, soulignant le besoin que tous les pays aient acquis les capacités minimales requises par le RSI. Pour ce faire, des évaluations externes objectives doivent être réalisées dans les pays, et des partenariats doivent être engagés pour détecter les menaces pour la santé et y riposter. L'outil d'évaluation de la sécurité sanitaire mondiale devrait être utilisé pour suivre les voies de transfert vétérinaire et pour parer à toute

menace. Plusieurs représentants se sont félicités de la note conceptuelle proposant l'élaboration, le suivi et l'évaluation de capacités minimales fonctionnelles de mise en œuvre du RSI. La Région du Pacifique occidental est bien placée dans ce domaine, mais il est impératif de déceler toute lacune dans les capacités minimales requises à l'échelle des pays et de prévoir le renforcement des capacités à long terme.

#### **POINT 14.3 DE L'ORDRE DU JOUR Maladies tropicales négligées et lèpre**

137. Les représentants ont rendu compte des progrès accomplis dans l'élimination des sept maladies ciblées dans leurs États et Territoires et de leur contribution à la campagne. Les MNT représentent un obstacle important dans les pays en développement et leur élimination est compliquée, car elle nécessite la synchronisation des activités, des transferts de capacités et de technologies et des partenariats public-privé. Le soutien politique doit être maintenu au niveau national. Un représentant a demandé la fourniture d'un dossier de référence sur l'élimination du trachome. Les organismes publics et le secteur privé du Japon, ainsi que les Centres de lutte contre la maladie et le programme sur la maladie de Hansen des États-Unis d'Amérique, contribuent aux côtés de l'OMS à l'élimination de la lèpre.

138. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a remercié les représentants de leurs observations et de leurs orientations précieuses sur ces trois rapports de situation techniques. Il a félicité tous les États Membres pour les réalisations, efforts et contributions remarquables dans ces domaines.

139. Faisant référence au RSI et à la SMEAP, il a dit qu'il est important de maintenir le rythme et de planifier soigneusement les prochaines étapes pour renforcer la sécurité sanitaire aux niveaux régional et mondial.

140. Il a déclaré que l'OMS avait fait des MTN une priorité pour la Région. Il sera nécessaire de parvenir à l'accès universel aux interventions pour les MNT pour atteindre les cibles convenues dans le plan d'action régional. Il a assuré aux participants que l'OMS continuerait à travailler avec les États Membres pour faire progresser les interventions relatives aux MTN dans la Région.

141. Répondant à d'autres interventions, le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence a remercié les représentants pour leurs observations et les progrès accomplis concernant la sécurité alimentaire et la mise en œuvre de la SMEAP (2010) pour se conformer au RSI (2005). Elle a assuré aux représentants que toutes les interventions formulées ont été prises en compte et appréciées.

142. Elle a indiqué aux représentants que le rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale en matière de sécurité alimentaire est désormais disponible sur le site Web de la Région OMS du Pacifique occidental. Elle a précisé que de nombreux pays ont déjà inscrit la sécurité alimentaire parmi leurs priorités nationales et obtenu des avancées notables. Pour anticiper les besoins émergents, elle a affirmé que le Bureau régional continuerait à examiner les progrès réalisés et à revoir et actualiser la stratégie en matière de sécurité alimentaire.

143. Le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence a souligné les progrès importants accomplis dans la mise en œuvre de la SMEAP afin de se conformer au RSI, les défis restant à relever, le niveau accru d'engagement et le soutien sans faille des États Membres. Pour ce qui est du suivi et de l'évaluation du RSI, elle a indiqué que la Région ne se contente plus de comptabiliser les critères remplis ou non et réalise désormais une évaluation des fonctions des systèmes de sécurité sanitaire. Elle a mentionné les analyses des flambées épidémiques et les évaluations conjointes des capacités comme étant deux éléments importants de ce programme de suivi et d'évaluation.

144. Pour conclure, le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence a rappelé que la vulnérabilité est universelle : si un pays est menacé, les autres ne peuvent être en sécurité. Elle a encouragé tous les États Membres à faire des efforts collectifs pour renforcer les moyens d'information mondiaux et le système d'évaluation des risques qui relie tous les niveaux du système de sécurité sanitaire (local, national, régional et international).

145. Le Directeur régional a déclaré que les discussions de ce point de l'ordre du jour et la manifestation parallèle sur la sécurité sanitaire ont clairement indiqué que les États Membres de la Région sont fermement en faveur d'un mécanisme plus fiable de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des capacités minimales requises du RSI.

146. Il a noté les remarquables succès rencontrés dans la mise en œuvre du RSI dans le cadre de la SMEAP, en observant que les États Membres sont pleinement conscients du besoin de remplacer les auto-évaluations fondées sur des listes de contrôle de l'existence des capacités minimales requises du RSI par des mécanismes plus novateurs et efficaces axés sur l'évaluation des fonctions des systèmes de sécurité sanitaire des pays. Ces mécanismes pourraient inclure des analyses des flambées épidémiques et des évaluations des capacités minimales requises réalisées conjointement par les États Membres et l'OMS, avec la participation d'experts extérieurs.

147. Il a également attiré l'attention sur les activités menées par le Comité d'examen du RSI à l'échelle internationale. Le Directeur régional s'est félicité de ce que la Région du Pacifique occidental contribue à cet effort mondial. Avec la collaboration des pays, la Région pourra de nouveau jouer un rôle moteur dans la mise en œuvre préventive des mécanismes proposés de suivi et d'évaluation du RSI.

148. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a rendu hommage aux efforts et aux progrès réalisés par les États Membres sur les MNT. Deux représentants ont déclaré que les MNT continuent d'entraver le développement économique. Le Japon a pris note de la bonne coopération du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) dans le domaine de la maîtrise des maladies tropicales négligées dans la Région. L'innovation est la bienvenue. Pour ce qui est de l'élimination du trachome, un dossier de référence sur cette maladie et d'autres pathologies est en cours d'élaboration au Siège de l'OMS. La demande de renforcement du soutien technique et financier présentée par plusieurs pays a été notée et ce soutien sera fourni.

149. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a remercié les États Membres de leurs observations et orientations. Il a noté les progrès accomplis dans l'application du RSI dans le cadre de la SMEAP et a recommandé que cette dynamique soit maintenue afin de renforcer la sécurité sanitaire. Il a ajouté que les MNT restent une priorité dans la Région, notamment dans le cadre des ODD.

#### **RAPPORTS DE SITUATION SUR LES PROGRAMMES TECHNIQUES : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/9) PARTIE 2 :**

150. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a présenté la deuxième série de rapports de situation sur : 1) le vieillissement et la santé ; 2) les maladies non transmissibles ; et 3) le renforcement des systèmes de réglementation.

151. Il a souligné les progrès accomplis sur le vieillissement et la santé grâce au *Cadre d'action régional OMS sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019)*. Il a félicité les États Membres des progrès importants accomplis dans l'élaboration de politiques et de mesures efficaces sur le vieillissement et la santé.

152. S'agissant des maladies non transmissibles, le Directeur de la Division Gestion des programmes a souligné les importants progrès réalisés depuis la Réunion 2014 de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles qui prévoyait la réalisation au niveau national de quatre engagements pour 2016. Parmi ces engagements figuraient la fixation de cibles pour 2025, l'élaboration de politiques et de plans multisectoriels, la réduction des facteurs de risque, et le renforcement des systèmes de santé par l'intermédiaire des soins de santé primaires centrés sur la personne et de la CSU.

153. Il a fait remarquer que, pour permettre la fixation de cibles, l'OMS soutient les États Membres dans le suivi des tendances et l'évaluation des progrès, essentiellement dans le cadre des enquêtes STEPS et des enquêtes relatives aux capacités nationales en matière de MNT. L'OMS soutient également les pays dans l'élaboration des politiques et plans relatifs aux MNT par le biais d'ateliers de renforcement des capacités. Ces initiatives toujours en cours démontrent qu'une coopération internationale durable est nécessaire. Il a aussi souligné la nécessité de s'attaquer aux facteurs de risque des MNT, notant que l'OMS apporte un soutien aux pays en renforçant les cadres juridiques, notamment sur le tabagisme et les régimes alimentaires nocifs pour la santé. Il a également indiqué que l'OMS soutient les pays dans la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions essentielles concernant les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les lieux où les ressources sont limitées – connu aussi sous l'abréviation PEN – visant à renforcer la riposte du système de santé face aux MNT.

154. S'agissant du dernier rapport de situation, le Directeur de la Division Gestion des programmes a donné des informations actualisées sur les systèmes de réglementation efficaces susceptibles de protéger et de promouvoir la santé publique en assurant la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits médicaux, et en entretenant la confiance du public dans le système de santé. Il a déclaré que de nombreux États Membres de la Région se sont dotés de capacités d'enregistrement des médicaments, d'inspection réglementaire et de pharmacovigilance. Les cadres réglementaires, les procédures d'enregistrement et l'assurance de la qualité des médicaments traditionnels ont aussi été renforcés.

155. Pour conclure, le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que plus de 12 États Membres ont utilisé l'outil de l'OMS pour l'auto-évaluation des lacunes dans les capacités réglementaires en matière de réglementation de la vaccination. Ces États Membres ont amélioré les capacités de leurs autorités de réglementation nationales en vue d'assurer l'efficacité, la sécurité et la qualité des vaccins.

#### **POINT 14.4 DE L'ORDRE DU JOUR Vieillesse et santé**

156. Les représentants ont informé le Comité régional des avancées dans le domaine du vieillissement et de la santé dans leurs pays respectifs et ont salué le *Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019)*, dans le cadre duquel le Bureau régional avait fait preuve d'initiative et suscité des discussions sur un projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Les États Membres devraient veiller à ce que les préoccupations régionales soient dûment prises en compte dans le document mondial. L'OMS a été priée de fournir une assistance technique continue à la mise en œuvre du cadre régional.

157. Plusieurs délégations ont évoqué l'évolution de la charge de morbidité liée au vieillissement de la population, y compris l'augmentation des cas de démence et de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée, et le besoin qui en découle de transformer les systèmes de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées. Les modifications du système de santé devraient être assorties de la création d'infrastructures publiques adaptées aux besoins des personnes âgées, de mesures veillant à ce qu'elles ne soient pas exclues de la société, et de la gestion des facteurs de risque, par exemple, en encourageant les personnes âgées à rester actives et en sensibilisant le public

au vieillissement en bonne santé. De nombreuses délégations ont mentionné l'existence de services de santé communautaires et à domicile destinés aux personnes âgées et de services étendus de soutien à domicile, la modification des modes de vie pratiques, les mesures d'autonomisation des invalides âgés et de leurs aidants, l'assurance-maladie obligatoire pour les retraités, la vaccination gratuite des personnes âgées, et le rôle accru des organisations non gouvernementales et confessionnelles leur offrant des soins. Certains représentants ont fait valoir que le vieillissement démographique compromet la stabilité des systèmes de sécurité sociale et de retraite, et ont noté le lien étroit entre le vieillissement et les MNT.

#### **POINT 14.5 DE L'ORDRE DU JOUR Lutte contre les maladies non transmissibles**

158. Les représentants ont informé le Comité régional de la situation des MNT dans leurs pays respectifs et apprécié l'utilité du soutien technique et financier de l'OMS, en matière de prévention et de surveillance mais aussi de traitement et de soin des MNT. Les lourdes incidences sanitaires des MNT ont été notées à maintes reprises, par exemple les cas de diabète donnant lieu à des amputations. La question du handicap et de la réadaptation dans le contexte des MNT devrait bénéficier d'un degré de priorité élevée, voire faire l'objet d'un point distinct de l'ordre du jour du Comité régional.

159. Les représentants étaient généralement d'avis que le problème n'était pas lié à l'absence de politiques mais plutôt à la mise en œuvre et à l'application des politiques existantes. Les MNT menacent sérieusement le développement sanitaire durable bien qu'elles soient parfaitement évitables en atténuant les facteurs de risque. De nombreux exemples de stratégies de réduction des risques ont été cités, par exemple : l'augmentation de la fiscalité des produits du tabac ; les avertissements graphiques sur les paquets de cigarettes ; la restriction de la publicité en faveur du tabac ; la stricte application des mesures de lutte antitabac ; la promotion de régimes équilibrés et sains, y compris la réduction de la consommation de sucre et de sel et des campagnes visant une alimentation saine dans les cantines scolaires ; la garantie de la sécurité alimentaire et la pratique de cultures résistantes pour réduire le recours aux produits alimentaires importés nocifs pour la santé ; les mesures de contrôle et de restriction de la vente d'alcool ; la réglementation des boissons sucrées ; la promotion de l'activité physique ; les campagnes préventives de marketing social attirant l'attention sur les dangers des MNT, assorties d'initiatives d'information et de sensibilisation appropriées ; et la formation du personnel de santé impliqué dans la prévention et le traitement des MNT, qui pourrait également avoir l'avantage de réduire la dépendance à l'égard d'agents de santé étrangers dans certains pays.

160. Pour identifier les groupes à risque et les soumettre à des examens de dépistage et ainsi améliorer la gestion des MNT, il a généralement été admis que la collecte de données de bonne qualité et de solides mécanismes de surveillance sont essentiels à la constitution d'une base de données utiles à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des actions dans ce domaine. En outre, une collaboration étroite devrait être encouragée entre les partenaires de développement et de mise en œuvre, tels que l'OMS dans les domaines de la formation et du renforcement des capacités, en particulier en ce qui concerne les soins de santé primaires dans les zones déshéritées. Il est essentiel d'élaborer des plans d'action multisectoriels, faisant par exemple fond sur l'initiative Îles-santé pour renforcer les capacités des ministères de la santé et autres et associer les collectivités, afin de faciliter le dépistage et le traitement précoces des MNT. Une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et d'autres ministères, tels que l'agriculture, les pêches, l'éducation et le commerce, est nécessaire aujourd'hui plus que jamais ; des efforts devraient également être déployés pour instaurer un dialogue avec les organisations non gouvernementales et de la société civile ; et une action concertée est nécessaire pour lutter contre l'ingérence des groupes d'intérêts, tels que l'industrie du tabac.

