



**Organisation
mondiale
de la Santé**

Région du Pacifique occidental

**COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL
SOIXANTIÈME SESSION
Hong Kong (Chine)
21-25 septembre 2009**

**RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL
PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES PLÉNIÈRES**

**Manille
novembre 2009**



**Organisation
mondiale
de la Santé**

Région du Pacifique occidental

**COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL
SOIXANTIÈME SESSION**

**Hong Kong (Chine)
21-25 septembre 2009**

**RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL
PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES PLÉNIÈRES**

**Manille
novembre 2009**

AVANT-PROPOS

La soixantième session du Comité régional pour le Pacifique occidental s'est tenue à Hong Kong (Chine), du 21 au 25 septembre 2009. Le Dr Lam Ping-Yan (Hong Kong (Chine)) et le Dr Kautu Tenaua (Kiribati) ont été élus respectivement Président et Vice-Président. Mme Cath Patterson (Australie) et le Dr Jean-Paul Grangeon (France) ont été élus Rapporteurs.

Le Rapport du Comité régional constitue la première partie de ce document, pages 1-58, les procès-verbaux des séances plénières figurent en deuxième partie, pages 59-193.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PREMIÈRE PARTIE - RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL	1
I. INTRODUCTION ET RÉSUMÉ	3
II. RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES	8
<u>RÉSOLUTIONS</u>	
WPR/RC60.R1 La crise financière mondiale et ses incidences sur la santé en Asie et dans le Pacifique	8
WPR/RC60.R2 Projet de budget programme 2010-2011	9
WPR/RC60.R3 Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015)	9
WPR/RC60.R4 Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)	11
WPR/RC60.R5 Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	12
WPR/RC60.R6 Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	14
WPR/RC60.R7 Soixante et unième session du Comité régional	16
WPR/RC60.R8 Motion de remerciements	16
<u>DÉCISIONS</u>	
WPR/RC60(1) Programme spécial de recherché, de développement et de formation à la recherché en reproduction humaine : Composition du Comité des politiques et de la coordination	17
WPR/RC60(2) Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination	17
<u>ANNEXES :</u>	
1. ORDRE DU JOUR	19
2. LISTE DES REPRÉSENTANTS	21
3. LISTE DES ORGANISATIONS DONT LES REPRÉSENTANTS ONT FAIT UNE DÉCLARATION AU COMITÉ RÉGIONAL	57

	Pages
DEUXIÈME PARTIE - PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES PLÉNIÈRES	59
PROCÈS-VERBAL DE LA PREMIÈRE SÉANCE	63
1. Cérémonie d'ouverture	64
2. Ouverture de la session	65
3. Allocution du Président sortant	65, 85
4. Élection du bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs	65
5. Adoption de l'ordre du jour	65
6. Allocution du Directeur général	66, 89
7. Allocution et rapport du Directeur régional	71
PROCÈS-VERBAL DE LA DEUXIÈME SÉANCE	95
1. Allocution du Président entrant	96, 107
2. Allocution et rapport du Directeur régional (suite)	96
3. Budget programme 2008-2009 : exécution du budget (rapport intérimaire)	101
PROCÈS-VERBAL DE LA TROISIÈME SÉANCE	111
1. Projet de budget programme 2010-2011	112
2. La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique	119
PROCÈS-VERBAL DE LA QUATRIÈME SÉANCE	127
1. Rapports d'activité des programmes techniques : Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et Règlement sanitaire international (2005)	128
2. Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique 2010-2015	132
3. Examen des projets de résolutions	141
3.1. Projet de budget programme 2010-2011	141
3.2. La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique	142
4. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)	142

	Pages
PROCÈS-VERBAL DE LA CINQUIÈME SÉANCE	143
1. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) (suite)	144
2. Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	151
PROCÈS-VERBAL DE LA SIXIÈME SÉANCE	157
1. Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	158
2. Examen de projets de résolution	164
2.1 Projet de budget programme 2010-2011	164
2.2 Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015)	164
2.3 Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)	164
2.4 Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	164
3. Rapports d'activité des programmes techniques (suite)	164
PROCÈS-VERBAL DE LA SEPTIÈME SÉANCE	175
1. Rapports d'activité des programmes techniques (suite)	176
2. Orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays	179
3. Procédure de désignation du Directeur régional	182
4. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional	185
5. Annonce du gouvernement du Japon	188
PROCÈS-VERBAL DE LA HUITIÈME SÉANCE	189
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	190
2. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination	190