161. Les représentants des pays insulaires du Pacifique ont informé le Comité régional de l'épidémie de MNT touchant le Pacifique, tout en soulignant la volonté politique de haut niveau de leurs gouvernements concernant la lutte contre les problèmes que sont l'obésité, le diabète,

l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies cardio-vasculaires frappant leurs îles. Les problèmes associés à une dépendance excessive à l'égard de produits alimentaires importés nocifs pour la santé et les effets nuisibles du changement climatique (plusieurs catastrophes naturelles ont détruit des établissements de santé et menacé le développement durable) ont également été cités en tant que difficultés propres à cette sous-région.

162. Les représentants sont convenus que l'OMS devrait jouer un rôle de premier plan à l'échelle de la Région et des pays dans l'exécution des quatre engagements assortis de délais concernant les MNT pris lors du sommet de l'Assemblée générale des Nations Unies, en plus de la réalisation de l'objectif d'un Pacifique sans tabac à l'horizon 2025. L'intégration dans les ODD des cibles relatives aux MNT devrait accélérer les interventions.

#### **POINT 14.6 DE L'ORDRE DU JOUR Renforcement des systèmes de réglementation**

163. Pour ce qui est du renforcement des systèmes de réglementation, les représentants ont souligné le besoin d'intensifier la collaboration sur la convergence réglementaire pour veiller à la disponibilité de médicaments et de dispositifs médicaux de haute qualité, et ont demandé à l'OMS d'accroître son assistance technique à cette fin. Plusieurs délégations ont exprimé leur désir de contribuer au renforcement des capacités dans d'autres pays de la Région dans le cadre de l'élaboration d'outils, tels que des directives visant les organes de réglementation nationaux. Un représentant a fait observer que les matières premières et les composants entrant dans la fabrication des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux proviennent de différents pays et qu'aucun organe de réglementation national ne peut contrôler toutes les étapes du processus de production. L'harmonisation internationale des spécifications techniques et des cadres réglementaires revêt donc un caractère essentiel.

164. Des déclarations ont été prononcées au nom de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine, d'Alzheimer's Disease International, de la Fédération internationale du diabète et de l'Alliance internationale des organisations de patients.

165. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a déclaré que la préparation et la volonté d'assurer la continuité des soins, de la promotion de la santé jusqu'à la réhabilitation, sont indispensables pour s'attaquer aux problèmes associés au vieillissement des populations, qui nécessite donc l'intégration avec la CSU et la participation des diverses parties concernées des secteurs public et privé et d'autres secteurs de la communauté. Les agents de santé devraient de plus en plus recevoir une formation sur les problèmes touchant les personnes âgées, tels que la démence, le handicap, et les soins de longue durée, et ces soins devraient être fournis par des équipes interdisciplinaires. Les options relatives à l'assurance-maladie à long terme, adaptées à la situation nationale, devraient faire l'objet d'une étude plus approfondie. Le *Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019)* est pleinement conforme au projet de stratégie et de plan d'action mondiaux faisant actuellement l'objet de consultations. Plusieurs délégations ont mentionné le besoin d'harmonisation et de convergence pour réglementer la production de l'industrie mondiale de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux ; le renforcement du partage de l'information et des systèmes de réglementation pourrait donc offrir un important cadre institutionnel à la CSU. Le Secrétariat a rendu hommage au précieux travail de réglementation réalisé dans les centres de collaboration de la Région, notamment en République de Corée et à Singapour, et a assuré aux petits pays aux ressources limitées que l'OMS continuerait de travailler avec eux au renforcement de leurs systèmes de réglementation, en soulignant les améliorations des politiques nationales et des processus réglementaires grâce à l'adoption de normes et d'approches reconnues à l'échelle mondiale pour différentes filières de produits médicaux.

166. Le Directeur du Département Maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme (NVI), au Siège de l'OMS, a adopté une perspective mondiale. Il a déclaré

que le Directeur général avait récemment lancé un nouvel outil de suivi des progrès sur les maladies non transmissibles pour suivre la mise en œuvre par les pays de leurs engagements concernant l'élaboration d'interventions nationales face à la charge mondiale des MNT. La création du nouveau département du Siège, désigné Maladies non transmissibles, handicap, prévention de la violence et du traumatisme, a pour objet de renforcer les activités de prise en charge des MNT (dépistage, détection, traitement et soins palliatifs) plutôt que de simplement se concentrer sur la prévention, comme par le passé. En outre, une série de réunions stratégiques spécifiques aux MNT ont été planifiées ou organisées, et ont donné lieu à la révision de l'ensemble d'interventions essentielles (PEN), à l'amélioration des méthodes de dépistage et à la consolidation des listes de médicaments essentiels. La Journée mondiale de la Santé 2016 sera consacrée au diabète et permettra d'attirer l'attention sur cette maladie. Les travaux du Secrétariat sur le handicap à l'échelle mondiale se sont inspirés du *Plan d'action mondial relatif au handicap 2014-2021* ; les efforts menés à ce jour se sont concentrés sur la réhabilitation et ont abouti à des projets de directives sur les services de réadaptation et à l'élaboration (en association avec la Banque mondiale) d'un outil visant à consolider les données sur le handicap.

167. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a déclaré que, si la prévention reste extrêmement importante, il est également essentiel que la prestation de soins tienne compte des capacités des pays concernés. La tâche des agents de santé s'occupant de patients atteints de MNT est peu enviable : les patients doivent être informés que leur affection est chronique, qu'elle pourrait empirer, qu'elle nécessite un traitement médicamenteux ininterrompu, et qu'ils devront modifier leur mode de vie. Conscient que les enquêtes STEPS nécessitent beaucoup de ressources et de temps, le Bureau régional a préparé des séries plus réduites de questions en vue de leur utilisation dans des cadres géographiquement limités comme les petites îles. Le Secrétariat est reconnaissant aux États Membres de la Région d'avoir fait preuve d'initiative concernant des MNT spécifiques et certains aspects des MNT.

168. Le Directeur régional a indiqué que le vieillissement est à bien des égards le principal problème sanitaire pour l'avenir, mais que les ressources que le Bureau régional peut y consacrer sont insuffisantes et devront être accrues. Il a néanmoins été encouragé par la volonté affichée par les États Membres confrontés au vieillissement démographique de partager leurs expériences. Les centres collaborateurs de l'OMS pourraient également jouer un rôle appréciable dans le partage d'informations et de savoir-faire sur le vieillissement et la santé. Concernant la maîtrise et le traitement des MNT, tous les États Membres, y compris les plus petits pays insulaires du Pacifique, ont établi leurs propres systèmes et priorités. Au vu de l'ampleur de l'épidémie de MNT dans le Pacifique, il a répété que le Bureau régional s'efforcera de renforcer les capacités des spécialistes du bureau du représentant de l'OMS dans le Pacifique Sud et de la Division Appui technique dans le Pacifique, tous deux situés aux Fidji. Les différents profils des systèmes de santé de chaque État Membre nécessitent des approches différenciées selon les pays. Pour ce qui est du renforcement des systèmes de réglementation, il est là aussi encouragé par le vif désir des pays de la Région plus avancés sur le plan technologique d'aider ceux disposant de ressources limitées.

**COORDINATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DU COMITÉ RÉGIONAL : Point 15 de l'ordre du jour (document WPR/RC66/10)**

169. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a expliqué que ce point de l'ordre du jour porte sur la coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional, qui a pour objet de donner suite en temps voulu aux décisions et résolutions des organes directeurs de l'OMS et de poursuivre les réformes de la gouvernance. La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté 20 résolutions et 15 décisions, reproduites à l'annexe 1. Trois de ces résolutions et deux de ces décisions ont été examinées lors de sessions antérieures. L'attention du Comité régional a donc été attirée sur quatre points, en plus du projet d'ordre du jour provisoire du Comité exécutif.

170. Le premier était la résolution de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'établir la version définitive du projet de *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* en temps voulu pour examen par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016. Le Directeur général a été prié d'organiser une réunion intergouvernementale pour établir la version définitive du cadre en vue de sa soumission au Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session, en janvier 2016. Les États Membres ont été invités à examiner le projet de cadre.

171. Le deuxième point concerne les activités du Groupe de travail élargi sur l'allocation stratégique des volants budgétaires. La Région est représentée par la Chine et la Malaisie au sein de ce groupe. Le Comité exécutif a appuyé, à sa cent trente-septième session, le modèle révisé proposé par le groupe de travail. Ce modèle modifie l'allocation pour la Région du Pacifique occidental. La délégation de la Malaisie a ultérieurement accepté de présenter un rapport.

172. Le troisième point, demandé par le représentant de l'Australie, concerne un exposé sur le groupe de travail à composition non limitée sur la réforme de la gouvernance.

173. Le dernier point concerne l'examen du processus d'établissement de l'ordre du jour des sessions annuelles du Comité régional.

174. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration a expliqué le processus concernant le *Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques* (FENSA). L'Assemblée mondiale de la Santé a salué en 2015 les progrès réalisés vers un accord sur ce cadre. Elle a demandé que le Directeur général organise une réunion intergouvernementale à composition non limitée sur le projet de cadre. Le Directeur général devait soumettre une version définitive du Cadre à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2016, par le biais de la session de janvier 2016 du Conseil exécutif. Il lui a également été demandé de préparer un registre des acteurs non étatiques en vue de l'Assemblée mondiale de la Santé de 2016. Le groupe de travail à composition non limitée a bien progressé sur le projet de texte depuis sa première réunion, en juillet 2015, sans toutefois parvenir à une conclusion. Il se réunira donc à nouveau du 7 au 9 décembre 2015 au Siège de l'OMS, à Genève, après la tenue d'une consultation informelle du 19 au 23 octobre. En septembre 2015, le président du groupe de travail a organisé des discussions avec les États Membres sur des questions spécifiques, en vue des consultations à venir et de leur inclusion dans le projet de texte de juillet. Un document décrivant leurs préoccupations potentielles vient d'être diffusé aux missions à Genève. L'Assemblée mondiale de la Santé a demandé au Directeur général de faire la synthèse des incidences en matière de politique, de finance et de ressources humaines à tous les niveaux de l'Organisation. Les dépenses de fonctionnement immédiates devraient s'élever à environ US \$250 000 par an, dépenses de personnel non comprises. Une mise en œuvre échelonnée pourrait être envisagée. Des incidences seraient à prévoir, notamment au niveau des modes de fonctionnement de l'Organisation. Le Secrétariat essaie de prévoir les conséquences inattendues. Dans le contexte des ODD, la communauté internationale a demandé aux Nations Unies et à ses agences d'améliorer sa coopération avec les acteurs non étatiques. Le problème est donc de répondre à cette demande en fournissant un cadre permettant de structurer et de renforcer cette coopération tout en protégeant l'OMS en améliorant la transparence et la responsabilisation et en réduisant les possibilités de conflits d'intérêts. Un risque de limitation involontaire de la coopération, contraire à l'appel des Nations Unies, est donc possible.

175. Pour ce qui est de l'allocation stratégique des volants budgétaires, le représentant de la Malaisie a présenté un exposé détaillé sur la sélection de mécanismes appropriés d'allocation des volants budgétaires, en attirant particulièrement l'attention sur les conséquences pour la Région du Pacifique occidental. Il a évoqué les réformes budgétaires menées en 1998, alors que le budget était établi à partir des dépenses historiques, que les contributions fixées ne reposaient pas sur des critères objectifs, qu'aucune souplesse ne permettait de s'adapter aux situations sanitaires, et que les ressources extrabudgétaires étaient strictement affectées à des fins particulières et donc exclues des calculs. En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé avait demandé au Directeur général d'élaborer



des principes directeurs et des critères applicables à l'échelle de l'OMS, en vue de leur soumission au Conseil exécutif en janvier 2006. Ces principes directeurs devaient reposer sur des critères objectifs de répartition des contributions fixées et volontaires en fonction des besoins. En 2006, la budgétisation est passée d'une approche axée sur les ressources à une approche axée sur les résultats, mais il n'était toujours pas possible de réorienter rapidement des ressources entre différents programmes. En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a prôné une nouvelle approche. Un comité a été constitué en avril 2014 pour examiner les principes directeurs, les critères, la portée et la méthodologie de l'allocation aux pays, au Siège, à l'administration et aux situations d'urgence ; 55 % ont été alloués aux pays, 43 % au Siège, 2 % à l'administration, les fonds de secours étant considérés séparément.

176. Le représentant de la Malaisie a ensuite expliqué les différentes méthodologies testées entre mai et décembre 2014. En mars et avril 2015, les représentants des régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental se sont réunis à Bangkok. Ils ont compris que le modèle statistique adopté était un important élément devant être choisi avec soin. En mai 2015, ce comité a présenté un modèle à la cent trente-septième session du Comité exécutif, qui a adopté des indicateurs et des principes directeurs en se fondant sur des données validées et des indicateurs sélectionnés. Après la sélection des indicateurs, il a fallu calculer des valeurs, produire un résultat final et choisir la méthode de mise à l'échelle à utiliser pour illustrer les différents effets de l'allocation d'une somme donnée à un très grand ou un très petit pays. Plus d'une centaine de méthodes ont été envisagées, en s'inspirant des travaux de la Banque asiatique de développement et de l'Organisation de coopération et de développement économiques. Trois méthodes ont été présélectionnées. Les deux premières ont été rejetées car elles auraient réduit l'allocation destinée à l'Afrique, où les besoins sont les plus importants. La troisième option ne modifie pas l'allocation de l'Afrique mais réduit celle de la Région du Pacifique occidental de 14 à 10,6 %. Cette réduction tient compte de l'amélioration de l'espérance de vie dans cette Région et de ses succès sanitaires. Elle sera appliquée sur une période de trois ou quatre exercices biennaux.

177. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration a déclaré que, bien que l'approbation finale doive être donnée par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'Organisation applique déjà le modèle dans son budget programme 2016-2017 en se fondant sur le budget programme 2014-2015. Il a insisté sur le fait que la modification porte sur la part de l'allocation budgétaire et que l'Assemblée mondiale de la Santé de 2015 a approuvé une augmentation de 8 % du budget programme, qui a été prise en compte, de sorte que le montant reçu par la Région du Pacifique occidental au titre du segment 1 ne diminuerait pas en 2016-2017.

178. Concernant la gouvernance en général, le représentant australien du groupe de travail de l'OMS sur la réforme de la gouvernance a fait rapport sur les travaux du groupe, constitué par le Comité exécutif en janvier 2015 dans le cadre d'un processus intergouvernemental sur la réforme de la gouvernance. Ce groupe comprend deux membres de chaque région de l'OMS, plus le coordinateur de Genève pour chaque région. L'Australie et la Chine y représentent la Région du Pacifique occidental. Le groupe s'est réuni une première fois en mars 2015 pour examiner les mesures de réforme prises dans les deux principaux domaines du mandat que lui a confié le Conseil exécutif ainsi que les méthodes de travail des organes directeurs et leur cohérence aux trois niveaux de l'Organisation. La première réunion des États Membres sur la réforme de la gouvernance a eu lieu en mai 2015 pour décider des domaines de travail prioritaires pour l'avenir. À la suite de la réunion de septembre, le groupe a entrepris l'élaboration de recommandations qui seront examinées à la deuxième réunion des États Membres prévue à Genève les 10 et 11 décembre 2015.

179. Les mesures de réforme proposées par le groupe sont notamment un ordre du jour prospectif sur six ans pour le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé ; de nouvelles restrictions concernant les propositions tardives ; un code d'usages en matière de participation aux réunions des organes directeurs ; un nouveau processus de sélection des directeurs régionaux ; un accord de

responsabilisation entre le Directeur général et les directeurs régionaux ; la constitution officielle du Groupe de la politique mondiale et des améliorations apportées au fonctionnement des comités régionaux, en particulier la mise en place de comités permanents pour toutes les régions et la transmission d'une documentation sur le budget. La Région du Pacifique occidental a été jugée transparente et responsable. Les travaux de la Région à l'échelle nationale fournissent des pratiques de référence aux autres régions. Le rapport de la deuxième réunion des États Membres sera soumis au Conseil exécutif en janvier 2016.

180. Plusieurs représentants ont exprimé leur plein appui au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, tout en déplorant la lenteur du processus. Alors que la majorité des discussions ont lieu au niveau mondial, il appartient aux régions et aux pays d'utiliser le cadre et de faciliter les négociations. Les États Membres devraient toutefois éviter de s'ingérer dans les détails de la gestion d'un processus fondé sur la confiance, la transparence et l'absence de conflits d'intérêts. L'OMS devrait associer pleinement, utilement et pragmatiquement les fondations, les milieux intellectuels et universitaires, les organisations non gouvernementales et le secteur privé, sans perdre de vue l'énorme part des dépenses sanitaires engagées par ce dernier dans les secteurs de l'alimentation et de la pharmacie. L'OMS devrait désigner au cas par cas des acteurs non étatiques appropriés, en établissant des relations transparentes en vue du détachement d'experts de divers secteurs de la société. Les représentants ont rendu hommage à la Malaisie, à la Chine et au Directeur régional pour la manière dont ils ont représenté les intérêts de la Région du Pacifique occidental au sein du groupe de travail.

181. Concernant l'allocation stratégique des volants budgétaires, les représentants étaient d'avis que les principes généraux étaient acceptables, tout comme la nouvelle méthodologie. La part de l'allocation de la Région devant diminuer de 30 % sur une période de 6 à 8 ans, l'impact des compressions budgétaires devrait être évalué en continu au cours de cette période. Un représentant a demandé au Secrétariat de faire le point, à chaque session du Comité régional sur l'impact de ces compressions sur les budgets de la Région et des pays. Pour ce qui est de l'exercice biennal 2016-2017, l'augmentation de 8 % du budget global compensera la réduction prévue pour la Région du Pacifique occidental, d'où un impact nominal nul.

182. Concernant la gouvernance, un représentant a estimé que l'OMS devrait définir plus clairement ses modalités de fonctionnement à chacun de ses trois niveaux d'intervention – pays, régions et Siège – et rediffuser un code d'usages sur la répartition des rôles, qui devrait contribuer à l'amélioration de la communication au sein de l'Organisation, notamment dans les pays.

183. Il a été proposé d'élaborer un code d'usages à l'intention des représentants assistant aux réunions des organes directeurs, lequel reposerait sur des pratiques de référence, telles que l'adoption d'une limite de trois minutes pour les interventions, en vigueur au Siège. L'idée que les délégations soumettent des rapports de situation nationaux écrits au Comité régional pourrait être réexaminée, de façon que les pays puissent partager leurs expériences qu'elles soient ou non liées à un point spécifique de l'ordre du jour.

184. Concernant le dernier point, soit l'établissement de l'ordre du jour des sessions annuelles du Comité régional, le Directeur de la Division Gestion des programmes a présenté les modifications proposées à ce processus d'établissement.

185. Il a expliqué que le processus actuel est conforme au Règlement intérieur du Comité régional du Pacifique occidental et est semblable à celui des autres régions. Cela étant, compte tenu des demandes des États Membres visant l'amélioration de la transparence, de la responsabilisation et de la réactivité, les modifications proposées au processus d'établissement de l'ordre du jour du Comité régional ont été présentées aux représentants et adoptées par ceux-ci.

186. La proposition prévoyait deux parties. Premièrement, l'examen, à chaque session annuelle du Comité régional, des points devant être inscrits à l'ordre du jour de la session de l'année suivante. Deuxièmement, un échange de vues informel sur l'ordre du jour entre le Directeur régional et les membres du Conseil exécutif de la Région, en marge de la réunion du Conseil du mois de janvier.

187. Les représentants ont également proposé la constitution d'un comité « virtuel » informel sur l'ordre du jour, qui pourrait se réunir par visio ou téléconférence. Il a été convenu d'examiner plus avant cette question, ainsi que d'autres concernant notamment des mises à jour sur le soutien aux pays et des points susceptibles d'être examinés au titre du point fixe de l'ordre du jour sur la coordination. Les représentants ont présenté également quelques suggestions, notamment la constitution d'un comité « virtuel » informel sur l'ordre du jour, qui pourrait se réunir par visio- ou téléconférence ; la mise en place de dispositifs permettant des échanges supplémentaires entre États Membres à la suite de l'Assemblée mondiale de la Santé et enfin l'adoption d'un ordre du jour « glissant » couvrant une plus longue période pour renforcer la planification stratégique. Il a été convenu d'examiner plus avant cette question, ainsi que les procédures de rapports des bureaux de pays et d'autres points susceptibles d'être examinés au titre du point fixe de l'ordre du jour sur la coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional. Le représentant de l'Australie a informé de son intention de soumettre au prochain Comité régional, en 2016, un document détaillé dans lequel seront proposées des mesures de réforme supplémentaires.

188. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a pris acte des expressions d'approbation concernant ces deux modifications, qui seront mises en œuvre en 2016. Il s'est également engagé à examiner plus avant les suggestions formulées par les États Membres et à faire rapport au Comité régional à sa soixante-septième session.

**PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE, DE DÉVELOPPEMENT ET DE FORMATION  
À LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE : COMPOSITION DU COMITÉ DES  
POLITIQUES ET DE LA COORDINATION : Point 16 de l'ordre du jour  
(document WPR/RC66/11)**

189. Le Directeur régional a expliqué que le Comité régional doit élire un État Membre de la Région du Pacifique occidental au sein du Comité des politiques et de la coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, pour succéder à la République démocratique populaire lao dont le mandat de trois ans a pris fin cette année. Le Comité des politiques et de la coordination est l'organe directeur du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Ce Comité compte 34 membres, dont 14 États Membres élus par le Comité régional. La Région du Pacifique occidental y est représentée par le Brunéi Darussalam, la République démocratique populaire lao et la République de Corée. Le mandat de la République démocratique populaire lao est arrivé à expiration le 31 décembre 2015. Le Comité régional a été prié d'élire un État Membre pour succéder à la République démocratique populaire lao. Le Comité régional pourrait envisager de nommer la Papouasie-Nouvelle-Guinée en tant que membre du Comité des politiques de la coordination.

190. Ainsi en est-il décidé.

**17. SOIXANTE-SEPTIÈME ET SOIXANTE-HUITIÈME SESSIONS DU COMITÉ  
RÉGIONAL : DATES ET LIEUX : Point 17 de l'ordre du jour**

191. Le Directeur régional a indiqué que la prochaine session se tiendrait à Manille, du 10 au 14 octobre 2016.

192. Quant au lieu et aux dates de la soixante-huitième session, l'Australie a accepté, au nom du Ministère de la santé, d'accueillir le Comité régional en 2017.

193. Le représentant de la Chine a proposé une motion de remerciements au gouvernement de Guam, hôte de la soixante-sixième session du Comité régional, pour sa généreuse hospitalité.

**18. CLÔTURE DE LA SESSION : Point 18 de l'ordre du jour**

194. Le Président a indiqué qu'un projet de rapport de la session sera envoyé aux représentants. Il sera assorti d'une date limite de réception des observations, au-delà de laquelle il sera considéré comme approuvé.

195. Après l'échange traditionnel de remerciements, la soixante-sixième session du Comité régional a été déclarée close.



**ORDRE DU JOUR****Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour**

1. Ouverture de la session
2. Allocution du Président sortant
3. Élection du bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs
4. Allocution du Président entrant
5. Adoption de l'ordre du jour

**Discours liminaire**

6. Allocution du Directeur général

**Examen de l'activité de l'OMS**

7. Allocution et rapport du Directeur régional  
WPR/RC66/2
8. Budget programme 2014-2015 : exécution du budget (rapport intérimaire)  
WPR/RC66/3

**Politiques, programmes et orientations pour l'avenir**

9. Hépatite virale  
WPR/RC66/4
10. Tuberculose  
WPR/RC66/5
11. Couverture sanitaire universelle  
WPR/RC66/6
12. Prévention de la violence et du traumatisme  
WPR/RC66/7
13. Santé urbaine  
WPR/RC66/8

## Annexe 1

14. Rapports de situation sur les programmes techniques
  - 14.1 Sécurité sanitaire des aliments : stratégie régionale au-delà de 2015
  - 14.2 Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010) et Règlement sanitaire international (2005)
  - 14.3 Maladies tropicales négligées et lèpre
  - 14.4 Vieillesse et santé
  - 14.5 Lutte contre les maladies non transmissibles
  - 14.6 Renforcement des systèmes de réglementation  
WPR/RC66/9
15. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional  
WPR/RC66/10

**Composition des comités mondiaux**

16. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : composition du Comité des politiques et de la coordination  
WPR/RC66/11

**Autres questions**

17. Soixante-septième et soixante-huitième sessions du Comité régional : dates et lieux
18. Clôture de la session

**LISTE DES REPRÉSENTANTS****REPRÉSENTANTS DES ÉTATS MEMBRES****AUSTRALIE**

Mr Mark Cormack, Deputy Secretary, Australian,  
Government Department of Health, Atlantic Street, Canberra  
*Chef de la délégation*

Mr Simon Cotterell, Assistant Secretary, Australian Government  
Department of Health, Canberra, *Suppléant(e)*

Mr Christopher Bedford, Director, Australian Government  
Department of Health, Canberra, *Suppléant(e)*

Ms Sarah Ferguson, Assistant Director, Australian Government  
Department of Health, Canberra, *Suppléant(e)*

**BRUNÉI DARUSSALAM**

Datin Dr Norlila Abdul Jalil, Permanent Secretary, Ministry of Health  
Bandar Seri Begawan, *Chef de la délégation*

Ms Zahrah Hashim, Director of Policy and Planning, Ministry of Health  
Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

Mr Faisal Kamis, Special Duties Officer, Ministry of Health  
Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

**CAMBODGE**

Dr Te Kuyseang, Secretary of State for Health, Ministry of Health  
Phnom Penh 855, *Chef de la délégation*

Dr Lo Veasnakiry, Director, Department of Planning and Health  
Information, Ministry of Health, Phnom Penh, *Suppléant(e)*

**CHINE**

Ms Zhang Yang, Deputy Director General, Department of International  
Cooperation, National Health and Family Planning Commission  
Beijing, *Chef de la délégation*

Ms Liu Yue, Division Director, Department of International Cooperation  
National Health and Family Planning Commission, Beijing, *Suppléant(e)*

Mr Guo Haiming, Deputy Division Director, Department of Law and  
Legislation, National Health and Family Planning Commission  
Beijing, *Suppléant(e)*



## Annexe 2

- CHINE (suite)
- Mr Mei Yang, Deputy Division Director, Bureau of Disease Prevention and Control, National Health and Family Planning Commission, Beijing, *Suppléant(e)*
- Mr Cong Ze, Program Officer, Department of International Cooperation National Health and Family Planning Commission, Beijing, *Suppléant(e)*
- Ms Duan Leilei, Researcher, National Center for Chronic and Noncommunicable Disease Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention, Beijing, *Suppléant(e)*
- CHINE (HONG KONG)
- Professor Chan Siu-chee, Sophia, Under Secretary for Food and Health Food and Health Bureau, Hong Kong, *Chef de la délégation*
- Ms Au Wan-sze, Wendy, Principal Assistant Secretary for Food and Health, Food and Health Bureau, Hong Kong, *Suppléant(e)*
- Dr Chiu Pui-yin, Amy, Assistant Director of Health, Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*
- Dr Chan Siu-mui, Tina, Principal Medical and Health Officer Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*
- Dr Lin Wai-chi, Ada, Senior Medical and Health Officer Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*
- Dr Fong Ho-ching, Edmund, Senior Medical and Health Officer Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*
- CHINE (MACAO)
- Dr Kuok Cheong U , Deputy Director, Health Bureau Government of the Macao SAR, China, Macao, *Chef de la délégation*
- Dr Lam Chong, Head of Center for Disease Control and Prevention Health Bureau, Government of the Macao SAR, China Macao, *Suppléant(e)*
- Mr Wong Cheng Po, Head of Research and Planning Office Health Bureau, Government of the Macao SAR, China Macao, *Suppléant(e)*
- Mr O Leong, Senior Technical Officer, Health Bureau Government of the Macao SAR, China, Macao, *Suppléant(e)*
- ÎLES COOK
- Mr Nandi Tuaine Glassie, Minister of Health, Cook Islands Ministry of Health, Rarotonga, *Chef de la délégation*
- Mrs Elizabeth Iro, Secretary, Cook Islands Ministry of Health Rarotonga, *Suppléant(e)*
- Dr Neti Herman, Director of Community Health Services Ministry of Health, Rarotonga, *Suppléant(e)*

## Annexe 2

FIDJI	<p>Dr Meciusela Tuicakau, Acting Permanent Secretary, Ministry of Health and Medical Services, Suva, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Josaia Samuela, Divisional Medical Officer (Eastern Division) Ministry of Health and Medical Services, Suva, <i>Suppléant(e)</i></p>
FRANCE	<p>Mr Mazyar Taheri, Chef adjoint du Bureau international santé et protection sociales, Délégation aux affaires européennes et internationales Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Paris, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Mme Valentine Eurisouke, membre du gouvernement, Responsable de la santé, Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie Nouméa, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Jean-Paul Grangeon, Médecin-inspecteur et chef du service de santé publique de la direction des affaires sanitaires, Nouméa, <i>Suppléant(e)</i></p>
JAPON	<p>Dr Naoko Yamamoto, Assistant Minister for Global Health Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare Chiyoda-ku, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Mr Hiroyuki Yamaya, Director, Office of International Cooperation Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Satoshi Ezoe, Team Leader, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare Tokyo, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Haruhiko Inada, Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare Tokyo, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Masami Miyakawa, Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare Tokyo, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Tomoo Ito, Bureau of International Health Cooperation National Center for Global Health and Medicine Tokyo, <i>Suppléant(e)</i></p>

## Annexe 2

KIRIBATI	<p>Dr Kautu Tenaua, Minister of Health, Ministry of Health and Medical Services, Tarawa, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Ms Sonia Monica Schutz, Deputy Secretary for Health Ministry of Health and Medical Services, Tarawa, <i>Suppléant(e)</i></p>
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO	<p>Associate Professor Dr Som Ock Kingsada, Vice-Minister of Health Ministry of Health, Vientiane, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Nao Boutta, Chief of Foreign Relation Division Director General of Cabinet of the Ministry of Health Vientiane, <i>Suppléant(e)</i></p>
MALAISIE	<p>Datuk Seri Dr S. Subramaniam, Minister of Health Ministry of Health Malaysia, Putrajaya, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Datin Seri Dr S. Umarani, Spouse to the Minister of Health Ministry of Health Malaysia, Putrajaya, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Datuk Dr Noor Hisham Abdullah, Director General of Health Ministry of Health Malaysia, Putrajaya, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Zainal Ariffin Omar, Director, Pahang State Health Department, Kuantan, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Mr Saravanan S. Mariappan, Principal Private Secretary to the Minister of Health Malaysia, Ministry of Health Malaysia Putrajaya, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Mohd Helmi Zakariah, Assistant Director, Global Health Unit Office of the Deputy Director General of Health (Public Health) Ministry of Health Malaysia, Putrajaya, <i>Suppléant(e)</i></p>
RÉPUBLIQUE DES ÎLES MARSHALL	<p>Ms Mailyynn Konelios-Lang, Acting Secretary for Health Ministry of Health, Majuro, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Tom Jack, Director, Public Health, Ministry of Health Majuro, <i>Suppléant(e)</i></p>

---

MICRONÉSIE (ÉTATS FÉDÉRÉS DE)	Mr Arthy G. Nena, Acting Secretary (Minister) Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Chef de la délégation</i>
	Mr Moses Pretrick, National Environmental Program Manager Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
	Mrs Louisa Helgenberger, National Immunization Manager Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
	Dr Mayleen Ekiek, TB/Leprosy National Medical Director Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Wincener J. David, National Health Planner, Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr X-ner Luther, Section Director, Non Communicable Disease Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
	Mrs Fancelyn P. Solomon, Administrative Specialist Department of Health and Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i>
MONGOLIE	Dr Bayar Oyun, Director of Health Policy Implementation and Coordination Department, Ministry of Health and Sports Ulaanbaatar, <i>Chef de la délégation</i>
NAURU	Ms Leane Pearce, Health Services Advisor, Ministry of Health Central Pacific, <i>Chef de la délégation</i>
	Ms Isabella Amwano Dageago, Assistant Director of Nursing to Public Health, Government of Nauru, Central Pacific, <i>Suppléant(e)</i>
NOUVELLE-ZÉLANDE	Dr Stewart Jessamine, Director of Public Health, Ministry of Health Wellington, <i>Chef de la délégation</i>
NIOUÉ *	
RÉPUBLIQUE DES PALAOS	Mr Gregorio Ngirmang, Minister for Health, Ministry of Health Koror, <i>Chef de la délégation</i>
	Mr Temmy Temengil, International Health Coordinator Ministry of Health, Koror, <i>Suppléant(e)</i>

---

\* non représenté

## Annexe 2

PAPOUASIE-NOUVELLE-  
GUINÉE

Mr Michael Malabag, Minister for Health and HIV/AIDS  
National Department of Health, Waigani, *Chef de la délégation*

Mr Pascoe Kase, Secretary for Health, National Department of Health  
Waigani, *Suppléant(e)*

Dr Paison Dakulala, Deputy Secretary, Health Services  
National Department of Health, Waigani, *Suppléant(e)*

Ms Kimberley Kawapuro, Policy and Research Officer  
National Health Services Standards, National Department of Health  
Waigani, *Suppléant(e)*

Mrs Nellie Malabag, Minister's Spouse, Department of Health  
Waigani, *Suppléant(e)*

## PHILIPPINES

Dr Janette P. Loreto-Garin, Secretary of Health  
Department of Health, Manila, *Chef de la délégation*

Dr Lilibeth C. David, Undersecretary, Office for Policy and Health  
Systems, Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Mr Mark Francis C. Hamoy, Consul, Philippine Consulate General  
Tamuning, Guam, *Suppléant(e)*

Dr Myrna C. Cabotaje, Director IV, Regional Office I  
Department of Health, La Union, *Suppléant(e)*

Dr Annabelle P. Yumang, Director III, Regional Office XI  
Department of Health, Davao City, *Suppléant(e)*

Dr Mar Wynn C. Bello, Medical Officer V, Bureau of International  
Health Cooperation, Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Ms Maika Ros N. Bagunu, Senior Health Program Officer  
Bureau of International Health Cooperation Department of Health,  
Manila, *Suppléant(e)*

Ms Angelita I. Cirineo, Assistant Philippine Consulate General  
Tamuning, Guam, *Suppléant(e)*

Ms Marie Emilie Avanzado Paras, Executive Assistant III  
Office of the Secretary, Department of Health  
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Donn Mc Angelo T. Valdez, Executive Assistant VI  
Philippine Health Insurance Corporation, Pasig City, *Suppléant(e)*

Dr Linda Milan, Senior Policy Adviser, Department of Health  
Manila, *Suppléant(e)*

## Annexe 2

RÉPUBLIQUE DE CORÉE	<p>Dr Kwon Deok cheol, Assistant Minister for Healthcare Policy Ministry of Health and Welfare, Sejong, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Jee Youngmee, Director General, Center for Immunology and Pathology, Korea Centers for Disease Control and Prevention Cheongju-si, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Lee Min-won, Director, Division of International Cooperation Ministry of Health and Welfare, Sejong, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Mr Lee Dong Han, Director, Division of Chronic Disease Control Korea Centers for Disease Control and Prevention Cheongju-si, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Nam Hoo hee, Deputy Director, Division of International Cooperation, Ministry of Health and Welfare, Sejong, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Jung Su ah, Assistant Director, Division of International Cooperation, Ministry of Health and Welfare, Sejong, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Yoo Hyosoon, Research Scientist, Division of HIV/AIDS and TB Control, Korea Centers for Disease Control and Prevention Cheongju-si, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Mr La Ki Tae, Specialist, Korea Institute for Health and Social Affairs Sejong City, <i>Suppléant(e)</i></p>
SAMOA	<p>Leausa Toleafoa Dr Take Naseri, Director General of Health/ Chief Executive Officer, Ministry of Health Apia, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Ms Delphina Taoa Kerslake, Legal Consultant, Ministry of Health Apia, <i>Suppléant(e)</i></p>
SINGAPOUR	<p>Dr Lam Pin Min, Minister of State (Health) Ministry of Health, Singapore, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Lyn James, Director, Epidemiology &amp; Disease, Control Division Ministry of Health , Singapore, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Yeo Wen Qing, Deputy Director, International Cooperation Branch Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Liu Jiaming, Assistant Director, Regulatory Policy Branch Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Leong Ting Li Amanda, Assistant Manager, International Cooperation Branch, Ministry of Health Singapore, <i>Suppléant(e)</i></p>

## Annexe 2

ÎLES SALOMON

Dr Tenneth Dalipanda, Permanent Secretary  
Ministry of Health and Medical Services, Honiara,  
*Chef de la délégation*

TOKÉLAOU\*

TONGA

Dr Saia Ma'u Piukala, Minister of Health, Ministry of Health  
Government of Tonga, Nuku'alofa, *Chef de la délégation*

Dr Leiukamea Aholoka Saafi, Acting Director of Health  
Ministry of Health, Tonga, Nuku'alofa, *Suppléant(e)*

TUVALU

Mr Isaia V. Taape, Permanent Secretary for Health  
Ministry of Health, Funafuti, *Chef de la délégation*

Dr Nese Ituaso Conway, Director of Health  
Princess Margaret Hospital, Ministry of Health  
Funafuti, *Suppléant(e)*

ROYAUME-UNI DE  
GRANDE-BRETAGNE ET  
D'IRLANDE DU NORD\*

ÉTATS-UNIS  
D'AMÉRIQUE

Ambassador Jimmy Kolker, Assistant Secretary,  
Office of Global Affairs, U.S. Department of Health and Human Services  
Washington, D.C., *Chef de la délégation*

Mr James Gillan, Director  
Department of Public Health and Social Services  
Guam, *Suppléant(e)*

Ms Erika Elvander, Director, Asia and the Pacific  
Office of Global Affairs, U.S. Department of Health and Human  
Services, Washington, D.C., *Suppléant(e)*

---

\* non représenté

\*

ÉTATS-UNIS  
D'AMÉRIQUE  
(suite)

Dr William Thane Hancock, Career Epidemiology Field Officer:  
U.S.-Affiliated Pacific Islands, Centers for Disease Control and Prevention,  
Pacific Islands Health Officers Association  
Mangilao, *Suppléant(e)*

LCDR Matthew Johns, USDHS, HHS Global Health Security  
Liaison to the US Pacific Command, Office of Global Affairs  
U.S. Department of Health and Human Services  
San Francisco, California, *Suppléant(e)*

Lt. Col. Kim T. Leba, Region Lead, PACOM/Southeast Asia  
Cooperative Biological Engagement Program  
Defense Threat Reduction Agency, Virginia, *Suppléant(e)*

Ms Melissa Kopolow McCall, Health Advisor, Office of Economic  
and Development Affairs, Bureau of International Organization  
Affairs, U.S. Department of State, Washington, D.C., *Suppléant(e)*

Ms Esther Muna, Chief Executive Officer  
Commonwealth Healthcare Corporation  
Commonwealth of Northern Mariana Islands, Saipan, *Suppléant(e)*

Ms Rachel Wood, International Health Analyst  
Office of Global Affairs, U.S. Department of Health and Human  
Services, Washington, D.C., *Suppléant(e)*

Mr Lance Brooks, Division Chief, Cooperative Biological Engagement  
Program, Defense Threat Reduction Agency, Virginia, *Suppléant(e)*

Timothy Garrow, President, NAEROK Group International  
Los Angeles, California, *Suppléant(e)*

Young Park, Chairman & CEO, NAEROK Group International  
Los Angeles, California, *Suppléant(e)*

VANUATU\*

VIET NAM

Professor Dr Le Quang Cuong, Vice Minister of Health  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Chef de la délégation*

Dr Tran Thi Giang Huong, Director General  
Department of International Cooperation, Ministry of Health of  
Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Huy Quang, Director General, Department of Health  
Legislation, Ministry of Health of Viet Nam  
Hanoi, *Suppléant(e)*

---

\* non représenté



## Annexe 2

VIET NAM  
(suite)