PROCÈS-VERBAL DE LA HUITIÈME SÉANCE (suite)

3.	Examen de projet de résolution.....	191
3.1	Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	191
4.	Soixante et unième session du Comité régional : date et lieu	191
5.	Clôture de la session	192

PREMIÈRE PARTIE
RAPPORT DU COMITÉ RÉGIONAL

I. INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

La soixantième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental s'est tenue dans la Région administrative spéciale de Hong Kong, République populaire de Chine, du 21 au 25 septembre 2009. Y ont participé les représentants des pays suivants : l'Australie, le Brunéi Darussalam, le Cambodge, la Chine, Hong Kong (Chine), les Îles Cook, les Fidji, les Îles Marshall, les Îles Salomon, le Japon, Kiribati, Macao (Chine), la Malaisie, les États fédérés de Micronésie, la Mongolie, Nauru, la Nouvelle-Zélande, Nioué, les Palaos, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République de Corée, la République démocratique populaire lao, Samoa, Singapour, Tokélaou, les Tonga, Tuvalu, le Vanuatu et le Viet Nam. Les représentants de la France, du Royaume Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et des États-Unis d'Amérique ont également pris part à la session du Comité, en leur qualité d'États Membres responsables de Territoires dans la Région.

Ont également participé des représentants du Secrétariat de l'ASEAN, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Organisation internationale pour les Migrations, du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, et de l'Organisation mondiale de la Santé animale ; des observateurs de la Sasakawa Memorial Health Foundation, de la Sasakawa Peace Foundation, de la Chinese University of Hong Kong, du Hong Kong Model United Nations Club, de la University of Hong Kong, de la Korean Foundation for International Health et de 2009 Dr Lee Jong-Wook Global Frontier ; et enfin des représentants de 21 organisations non gouvernementales.

À la cérémonie d'ouverture, M. Donald Tsang, Chef de l'Exécutif de la Région Administrative Spéciale de Hong Kong, République populaire de Chine, a accueilli les participants et a fait remarquer que cette session était une occasion formidable de stimuler la collaboration entre les autorités sanitaires nationales. Dans son allocution, le Directeur général a félicité Hong Kong (Chine) pour la rapidité et l'ampleur de sa réaction face à la pandémie de grippe H1N1 2009 et a rendu hommage à la solidarité entre les nations de la Région pourtant très diversifiées, qui leur donnera un avantage en réduisant l'impact du virus et devrait faire des adeptes dans d'autres régions du monde. Au nom des États Membres de la Région, le Directeur régional a remercié le Gouvernement de la Région administrative spéciale de Hong Kong pour la qualité de l'organisation de la soixantième session du Comité régional et lui a rendu hommage pour les excellents résultats obtenus dans les domaines de la santé publique et de l'économie. Le Dr Francisco T. Duque III, Président sortant du Comité régional, s'est dit galvanisé par les résultats encourageants des efforts collectifs déployés par la Région du Pacifique occidental au cours de l'année écoulée et a dit ne pas douter que grâce à l'esprit de partenariat et d'engagement qui prévaut habituellement, cette session sera une réussite et la Région progressera encore au cours des mois à venir.

Le Comité a élu le bureau suivant :

Président : le Dr Lam Ping-Yan (Hong Kong (Chine))

Vice-président : le Dr Kautu Tenaua (Kiribati)

Rapporteurs :

Langue anglaise : Mme Cath Patterson (Australie)

Langue française : le Dr Jean-Paul Grangeon (Nouvelle-Calédonie).

Au cours de la première séance, le Président sortant et le Directeur général se sont adressés au Comité. Plusieurs représentants ont félicité le Directeur général pour son rôle décisif face à la pandémie de grippe H1N1 2009 et pour avoir rappelé en temps opportun l'importance de la solidarité et du soutien mutuel, à une époque de crise financière. Le Directeur régional a ensuite présenté son rapport sur l'activité de l'OMS entre le 1er juillet 2008 et le 30 juin 2009 et l'a soumis au Comité pour discussion.