Dr Luong Ngoc Khue, Director General  
Administration of Medical Services Management  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Thi Lien Huong  
Director General, Environmental Health Management Agency  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Dang Viet Hung, Deputy Director  
Department of Planning and Finance  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Le Van Kham, Deputy Director, Department of Health Insurance  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Van Kinh, Director, National Hospital of Tropical  
Diseases, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Viet Nhung, Director , National Hospital of Lung Diseases  
Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Minh Hang, Deputy Director General  
General Department of Preventive Medicine  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Duc Thanh, Head, Unit of Disaster Management  
Cabinet of the Ministry of Health  
Ministry of Health of Viet Nam, Hanoi, *Suppléant(e)*

Ms Doan Phuong Thao, Official, Department of International  
Cooperation, Ministry of Health of Viet Nam  
Hanoi, *Suppléant(e)*

## II. REPRÉSENTANTS DES INSTITUTIONS DES NATIONS UNIES, DES INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES ET ORGANISATIONS APPARENTÉES

### III. OBSERVATEURS

ALLIANCE DES DIRIGEANTS DE LA RÉGION ASIE-PACIFIQUE CONTRE LE PALUDISME (APLMA) Professor Paul Lalvani

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME Dr Enkhjin Bavuu

OBSERVATEURS DE GUAM :

CENTRES POUR LE CONTRÔLE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES (CDC) Dr Wayne Smith  
Mr Peter Judicpa

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES SERVICES SOCIAUX  
Mr Leo G. Casil  
Mr Francis Santos  
Ms Margaret Bengzon  
Mr Pedro Leon Guerrero  
Dr Suzanne Kaneshiro  
Ms Roselie V. Zabala  
Mr Patrick S. Lucas  
Ms Elizabeth Guerrero  
Ms Alyssa Uncangco  
Mr Lawrence Alam  
Mr Alex Silverio  
Ms Bertha Taijeron  
Ms Margarita B. Gay  
Ms Josephine T. O'Mallan  
Ms Bernadette P. Schumann  
Mr Charles Morris  
Mr Aaron Ungpingco

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE Mr Mark Mendiola

## Annexe 2

GROUPE D'EXAMEN INDÉPENDANT  
D'EXPERTS (iERG)

Dr Kathleen Ferrier

ASSOCIATION DES SPÉCIALISTES DE LA  
SANTÉ PUBLIQUE DANS LES ÎLES DU  
PACIFIQUE (PIHOA)

Dr Emi Chutaro  
Dr Haley Cash

**IV. REPRÉSENTANTS DES  
ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**

SECRETARIAT GÉNÉRAL DE LA  
COMMUNAUTÉ DU PACIFIQUE (CPS)

Dr Sunia Soakai, Deputy Director  
Secretariat of the Pacific Community  
New Caledonia

ORGANISATION INTERNATIONALE POUR  
LES MIGRATIONS (OIM)

Dr Predrag Bajcevic  
Chief Medical Officer  
IOM Philippines

**V. REPRÉSENTANTS DES  
ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES**

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI)	Dr Stanley Y. Yasuhiro
HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL (HTAI)	Dr Jeonghoon Ahn
ALLIANCE INTERNATIONALE DES ORGANISATIONS DE PATIENTS (IAPO)	Mr Kin Ping Tsang Ms Karen Ida Villanueva
CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES (CII)	Ms Lynn H. Okada
INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF) FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE (FID)	Dr Petch Rawdaree
FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS EN MÉDECINE (FIAEM)	Mr Farhan Mari Isa Mr Sheng-wei Chang Ms Hsin Mei Pan Mr Bruce Chi-Han Tsai
FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT (FIIM)	Dr Michael Nissen Dr Carina M. Frago
FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE (IPPF)	Ms Fumie Saito
FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE (IPSF)	Ms Meng San (Dora) Lee
FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES INDUSTRIES DES ALIMENTS DIÉTÉTIQUES (SDI)	Ms Ling Di Koh
ASSOCIATION MONDIALE DES SOCIÉTÉS DE PATHOLOGIE ET DE MÉDECINE DE LABORATOIRE (WASPALM)	Dr Lai-Meng Looi
WORLD FEDERATION OF ACUPUNCTURE AND MOXIBUSTION SOCIETIES (WFAS) FÉDÉRATION MONDIALE DES SOCIÉTÉS D'ACUPUNCTURE ET DE MOXIBUSTION	Dr Teoh Boon Khai Professor Jaung-Gen Lin
WORLD HEPATITIS ALLIANCE (WHA) ALLIANCE MONDIALE CONTRE L'HÉPATITE	Mr Francis Charles Gore



**LISTE DES ORGANISATIONS DONT LES REPRÉSENTANTS  
ONT FAIT UNE DÉCLARATION AU COMITÉ RÉGIONAL**

Alzheimer's Disease International

Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme

Groupe d'examen indépendant d'experts

Alliance internationale des organisations de patients

Conseil international des infirmières

Fédération internationale du diabète

Fédération internationale des associations des étudiants en médecine

Organisation internationale pour les migrations

Fédération internationale pour la planification familiale

Association mondiale des sociétés de pathologie et de médecine de laboratoire

Alliance mondiale contre l'hépatite



**ALLOCUTION DU PRÉSIDENT SORTANT**  
**M. MICHAEL MALABAG,**  
**MINISTRE DE LA SANTÉ, PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE, À L'OCCASION DE LA**  
**SÉANCE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ**  
**RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Mesdames et Messieurs les ministres

Mesdames et Messieurs les délégués

M. le Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental

Mesdames et Messieurs les représentants des institutions des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et des organisations non gouvernementales

Mesdames et Messieurs :

Bonjour.

C'est pour moi un grand honneur de m'adresser à vous en cette soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental dans le cadre resplendissant qu'offre l'île de Guam. En ma qualité de vice-président sortant du Comité, je suis profondément honoré de pouvoir transmettre au gouvernement de Guam et à M. Eddie Baza Calvo, Gouverneur de Guam, par l'entremise du Dr Jim Gillan, Directeur de la santé, nos sincères salutations et nos profonds remerciements pour l'accueil festif et chamarré qui nous a été réservé.

Au nom des ministres de la santé des 37 États et Territoires de la Région du Pacifique occidental de l'Organisation mondiale de la Santé, je vous remercie d'accueillir cette nouvelle session du Comité régional.

Mesdames et Messieurs : l'année 2015 marque une étape importante pour le monde.

Suite au Sommet du Millénaire organisé par l'Organisation des Nations Unies en 2000, les gouvernements de 193 pays se sont engagés à éliminer la pauvreté extrême et la faim, à assurer l'éducation primaire pour tous, à promouvoir l'égalité des sexes, à réduire la mortalité infantile, à améliorer la santé maternelle, à lutter contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, à assurer un environnement pérenne et à mettre en place un partenariat durable pour le développement.

Bien que les 15 dernières années aient permis des progrès sans précédent qui ont contribué au renforcement de la santé, les avancées se sont produites à un rythme inégal entre les pays et au sein de ces derniers.

Alors que s'ouvre une nouvelle ère de développement mondial, incarnée par les Objectifs de développement durable, nous devons resserrer les rangs, réévaluer la situation, et résolument préserver et exploiter les acquis obtenus grâce aux OMD. Nous devons également tendre la main aux laissés pour compte de notre action passée.

Mesdames et Messieurs : Au nom des Philippines, qui ont présidé les travaux de la soixante-cinquième session du Comité régional, permettez-moi de revenir sur l'année qui vient de s'écouler.

En 2014, nous avons adopté le *Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019)*. Ce plan nous aide à déterminer les mesures prioritaires dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. L'une des actions clés préconisées dans le plan consiste à parer aux ingérences de l'industrie du tabac, laquelle n'a de cesse de s'immiscer jusqu'au cœur des dispositifs décisionnels de nos pays.



## Annexe 4

Nous devons donc rester vigilants et placer la santé publique en tête de nos priorités. Des interventions plus ambitieuses seront nécessaires dans le Pacifique pour concrétiser notre vision commune d'un Pacifique sans tabac d'ici 2025. Nous devons agir pour réduire la consommation de tabac à fumer et à chiquer. Nous devons impliquer tous les secteurs pour mettre un terme au tabagisme, notamment chez les jeunes.

Pour la première fois, nous avons adopté un Programme régional de mise en œuvre du *Plan d'action pour la santé mentale (2013-2020)*. Le programme régional nous invite à tout mettre en œuvre pour aider les individus et les familles qui souffrent en silence de la stigmatisation et du handicap associés aux troubles de santé mentale.

Nous nous sommes prononcés fermement en faveur d'une action contre la résistance antimicrobienne. Au travers du *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental*, nous sommes convenus d'agir contre la surconsommation et la mauvaise utilisation des antimicrobiens chez les humains et les animaux et de réglementer la vente des agents antimicrobiens, afin d'éviter un avenir terrifiant dans lequel des médicaments d'importance vitale se révéleraient inefficaces dans la lutte contre les infections courantes.

Conscients de l'importance fondamentale de la prévention des maladies par la vaccination, nous avons approuvé le *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins (2013-2020)* et clamé notre engagement en faveur de la poursuite et de l'intensification des efforts visant à éliminer la rougeole, accélérer la lutte contre l'hépatite B, préserver notre statut de Région exempte de poliomyélite, éliminer le tétanos maternel et néonatal et la rubéole, et introduire de nouveaux vaccins.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a récemment administré à 200 000 enfants le nouveau vaccin antipoliomyélitique inactivé et le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole. Cette initiative a été pilotée par notre Premier ministre, qui a fait de la prévention des maladies l'une de ses grandes priorités.

Dernier exemple, mais non le moindre, au travers du *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes*, nous sommes convenus de mobiliser tous les secteurs pour contribuer au renforcement des capacités nationales et des investissements techniques et financiers pour renforcer les systèmes de santé, réduire au minimum les conséquences des catastrophes et atténuer les effets du changement climatique.

Chers collègues :

Le virus Ebola en Afrique de l'Ouest et le Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) au Moyen-Orient et en République de Corée nous ont éveillés à la menace que fait peser sur nos têtes, telle une épée de Damoclès, la propagation d'un virus mortel à l'échelle mondiale.

Les pays insulaires du Pacifique sont les plus exposés aux phénomènes climatiques extrêmes et sont profondément préoccupés par les effets du climat sur la santé. Les cyclones constituent une menace permanente pour la région. Un fort épisode du phénomène El Niño est attendu. Les temps sont difficiles pour toute la planète.

Le secteur de la santé que nous représentons doit participer aux préparatifs de la Conférence des parties à la Convention-Cadre des Nations Unies sur le changement climatique qui se tiendra à Paris en novembre. Nous devons exposer les effets du changement climatique sur la santé et agir dès maintenant pour protéger les communautés et veiller à la résilience de nos systèmes sanitaires face au changement climatique.

Notre aptitude à gérer les catastrophes et les flambées épidémiques dépendra de la robustesse de l'assise sur laquelle repose nos systèmes de santé primaire.

Pour être prêts à affronter le pire, nous devons nous concentrer sur l'essentiel.

Nous continuerons à solliciter les conseils et le soutien de l'Organisation mondiale de la Santé pour mieux affronter cet avenir imprévisible.

L'an dernier, nous avons examiné et commenté l'avant-projet de budget programme de l'Organisation mondiale de la Santé pour la période 2016-2017 qui a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai. Nous nourrissons de grands espoirs pour les deux années à venir, au cours desquelles nous comptons améliorer nos résultats et réitérer notre engagement en faveur de la protection et de la promotion de la santé de tous les habitants du Pacifique occidental.

Je remercie les autres membres du Bureau du Comité régional.

Je souhaite également remercier le Dr Shin Young-soo et ses collaborateurs du travail acharné investi dans le soutien apporté aux ministères de la santé et, par leur entremise, aux États Membres.

Je me réjouis à la perspective d'une nouvelle session vivifiante et stimulante du Comité régional.

Et je remercie une fois encore nos hôtes généreux pour la qualité exceptionnelle de l'organisation.



**ALLOCUTION DU DR MARGARET CHAN, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, À LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION  
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL  
(prononcée par Dr Hans Troedsson, Sous-Directeur général pour l'Administration)**

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les ministres, Dr Shin, Mesdames et Messieurs les délégués, chers collègues et amis, Mesdames et Messieurs,

Le Dr Chan, Directeur général de l'OMS, n'est malheureusement pas parmi nous aujourd'hui. Elle vous transmet ses salutations et m'a demandé de m'exprimer aujourd'hui en son nom.

Le monde a profondément changé depuis qu'au début du siècle, les objectifs du Millénaire pour le développement sont devenus la priorité des efforts internationaux visant à réduire la misère humaine.

On pensait alors que celle-ci était due à un ensemble bien délimité de grandes causes comme la pauvreté, la faim, la mauvaise qualité de l'eau et des moyens d'assainissement, plusieurs maladies infectieuses et le manque de soins essentiels pendant la grossesse, l'accouchement et l'enfance.

Le fruit des efforts déployés, et toute l'énergie, toutes les ressources qui leur ont été consacrées et les innovations qui en ont découlé ont dépassé, pour beaucoup, les rêves les plus fous. Cette action a démontré le pouvoir de la solidarité internationale et a révélé le meilleur de la nature humaine.

La mortalité de la mère et de l'enfant a diminué plus rapidement qu'elle ne l'a jamais fait, certaines des diminutions les plus spectaculaires étant enregistrées en Afrique subsaharienne. Chaque jour, on compte 17 000 décès d'enfants de moins qu'en 1990. Le sida est arrivé à un tournant l'an dernier : pour la première fois le nombre de nouveaux bénéficiaires d'un traitement antirétroviral a dépassé le nombre des nouvelles infections.

Depuis le début du siècle, on estime à 37 millions le nombre de vies sauvées par un diagnostic et un traitement efficaces de la tuberculose. Au cours de la même période, les décès dus au paludisme ont diminué de 60 %. On estime à 6,2 millions le nombre de vies sauvées.

Les dons de médicaments de l'industrie pharmaceutique ont permis à l'OMS de faire bénéficier plus de 800 millions de personnes chaque année d'un traitement préventif contre les maladies tropicales négligées. Ces dons soulignent la détermination de la Région à mettre fin à la lèpre et à la filariose lymphatique.

En atteignant un si grand nombre de personnes parmi les populations les plus défavorisées de la planète, nous ouvrons la voie à une réelle échappée, loin de la pauvreté.

Au nom du Directeur général et de l'OMS, je souhaiterais féliciter les lauréats du Prix Nobel de médecine de cette année. C'est non seulement un honneur pour la Chine, l'Irlande et le Japon, mais aussi un hommage rendu à l'importance du traitement des maladies qui prévalent dans les populations vivant dans l'extrême pauvreté. Il sera difficile désormais de penser qu'il s'agit de maladies négligées.

Les deux lauréats du Pacifique occidental, à savoir le Dr Youyou Tu de Chine et le Dr Satoshi Omura du Japon, nous rappellent que la Région joue un rôle essentiel dans la recherche et le développement en santé publique à l'échelle mondiale. Ces deux lauréats ont donné au monde deux des médicaments les plus importants pour les pays en développement : l'artémisinine et l'ivermectine.

## Annexe 5

Le mois dernier, l'Assemblée générale des Nations Unies a arrêté un nouveau programme de développement durable. Le nombre des objectifs est passé de 8 à 17, dont un sur la santé. Les cibles apparentées ont été multipliées par 8, passant de 21 à 169.

Les facteurs qui déterminent aujourd'hui le bien-être du genre humain et l'état de la planète qui l'abrite ne sont plus aussi faciles à cerner qu'auparavant. Ce nouveau programme va s'efforcer de façonner un monde très différent.

De plus en plus souvent, c'est non le meilleur mais le pire de la nature humaine qui se donne à voir : terrorisme international, fusillades de masse absurdes, attentats à la bombe sur les marchés et les lieux de culte, sites archéologiques inestimables réduits à l'état de ruines, et conflits armés interminables qui alimentent la plus grave crise de réfugiés depuis 70 ans.

Mesdames et Messieurs,

Depuis le début du siècle, de nouvelles menaces pour la santé ont gagné du terrain. Elles sont d'une ampleur et d'une complexité bien plus grandes que celles des enjeux qui dominaient le programme d'action sanitaire il y a 15 ans.

Ce sont désormais les maladies non transmissibles chroniques, et non les maladies infectieuses, qui causent le plus de décès dans le monde. Comme il est indiqué dans le rapport de votre Directeur régional, dans certains États et Territoires insulaires, plus de 75 % des adultes sont obèses, près de 50 % des jeunes gens fument, et jusqu'à 40 % des adultes souffrent d'hyperglycémie.

Le monde est mal préparé pour relever ces nouveaux défis. Peu de systèmes de santé ont été conçus pour pouvoir prendre en charge les affections chroniques voire incurables. Plus rares encore sont les médecins formés à les prévenir. Et encore moins de gouvernements possèdent les moyens financiers nécessaires pour les traiter.

Dans certains pays, le coût du traitement du diabète engloutit à lui seul de 25 à 50 % de la totalité du budget de la santé. La plupart des nouveaux médicaments homologués en 2014 pour diverses pathologies cancéreuses coûtent par an plus de US \$120 000 par patient.

Le climat change, et ses répercussions sur la santé vont d'une plus large prévalence géographique de la dengue à des décès supplémentaires dus à la pollution de l'air, aux vagues de chaleur ou à d'autres événements climatiques extrêmes. Les îles du Pacifique subissent déjà les lourdes conséquences du changement climatique qui menacent leur existence même.

En décembre, Paris accueillera la Vingt et Unième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Aux yeux de beaucoup, cette Conférence est la dernière occasion qui nous est donnée d'éviter que nos enfants héritent d'une planète en ruine. Comme l'a indiqué le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, il n'y a pas de plan B, pas plus qu'il n'y a de planète B.

La résistance aux antimicrobiens est désormais considérée comme une crise sanitaire et médicale majeure. Comme l'a déclaré le Directeur général lors de la réunion des ministres de la Santé du G7, tenue la semaine dernière, la résistance aux antimicrobiens est une crise sanitaire mondiale. Des microbes extrêmement résistants hantent les services d'urgence et les unités de soins intensifs du monde entier. La gonorrhée est maintenant résistante à de multiples classes de médicaments. Même avec la meilleure prise en charge, seule la moitié environ des cas de tuberculose multirésistante est soignée avec succès.

L'hépatite représente un énorme problème, comme l'a rappelé le gouverneur de Guam ce matin. Elle tue 1 500 personnes par jour. Cette maladie sera abordée par le Comité régional cette semaine, lorsque vous examinerez le projet de plan d'action régional.

Nulle personne travaillant dans le domaine de la santé publique ne saurait sous-estimer les défis qui nous attendent. Ces nouvelles menaces ne cadrent pas avec le modèle biomédical qui a historiquement guidé l'action de santé publique. Leurs causes profondes se trouvent en dehors du champ généralement couvert par la santé publique.

Le secteur de la santé, s'il agit seul, ne peut protéger nos enfants de la commercialisation d'aliments et de boissons nocifs pour la santé, persuader les pays de réduire leurs émissions de gaz à effet de serre, ou obtenir des producteurs de l'industrie agro-alimentaire qu'ils réduisent l'usage massif d'antibiotiques.

Ces nouvelles menaces pour la santé échappent également au domaine d'action traditionnel des nations souveraines, habituées à gouverner au sein de leur territoire. Dans un monde d'interdépendance radicalement accrue, toutes ces menaces sont transfrontalières.

Mondialisée, la commercialisation de produits nocifs pour la santé ne respecte aucune frontière. Par définition, l'évolution du climat touche toute la planète.

Les agents pathogènes pharmacorésistants se propagent facilement dans le monde, que ce soit en classe affaires à l'insu des passagers aériens qu'ils infectent ou dans le cadre des échanges mondiaux de produits alimentaires.

Nous sommes aussi confrontés à d'autres défis. La cartographie de la pauvreté a évolué. Aujourd'hui, 70 % des populations défavorisées du monde vivent dans des pays à revenu intermédiaire. De telles statistiques changent la donne. La croissance du PIB a longtemps été un critère important pour mesurer le progrès national. Si l'économie se porte bien, quel est l'intérêt d'investir dans des soins de santé équitables ? Le monde n'a que faire de pays riches où les pauvres sont si nombreux.

Notre monde est profondément interdépendant et cela aussi a des conséquences. La crise des réfugiés qui touche l'Europe a ébranlé l'idée selon laquelle les guerres des contrées éloignées resteront lointaines. La flambée de maladie à virus Ebola a ébranlé l'idée selon laquelle une maladie de pays africains pauvres n'aurait aucune conséquence ailleurs dans le monde.

Mesdames et Messieurs,

La flambée de maladie à virus Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest n'est pas encore vaincue, mais nous sommes tout près du but. La riposte est entrée dans une phase où nous pouvons suivre les dernières chaînes de transmission, et parvenir à les briser. Pour atteindre cette phase, l'OMS a déployé plus de 1000 membres de son personnel sur 68 sites sur le terrain dans les trois pays.

Le Dr Chan remercie l'équipe de soutien à la lutte contre le virus Ebola dans la Région du Pacifique occidental pour sa contribution à la riposte internationale qui nous permis d'en arriver là aujourd'hui.

La flambée nous apprend aussi quelque chose sur l'importance du nouveau programme de développement durable. Bon nombre des nouveaux objectifs s'attaquent aux causes essentielles de la mauvaise santé. En les poursuivant nous bâtissons les fondations d'un monde plus équitable, plus stable et plus sûr. Plus sûr, notamment face aux menaces de maladies infectieuses.

## Annexe 5

Le mois dernier, 267 éminents économistes en provenance de 44 pays ont publié une déclaration dans *The Lancet*. Cette déclaration appelait les leaders du monde entier à accorder la priorité à une action en faveur de la couverture universelle visant les plus pauvres, comme fondement essentiel du développement durable.

Les arguments économiques en ce sens sont convaincants. La couverture sanitaire universelle transforme les modes de vie ainsi que les vies, et agit comme une stratégie de réduction de la pauvreté. On estime que les avantages économiques d'un investissement dans la couverture sanitaire universelle sont plus de dix fois supérieurs aux coûts.

Comme les économistes l'ont fait remarquer, les effets dévastateurs d'Ebola auraient pu être atténués si les systèmes de santé publique avaient été renforcés dans les trois pays, pour un coût qui aurait représenté un tiers du coût de la riposte à Ebola à ce jour.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU DR SHIN YOUNG-SOO, DIRECTEUR RÉGIONAL DE  
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL,  
À LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL  
DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Monsieur le Président ;  
Mesdames et Messieurs les ministres ;  
Mesdames et Messieurs les représentants des États Membres et des organisations partenaires ;  
Chers collègues, Mesdames et Messieurs :

Hafa Adai!

Bonjour et bienvenue à la soixante-sixième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental.

Je tiens à remercier le gouvernement et la population de de Guam et des États-Unis d'Amérique d'accueillir la présente session du Comité régional.

C'est en 1972 que le Comité régional s'est réuni à Guam pour la première fois. Il y a 43 ans, M. Gillan, notre président, a participé à la coordination de l'événement, même si, à en juger par les apparences, il ne devait guère avoir plus de 8 ans à l'époque !

Plus sérieusement, la tenue de la présente session dans le Pacifique tombe à point nommée puisque nous célébrons cette année le 20<sup>e</sup> anniversaire de la vision pour des îles-santé.

Réunis en début d'année aux Fidji, les ministres de la santé du Pacifique ont réaffirmé leur attachement à cette vision. Ils se sont engagés à lutter contre la crise des MNT dans le Pacifique et à suivre les progrès accomplis vers l'instauration d'un environnement véritablement favorable à la santé.

Depuis la première réunion ministérielle, en 1995, les îles du Pacifique ont accompli des progrès considérables en matière de santé. Les taux de survie infantile se sont améliorés, et l'espérance de vie s'est allongée.

Au cours de la même période, le nombre de décès imputables à la tuberculose a été réduit de deux-tiers, et le Pacifique a maintenu son statut de région exempte de poliomyélite et progressé dans la lutte contre les maladies tropicales négligées.

L'action que nous menons dans le Pacifique figure parmi les nombreuses priorités que je m'appête à évoquer avec vous aujourd'hui.

En ma qualité de Directeur régional, je rends compte aux États Membres, lors de la session annuelle du Comité régional, des progrès réalisés en faveur de la santé et du bien-être des populations de la Région.

Vous avez tous reçu communication de mon rapport détaillé intitulé « Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental » qui fait état des réalisations de l'année écoulée. Vous constaterez que le rapport se présente désormais sous un nouveau format, plus lisible.

De manière générale, nous avons œuvré au renforcement des systèmes de santé dans l'ensemble de la Région. Nous avons assisté à un recul mesurable des maladies transmissibles, alors que nous poursuivons la lutte contre les facteurs de risque de maladies non transmissibles, premières causes de mortalité dans la Région.



## Annexe 6

Au cours de l'année écoulée, le processus de vérification a confirmé l'élimination de la rougeole dans trois pays de la Région : le Brunéi Darussalam, le Cambodge et le Japon. À ce jour, sept États et Territoires ont fait l'objet d'une vérification.

Les Samoa américaines sont parvenues à réduire la prévalence de l'hépatite B à moins de 1 % chez les enfants de 5 ans. Elles font maintenant partie des 12 États et Territoires de la Région à avoir atteint la cible fixée pour 2017.

Après vérification, le Cambodge a été déclaré exempt de tétanos maternel et néonatal, tandis que Nioué, les Palaos et le Vanuatu ont demandé à l'OMS de certifier que la filariose lymphatique ne constituait plus un problème de santé publique sur leur territoire.

Face à la menace liée au paludisme multirésistant, l'OMS et les États Membres du Mékong ont élaboré une stratégie infrarégionale d'élimination du paludisme. Le centre des opérations, situé au Cambodge, continue de jouer un rôle déterminant dans la coordination des mesures visant à combattre la multirésistance dans la sous-région du Grand Mékong.

Dans l'ensemble de la Région, la résistance aux antimicrobiens demeure une priorité. Le plan d'action régional pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, approuvé l'an dernier, commence déjà à porter ses fruits.

L'an dernier toujours, les Fidji, le Samoa et la Mongolie ont entamé l'élaboration de plans d'action nationaux plurisectoriels visant à combattre la résistance aux antimicrobiens, tandis que l'Australie, le Cambodge, les Philippines et le Viet Nam sont en train d'apporter la touche finale à leurs politiques et plans nationaux.

Pour consolider les systèmes de santé, nous avons apporté notre soutien au Cambodge, aux Îles Salomon, à la Malaisie, à la Mongolie et à la République démocratique populaire lao dans l'élaboration de politiques et de plans nationaux.

Nous avons également facilité la tenue de dialogues stratégiques de haut niveau au Cambodge, en Chine et au Viet Nam, ainsi que la révision de plans nationaux sur la santé dans plusieurs pays du Pacifique et du Mékong.

Les membres de notre vaste réseau de centres collaborateurs se sont réunis en novembre 2014 dans le cadre du tout premier forum régional. Près de 200 représentants issus de 135 centres situés dans la Région ont fait le déplacement au Bureau régional pour partager leurs données d'expérience et renforcer les partenariats.

Le forum a fourni un exemple éclatant de collaboration et coopération utiles, tournées vers le renforcement des capacités au sein de la Région.