La deuxième séance a commencé avec une allocution du Président entrant. Les débats se sont ensuite poursuivis sur le rapport du Directeur régional. Les commentaires des représentants ont essentiellement porté sur les sujets suivants : renforcement des systèmes de santé, préparation à la pandémie et aux maladies émergentes, lutte contre les effets du changement climatique et efforts pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement qui portent sur la santé. Entre autres remarques soulevées dans ce point de l'ordre du jour, les représentants ont souligné la nécessité d'aborder les questions de santé par des approches plurisectorielles et la charge persistante des maladies transmissibles, notamment de la tuberculose et tout particulièrement de la tuberculose multirésistante, et du VIH/sida.

La séance s'est poursuivie par l'examen du rapport intérimaire d'exécution financière du budget pour l'exercice biennal 2008-2009. Le conseiller spécial auprès du Directeur régional a expliqué que le budget programme avait été exécuté conformément aux objectifs stratégiques. Au 31 mai 2009, 48,5 millions de dollars, soit 62 % des contributions fixées, ont été exécutés. Ce montant représente un taux d'exécution très inférieur à celui de la période correspondante de l'exercice biennal précédent. Cependant, il est dû essentiellement au fait que les coûts salariaux n'ont été pris en compte que jusqu'à fin avril 2009 alors que dans le rapport intérimaire précédent, les engagements en termes de personnel ont été enregistrés jusqu'à la fin de l'exercice biennal. En 2008, la mise en place du système de gestion mondial (GSM) au Bureau régional du Pacifique occidental a également ralenti l'exécution du budget pour cette même année. La mise en oeuvre des activités est actuellement intensifiée pour que les contributions fixées restantes soient intégralement exécutées à la fin de l'année 2009. On prévoit à l'issue de cet exercice biennal, une augmentation substantielle des contributions volontaires mais aussi des dépenses, comparé à l'exercice précédent.

Dans leurs commentaires sur le budget, plusieurs représentants, tout en louant la qualité de ce rapport détaillé, se sont dit préoccupés par le faible taux d'exécution et par le risque de sous-utilisation du budget. En répondant aux points soulevés, le Directeur régional a expliqué qu'il ne doutait pas que le budget programme 2008-2009 serait entièrement exécuté conformément à toutes les règles et procédures. Concernant le GSM, il ne fait pas de doute que le temps viendra où ce système sera porteur de grands progrès sur les plans de la transparence, de la cohérence et de l'intégration de la gestion, à l'échelle des pays, de la Région et du monde.

La troisième séance a débuté par l'examen du projet de budget programme pour l'exercice 2010-2011. Dans sa présentation, le Directeur régional a déclaré au Comité que ce projet de budget programme pour la Région du Pacifique occidental donnait l'orientation opérationnelle, les résultats escomptés et les demandes de crédits budgétaires pour l'exercice biennal et qu'il avait été élaboré en étroite collaboration entre les bureaux de pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS et s'alignait sur le projet de budget

programme 2010-2011 pour l'ensemble de l'Organisation. Il a dit que selon lui, il s'agissait d'un cadre solide pour l'activité de l'Organisation dans la Région. Dans leurs commentaires, plusieurs représentants ont manifesté leur appréciation de la méthode de gestion fondée sur les résultats appliquée dans ce projet de budget programme ainsi que de l'intégration d'objectifs stratégiques transversaux. Plusieurs points ont été soulevés, parmi lesquels le besoin de précisions sur la façon d'atteindre les objectifs fixés avec le peu de ressources disponibles, la nécessité d'améliorer davantage les indicateurs et enfin la nécessité de coopérer avec les États Membres pour coordonner les allocations budgétaires et les aligner sur leurs besoins (résolution WPR/RC60.R2).

Le Comité régional a ensuite été invité à discuter de la crise financière mondiale et de ses effets sur la santé en Asie et dans le Pacifique, et à donner des conseils. En présentant ce point de l'ordre du jour, le Directeur régional a fait remarquer que cette crise était de nature incertaine, tant dans le monde que dans la Région. L'OMS est restée déterminée à surveiller dans la Région les incidences de la crise sur la santé en évaluant de façon continue les budgets de la santé et les prix des médicaments, et en collaborant avec ses partenaires pour mieux appréhender cette situation en constante évolution (résolution WPR/RC60.R1).