Dans huit pays de la Région, plus de 400 établissements sanitaires dotés d'effectifs estimés à 10 000 professionnels de la santé appliquent le programme de soins précoces essentiels du nouveau-né, ou programme de « la première étreinte ».

Ces mesures simples et peu coûteuses sauvent la vie des bébés, un progrès essentiel dans notre Région où la mortalité néonatale représente la moitié des décès infantiles.

Autre initiative d'importance vitale, la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac suscite une remarquable adhésion dans l'ensemble de la Région.

Durant l'année écoulée, la République de Corée a relevé les taxes sur les produits du tabac et prévoit d'introduire des mises en garde sanitaires assorties d'images explicites sur les paquets de cigarettes au cours de l'an prochain. Récemment, les Fidji, les îles Solomon et le Samoa ont tous trois rejoint la longue liste des pays ayant recours aux avertissements sanitaires.

Le Cambodge vient d'adopter une législation globale sur la lutte antitabac. Au cours de l'année écoulée, sept États et Territoires du Pacifique ont appliqué une hausse des taxes sur les produits du tabac : les Fidji, le Commonwealth des Îles Mariannes du Nord, les Îles Cook, les Îles Salomon, les Palaos, le Samoa et les Tonga.

Mais la nouvelle la plus retentissante en matière de lutte antitabac nous est parvenue de Chine, un pays dont la population consomme un tiers des cigarettes produites au niveau mondial.

En juin, Beijing — la capitale du pays dont la population s'élève à 20 millions d'habitants — a décrété une interdiction totale de fumer dans tous les lieux publics fermés. La mesure revêt une importance d'autant plus grande qu'elle réduit l'exposition des non-fumeurs aux effets mortels du tabagisme passif.

En effet, parmi le million de décès associés chaque année au tabac en Chine, le tabagisme passif est responsable de 100 000 d'entre eux, essentiellement parmi les femmes et les enfants.

Nous espérons que d'autres mégapoles asiatiques suivront l'exemple de Beijing.

Indéniablement, l'année écoulée a été chargée en événements de santé publique, dans la Région et dans le reste du monde.

Mais de toutes les crises, c'est sans doute la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest qui aura le plus ébranlé nos certitudes en matière de sécurité sanitaire mondiale.

Si la Région du Pacifique occidental est restée exempte de tout cas, elle n'en a pas moins joué un rôle fondamental dans la riposte opposée à l'épidémie. Nous avons mis sur pied une démarche fondée sur le travail d'équipe, en créant l'Équipe de soutien à la lutte contre le virus Ebola dans la Région du Pacifique occidental, connue sous le sigle de WEST. Des agents de l'OMS et des experts des États Membres sont intervenus sur le terrain pour contribuer à la riposte mondiale.

De fait, plusieurs États Membres continuent à fournir une aide financière, une expertise et un soutien sur le théâtre des opérations.

Comme vous le savez, la Région du Pacifique occidental est loin d'être épargnée par les flambées épidémiques et les aléas naturels. Nous avons une vaste expérience et de nombreux enseignements à partager avec le reste de l'OMS et la communauté internationale dans son ensemble.

Au cours de l'année écoulée, notre Région a été touchée par une flambée de grande ampleur d'une autre maladie infectieuse, à savoir le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ou MERS.

Le virus Ebola et le MERS nous ont adressé un douloureux rappel : les agents pathogènes sont capables de franchir les frontières rapidement et des flambées peuvent survenir dans les endroits les plus inattendus.

La flambée de la maladie à virus Ebola a pris tout le monde par surprise en se déclarant en Afrique de l'Ouest, une région où les systèmes de santé sont faibles et les capacités de riposte minimes.

## Annexe 6

La flambée de MERS en République de Corée, quant à elle, a démontré que la vulnérabilité était universelle. Même un système de santé doté d'importantes capacités peut être pris au dépourvu par l'émergence d'une maladie infectieuse.

Nous avons analysé ces flambées et suivi les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (SMEAP) et du Règlement sanitaire international.

Ainsi, nous pouvons optimiser notre état de préparation à la prochaine flambée.

À ce propos, une évaluation de la SMEAP effectuée pendant l'année écoulée a montré que des progrès importants avaient été accomplis dans la mise en place et le renforcement de systèmes nationaux de surveillance et de riposte dans la Région.

La mise en œuvre de la SMEAP a débuté en 2006. Avant son introduction, les États Membres ne menaient aucune surveillance systématique des événements.

En 2013, plus de neuf États Membres sur dix ont déclaré avoir mis en place des unités chargées de la surveillance des événements, une activité essentielle à la détection et à la riposte précoces face aux flambées et aux situations d'urgence.

L'évaluation a également fait ressortir la nécessité d'actualiser la stratégie pour orienter les activités futures, à la lumière des principaux enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola, du MERS et d'autres urgences de santé publique.

Dans la Région du Pacifique occidental, nous avons déjà commencé à traduire ces enseignements dans la pratique.

Nous aidons les pays à entamer la phase suivante de mise en œuvre de la SMEAP et à satisfaire aux exigences du Règlement sanitaire international. Ces activités seront décrites de manière plus détaillée au cours de la présentation des rapports de situation et des manifestations parallèles organisées au fil de la semaine.

Il y a quelques semaines à peine, j'ai assisté, comme un certain nombre d'entre vous, au Sommet des Nations Unies sur le développement durable qui a permis l'adoption des ODD.

Ces objectifs constituent une promesse au monde ambitieuse qui coïncide avec le 70<sup>e</sup> anniversaire de l'Organisation des Nations Unies.

Les progrès accomplis vers la réalisation de certains de ces objectifs dépendront du soutien fourni par l'OMS, en tant qu'organisme mondial de référence en matière de santé ET première institution des Nations Unies de par sa taille, pour aider les États Membres à consolider leurs résultats sanitaires.

Le Pacifique occidental a connu un développement rapide et une croissance économique sans précédent. L'expérience de la Région apporte un éclairage utile sur les nombreux effets secondaires du développement tels que l'urbanisation non planifiée, le changement climatique et l'insécurité routière, pour n'en citer que quelques-uns.

Au cours de la semaine, nous allons nous pencher sur plusieurs défis sanitaires auxquels se heurte la Région, et le Comité régional sera invité à examiner plusieurs projets de plan d'action.

Pour la première fois, nous allons élargir le débat sur les cadres de vie sains à la question plus vaste de la santé urbaine, laquelle figure à notre ordre du jour.

Nous examinerons également des propositions concrètes visant à faciliter l'instauration de la couverture sanitaire universelle au sein des États Membres.

Le cadre d'action régional intitulé « *La couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé* » influera de manière sensible sur notre aptitude à relever de nombreux défis sanitaires futurs.

Deux autres plans d'action ciblent des phénomènes responsables de décès et de souffrances incommensurables dans la Région : l'hépatite virale, et la violence et les traumatismes.

Pris séparément, l'hépatite virale et la violence et les traumatismes font plus de victimes dans la Région que le sida, le paludisme et la tuberculose réunis.

Cette année, nous évoquerons également la mise en œuvre régionale de la stratégie mondiale visant à mettre un terme à la tuberculose.

Nous ferons le point sur de nombreux programmes techniques de l'OMS menés en réponse à des résolutions adoptées par le Comité régional, dans des domaines tels que la sécurité sanitaire des aliments, les maladies tropicales négligées, le vieillissement et la santé, la prévention et la maîtrise des MNT et le renforcement des systèmes de réglementation.

Ces rapports de situation sont importants. Comme vous le savez, l'élaboration de stratégies ou de plans d'action régionaux ne constitue pas l'aboutissement de notre travail, mais son point de départ.

Pour mieux servir les États Membres, l'OMS adapte son mode de fonctionnement.

Nous analysons le rôle joué par l'Organisation à l'échelle mondiale et menons les réformes nécessaires pour mieux répondre aux besoins des États Membres, en particulier lors des situations d'urgence.

Nous le savons, nos parades aux situations d'urgence doivent reposer sur une mécanique bien huilée – un enchaînement maîtrisé de mesures permettant d'enrayer la mort et la destruction.

Fondamentalement, notre mission consiste à aider les États Membres à sortir plus forts et plus résilients des catastrophes et des flambées épidémiques.

Pour y parvenir, nous devons attacher l'importance qu'elle mérite à la coopération entre secteurs, entre pays et entre sociétés, pour combler les déficits d'information et de compréhension au travers d'une solide collaboration.

En bâtissant des liens et des systèmes en période d'accalmie, nous serons mieux armés pour faire face aux situations de crise.

Le virus Ebola nous a montré – une fois de plus, et de manière édifiante — que nous devons opposer une riposte commune aux menaces sanitaires mondiales, quelle qu'en soit la nature, et en quelque lieu que ce soit.

Aucune organisation ni aucun individu ne saurait réussir seul.

En collaborant, nous avons montré qu'il était possible d'apporter des améliorations rapides et concrètes à la santé et au bien-être des 1, 8 milliard habitants de la Région.

## Annexe 6

Ensemble, nous veillerons à ce que la Région du Pacifique occidental parvienne à surmonter les défis que l'avenir lui réserve en matière de santé.

Je vous remercie.

**ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT  
MONSIEUR JAMES GILLAN, DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET  
DES SERVICES SOCIAUX, GOUVERNEMENT DE GUAM,  
À LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE  
PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Mesdames et Messieurs les ministres

Mesdames et Messieurs les délégués

M. le Dr Hans Troedsson, représentant du Directeur général de l'OMS

M. le Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental

Mesdames et Messieurs les représentants des institutions des Nations Unies, des organisations  
intergouvernementales et des organisations non gouvernementales

Mesdames et Messieurs :

Manana Si Yu'uos (Que Dieu vous bénisse)

Hafa Adai et bienvenue à Guam.

Je vous remercie de l'honneur et de la confiance que vous me faites en me confiant la présidence de la soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

Je souhaite également remercier le vice-président sortant, M. Michael Malabag, Ministre de la santé de Papouasie-Nouvelle-Guinée, ainsi que tous les autres membres du Bureau de la précédente session du Comité régional. J'aurai à cœur de conduire les débats avec efficacité, comme l'ont fait mes prédécesseurs.

J'espère que vous conviendrez avec moi de la nécessité de prêcher par l'exemple, notamment en matière de promotion de la santé et de prévention de MNT. J'aimerais donc placer cette session sous le signe de la santé. J'espère que vous profiterez de votre temps libre pour vous balader le long de notre belle baie, ou vous y baigner. Je vous propose d'adopter le code vestimentaire du Pacifique pendant le reste de la semaine et de participer, si notre emploi du temps nous le permet, aux pauses « mobilité » que nous avons prévues pour atténuer les risques sanitaires auquel nous expose la position assise prolongée.

Mesdames et Messieurs : Guam s'estime privilégiée de pouvoir accueillir la présente session du Comité régional.

J'espère que vous aurez l'occasion de découvrir les trésors que recèle notre île. Vieilles de plus de 4000 ans, nos traditions et coutumes insulaires restent vivaces malgré les conquêtes des envahisseurs, les guerres, les épidémies et le bouleversement socio-politique induit par la mondialisation. Notre patrimoine multiculturel s'exprime notamment au travers de notre gastronomie, nimbée de diverses influences asiatiques, micronésiennes, espagnole et américaine. La musique, les arts et la danse sont indissociables de notre mode de vie insulaire et j'espère que nous aurons l'occasion de vous y initier au cours de cette session. Guam accueillera le Festival des arts du Pacifique l'an prochain ; je vous invite à prendre de l'avance et à profiter de votre séjour pour vous imprégner de la richesse culturelle de notre île.

Mesdames et Messieurs : En 1972, il y a 43 ans, Guam accueillait la vingt-troisième session du Comité régional.

À l'époque, la présidence avait été assurée par le Dr Franklin S. Cruz, directeur du Département de la santé publique et des services sociaux, tandis que j'assurais avec d'autres la coordination de l'événement. Je venais à peine d'entamer ma carrière en santé publique. Mon élection à la présidence de la 66e session revêt donc pour moi une importance personnelle particulière.

## Annexe 7

Il est intéressant de constater que, parmi les points inscrits à l'ordre du jour de la session du Comité régional de 1972, figuraient entre autres la médecine du travail, la désinsectisation des aéronefs, la pharmacodépendance, les effets de l'usage du tabac sur la santé, la création de programmes coordonnés de formation d'enseignants pour les personnels de santé et les services de laboratoires de santé.

Si leur libellé a quelque peu évolué, ces thématiques n'ont rien perdu de leur actualité dans la Région. Voilà qui en dit long : en dépit de nos efforts longs et acharnés, nous peinons toujours à résorber les maux qui continuent de peser sur la santé des populations de la Région.

Le contexte sanitaire, quant à lui, a connu une profonde mutation.

Certes, les infections, l'usage du tabac et de substances nocives, les déplacements internationaux, les conditions de travail et les capacités des systèmes sanitaires continuent de figurer parmi nos grandes préoccupations.

Reconnaissons toutefois que notre environnement a gagné en complexe. Alors que les technologies de communication mobile et les médias sociaux nous relient plus que jamais les uns aux autres, nous observons une fragmentation et une désintégration du tissu social, et de fortes disparités entre les groupes de population d'un même pays ou de pays distincts. Nous voyageons plus et plus vite ; les microbes et les produits nocifs font de même. Le monde a beau produire de plus en plus de denrées alimentaires, la malnutrition affiche des taux record, au même titre que l'obésité. La médecine a accompli des progrès incommensurables grâce à l'imagerie magnétique et au guidage robotique des sondes chirurgicales ; pendant ce temps, certains programmes élémentaires de santé publique, parmi lesquels des programmes de vaccination, peinent à exister dans de nombreuses parties du monde.

Nous avons pris connaissance de l'excellent rapport du Directeur régional.

Dr Shin, vous avez su nous guider parmi les multiples écueils rencontrés au cours de l'année écoulée. Nous comptons sur votre leadership pour orienter nos débats des prochains jours. Nous nous félicitons tous de votre engagement personnel indéfectible en faveur de l'amélioration de la santé de toutes nos populations.

Comme en 1972, le Comité régional constitue aujourd'hui encore un dispositif institutionnel éprouvé, synonyme de force, de solidarité et de soutien constant, qui nous invite tous à nous dépasser – contre vents et marées. Nous sommes 33 nations et territoires ; nous parlons des langues différentes et possédons des systèmes politiques distincts. Parfois, ces différences nous opposent. Mais ici, dans cette salle, les drapeaux de nos États et Territoires ne forment qu'une seule ligne. Un objectif commun nous fédère : le renforcement de la santé de nos populations, et notre désir de paix et de sécurité pour ces dernières. Le programme de nos débats vise à porter plus avant nos progrès sur cette voie

Chers collègues : Notre ordre du jour comporte six points dont nous espérons pouvoir traiter aujourd'hui et demain : le rapport d'exécution du budget pour la période 2014-2015, l'hépatite virale, la tuberculose, la couverture sanitaire universelle, la prévention de la violence et des traumatismes, et la santé urbaine.

Nous serons ensuite présentés six rapports de situation dont nous espérons achever l'examen jeudi, sur la sécurité sanitaire des aliments, la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et le Règlement sanitaire international, les maladies tropicales négligées et la lèpre, le vieillissement et la santé, la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et le renforcement des systèmes de réglementation.

Nous évoquerons également la coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif, ainsi que les programmes spéciaux mondiaux de recherche sur la reproduction humaine.

Chers collègues : Permettez-moi de vous faire part de quelques observations sur les principaux points de l'ordre du jour.

Nous évoquerons l'exécution du budget programme 2014-2015. Comme nombre d'entre vous se le rappelleront, nos observations sur le budget programme 2016-2017 ont été examinées par le Conseil exécutif en janvier 2015 et l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015.

L'hépatite virale est la septième cause de mortalité dans le monde. Elle provoque chaque année le décès de 1,45 million de personnes, dont 40 % dans notre Région. À Guam, le cancer hépatique est la deuxième forme de cancer la plus meurtrière. Or, une part importante des cancers du foie est provoquée par l'hépatite chronique. L'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite B est beaucoup plus forte à Guam qu'aux États-Unis, et frappe essentiellement les Micronésiens. Il n'est donc guère surprenant que la population micronésienne affiche un taux de mortalité dû au cancer hépatique supérieur de plus de 5 fois à la moyenne des États-Unis. Nous examinerons le *Plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020*.

En dépit des progrès remarquables accomplis dans la lutte contre la tuberculose, la maladie demeure responsable de 100 000 décès par an. Parmi les victimes de la tuberculose figurent des habitants du Pacifique insulaire. Vous vous souviendrez qu'en 2008, un foyer de cas de tuberculose multirésistante avait été détecté aux États fédérés de Micronésie. Nous passerons en revue le *Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2016-2020*.

Nous traiterons également de la couverture sanitaire universelle, un thème d'une pertinence extrême pour le Pacifique, où les coûts, entre autres obstacles, continuent d'entraver l'accès aux soins. Ainsi, en 2013, un habitant de Guam sur quatre était dépourvu d'assurance maladie.

Le terme « accident » est désormais banni du vocabulaire de la santé publique car, on le sait, de nombreux traumatismes peuvent être évités en modifiant les facteurs de risque qui leur sont associés. Les accidents de la route, les chutes, les noyades, les empoisonnements, la violence interpersonnelle et les brûlures sont en augmentation, particulièrement dans les pays à revenu faible à intermédiaire. La violence et les traumatismes sont la principale cause de mortalité chez les personnes âgées de 5 à 49 ans. Trente pour cent des décès liés à la noyade touchent des enfants de moins de 15 ans. Nous sommes invités à examiner un *Plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental 2016-2020*.

Dans le Pacifique occidental, la moitié de la population vit en milieu urbain, y compris dans les pays insulaires du Pacifique. L'urbanisation rapide et non planifiée présente de nombreux risques pour la santé. Dans un contexte de changement climatique et d'épidémie de MNT, les villes et les zones urbaines peuvent « changer la donne » en tirant parti des cadres de vie sains existants et en instaurant des programmes plus complets en faveur de la santé urbaine. Le projet de *Cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020* nous est soumis pour examen.



## Annexe 7

Chers amis : Après ce rapide tour d'horizon de l'ordre du jour et des documents de travail de la présente session du Comité régional, permettez-moi de vous livrer quelques ultimes réflexions au nom de Guam.

Nous souscrivons à la vision pour des Îles-santé. À l'heure actuelle, un obstacle majeur empêche sa concrétisation, à savoir la déferlante de MNT qui a conduit les ministres de la santé du Pacifique à déclarer l'état d'urgence dans la Région. Nous sommes conscients de l'importance que revêt la promotion de modes de vie sains pour alléger la charge sanitaire et socio-économique sans précédent des MNT. Parallèlement, nous reconnaissons que « les choix opérés par chacun dépendent des choix qui lui sont proposés ». Ainsi, des interventions sur les cadres de vie sont indispensables, au travers de politiques et de programmes encourageant des choix sains. Le constat vaut pour la prévention et la maîtrise des MNT, ainsi que pour l'hépatite, la tuberculose, la santé urbaine, la prévention de la violence et des traumatismes ; la couverture sanitaire universelle joue un rôle clé dans la refonte de l'environnement. La présente session du Comité régional offre l'occasion de plaider en faveur d'interventions stratégiques pour instaurer des cadres de vie sains « où les enfants se développent physiquement et spirituellement, où l'environnement invite à l'apprentissage et aux loisirs, où les gens travaillent et vieillissent dans la dignité, où l'équilibre écologique est source de fierté et où l'océan qui nous fait vivre est protégé », conformément à la vision pour des Îles-santé formulée en 1995.

Permettez-moi d'exprimer un vœu personnel à propos du cadre d'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques. Face aux risques sanitaires d'origine microbienne, l'approche intégrée « Une seule santé » appelle une coordination intersectorielle pour lutter contre les maladies émergentes. Celle-ci doit effectivement s'inscrire dans le cadre logique d'« Une seule santé », une initiative menée en collaboration et faisant intervenir de multiples professions de santé, des disciplines connexes et des institutions actives aux niveaux local, national et mondial pour optimiser la santé de l'Homme, des animaux domestiques, de la faune, de la flore et de notre environnement » (extrait de la page Web de One Health Commission). Les principes de l'approche « Une seule santé » coïncident parfaitement avec la démarche d'intégration de la santé dans toutes les politiques et présentent une pertinence particulière pour les populations vulnérables et les nations insulaires isolées du Pacifique, ainsi que pour nous tous. Nous devons repenser notre approche et cesser de considérer les maladies infectieuses comme de simples questions sanitaires (OIM « Maladies virales émergentes »). Comme nous le savons tous fort bien, la santé ne se limite pas à la prestation de soins mais revêt une dimension universelle...

Je compte sur votre participation active à nos débats des cinq prochains jours sur des thèmes de santé très importants qui appellent une attention et une action urgentes de notre part. Étant donné le nombre important de sujets à couvrir, Je vous invite également à vous exprimer de manière ciblée et concise sur les points inscrits à l'ordre du jour. J'aimerais saisir cette occasion pour remercier le gouvernement des États-Unis d'Amérique, dont l'important soutien a permis à Guam d'accueillir cette prestigieuse réunion sur la santé mondiale.

Je vous remercie tous et toutes de votre présence à Guam et vous souhaite une session productive et fructueuse.

Saina masse (je vous remercie du fond du cœur).

**ALLOCUTION DE CLÔTURE DU DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'ORGANISATION  
MONDIALE DE LA SANTÉ POUR LA RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL,  
DR SHIN YOUNG-SOO,  
À LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS  
POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESDAMES ET MESSIEURS LES MINISTRES,  
MESDAMES ET MESSIEURS LES REPRÉSENTANTS,

Je voudrais tous vous remercier pour l'engagement, l'ardeur au travail et l'esprit d'équipe dont vous avez fait preuve cette semaine.

Vos interventions ont contribué au succès de cette soixante-sixième session du Comité régional du Pacifique occidental.

Au nom de l'Organisation mondiale de la Santé, permettez-moi une fois encore d'exprimer notre profonde gratitude au gouvernement et au peuple de Guam et aux États-Unis d'Amérique pour leur générosité. Votre accueil a été sans pareil.

Je tiens également à remercier tous ceux qui ont contribué, dans l'ombre, au bon déroulement de cette session, du personnel hôtelier aux assistants des représentants, sans oublier les membres de mon équipe.

Nous partageons ce succès mais aussi la triste disparition, cette semaine, de notre collègue et ami de longue date, Temmy Temengil, de la République des Palaos.

Il nous laisse le souvenir d'un fervent défenseur de la santé et d'un collègue et collaborateur apprécié de nombreux d'entre nous. Sa disparition est une perte pour sa famille mais également pour la Région tout entière.

Malgré la tristesse que nous a apportée cette mauvaise nouvelle, le programme du Comité régional s'est déroulé sans heurts.

L'ordre du jour de cette année était particulièrement chargé.

Les États Membres ont ainsi évalué nos résultats au titre du budget programme 2014-2015.

Ils ont également discuté et réaffirmé leur soutien à cinq priorités sanitaires régionales : l'hépatite virale, la couverture sanitaire universelle, la tuberculose, la santé urbaine, et la prévention de la violence et des traumatismes.

Le Secrétariat s'emploiera à mettre en œuvre les recommandations des États Membres.

Plusieurs manifestations parallèles importantes se sont également tenues cette année. Elles ont abordé la sécurité sanitaire, les objectifs de développement durable, la stratégie d'éradication de la poliomyélite et, aujourd'hui, la législation sur la santé publique.

Des dons ont été effectués à la galerie d'art du Bureau régional et je remercie tous les États Membres qui ont fait preuve de générosité dans ce domaine.

Les murs du Bureau régional pourraient toutefois accueillir davantage d'œuvres de la Région.

## Annexe 8

Pour finir, je tiens à remercier les membres du bureau pour leurs conseils judicieux et pertinents. Nous remercions...

- Le **Dr Naoko Yamamoto** (Japon), **Vice-présidente**, pour son chaleureux et précieux soutien au Président ;
- **Mme Yeo Wen Qing** (Singapour), pour son excellente aptitude à rendre compte des préoccupations des États Membres, en tant que rapporteur de langue anglaise ; et
- Le **Dr Jean-Paul Grangeon** (Nouvelle-Calédonie), qui a une fois encore brillamment assumé le rôle de rapporteur de langue française.

Je voudrais tout particulièrement remercier **M. Jim Gillan** (Guam) de nous avoir si bien guidés en tant que Président du Comité régional. C'est grâce à son efficacité que nous avons pu achever nos débats sans retard.

J'espère que nous aurons maintenant tous un peu de temps pour découvrir son beau pays.

Veuillez accepter ces cadeaux en tant que marques de notre gratitude.

*(Remise des cadeaux et prise de photos)*

Je vous souhaite à tous un bon retour chez vous et espère vous voir bientôt à Manille.

Merci.

**ALLOCUTION DE CLÔTURE DU PRÉSIDENT, M. JAMES GILLAN,  
DIRECTEUR, DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES SERVICES SOCIAUX,  
GUAM, ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE  
À LA SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS  
POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Permettez-moi d'exercer une dernière fois ma prérogative de Président et de vous faire part de quelques réflexions, improvisées cette fois. Je vais faire tout mon possible pour ne pas dépasser deux minutes et 59 secondes.

Nous venons d'assister à la remise des cadeaux, selon une tradition toujours très appréciée, et je remercie les autres représentants qui s'y sont joints. Je vous en suis particulièrement reconnaissant. Mais, pour moi, le plus beau cadeau a été de présider cette réunion et de revoir de vieux amis et d'en faire de nouveaux. Vous savez, en relisant mon allocution d'ouverture je me suis rendu compte que j'avais oublié un paragraphe entier, qui disait en substance que... Nous venons tous de pays et de lieux différents. Notre esprit océanien nous rapproche mais, pour certains autres pays, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande ou la Chine, nous sommes tous différents dans notre manière d'appréhender les choses. Nos politiques sont différentes et nos avis divergent sans doute sur de nombreux sujets, mais lorsque nous regardons les drapeaux alignés devant nous, nous réalisons que nous sommes ici dans un objectif commun qui nous unit tous, à savoir la santé de nos peuples et des gens avec lesquels nous vivons et sur lesquels nous veillons. C'est ce qui nous motive à être ici.

Cette réunion a représenté beaucoup de travail pour les agents de mon département, qui ont prêté main-forte à notre organisateur. Elle n'aurait pu se tenir sans lui, la tâche aurait été trop lourde. Nous aurions passé, disons... Mark Jacob m'a dit un jour qu'il avait enfermé son équipe pendant un mois pour qu'elle puisse préparer cette réunion. Elle représente sans doute le sommet de ma carrière et ce fut un grand honneur pour moi de travailler avec vous tous.

Je vais rester en poste encore deux ou trois ans, mais cette expérience demeurera gravée dans ma mémoire.

Merci aux États-Unis pour votre soutien et votre encouragement, ainsi qu'à vous tous.

Que Dieu vous bénisse, profitez bien de votre séjour parmi nous, et n'hésitez pas à nous contacter en cas de besoin.

Je vous remercie.