Le rapport d'activité sur la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (SMEAP) et sur le Règlement sanitaire international (2005), encore appelé RSI (2005), a été présenté au cours de la quatrième séance. Se référant à la SMEAP, le Directeur régional a fait remarquer que le Pacifique occidental et l'Asie du Sud-Est étaient les deux seules Régions de l'OMS à avoir élaboré une telle stratégie et que 90 % des pays de la Région disposaient désormais du minimum requis en capacités de surveillance. Il reste toutefois à accélérer la mise en oeuvre de la stratégie et celle du RSI. Certains représentants ont fait part de leur volonté à appliquer sans réserve la SMEAP et le RSI (2005) et ont souligné l'expérience acquise dans leur mise en conformité avec les exigences respectives.

Le Comité est ensuite passé à l'examen du projet de Stratégie de financement de la santé pour l'Asie et le Pacifique (2010–2015), qui a été préparé après consultation des États Membres lors de l'examen à mi-parcours de la stratégie précédente. Les représentants ont décrit le mode de financement des soins de santé dans leurs pays respectifs, et les problèmes rencontrés. Tous ont soutenu ce projet de stratégie (résolution WPR/RC60.R3).

Le projet de Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) a été débattu à la quatrième et à la cinquième séance. En présentant ce projet de Plan d'action, le Directeur régional a fait remarquer que la Région du Pacifique occidental avait d'ores et déjà bien progressé dans la lutte antitabac et il a rappelé qu'elle était la seule des Régions de l'OMS dont tous les pays sans exception ont ratifié la Convention-cadre. Ce projet de Plan d'action indique précisément ce que les États Membres doivent faire pour appliquer la Convention, et fixe des objectifs mesurables et des indicateurs pour le suivi des progrès accomplis. Il définit également les stratégies spécifiques qui pourraient être adoptées pour contrer l'influence de l'industrie du tabac. Les représentants qui se sont exprimés sur ce sujet approuvaient pleinement le projet de Plan d'action. Cependant, certains ont souligné que ce Plan ne devait pas être considéré comme obligatoire mais devait plutôt apporter une orientation et rendre possible son adaptation aux besoins divergents des États Membres (résolution WPR/RC60.R4).

Le Comité régional a ensuite discuté du projet de Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015). Dans son introduction, le Directeur régional a indiqué

que le paludisme représentait toujours un problème majeur de santé publique dans la Région, malgré les baisses constatées récemment dans les taux de morbidité et de mortalité. Le projet de Plan d'action a été élaboré en collaboration avec les États Membres et son objectif est d'apporter un cadre d'action pour la mise à jour des plans nationaux, d'être un outil de surveillance des programmes nationaux et d'aide à la mobilisation des ressources. En précisant qu'ils approuvaient ce projet de Plan d'action, plusieurs représentants ont décrit la situation de leurs pays face au paludisme et les progrès accomplis en vue d'éliminer la maladie (résolution WPR/RC60.R5).

En sixième séance, le Directeur régional a présenté le projet de stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015), en indiquant que les laboratoires jouaient un rôle central dans la SMEAP et dans le RSI (2005) et que leur importance était plus largement reconnue. Le Comité a déclaré soutenir cette stratégie et de nombreux représentants ont souligné que des services de laboratoires efficaces et fiables étaient une composante essentielle de tout système de santé efficace et bien structuré (résolution WPR/RC60.R6).

Le Directeur, Gestion des programmes, a ensuite présenté les rapports d'activités de quatre programmes techniques : maladies pouvant être évitées par la vaccination : poliomyélite, rougeole et hépatite B, VIH/sida et infections sexuellement transmissibles, prévention et lutte antituberculeuses et enfin prévention et lutte contre les maladies non transmissibles. Dans les discussions, qui se sont poursuivies jusqu'en septième séance, les représentants ont expliqué les progrès accomplis dans leurs pays dans ces quatre domaines d'activité.

La septième séance s'est poursuivie sur l'orientation politique devant être choisie concernant l'implantation de centres du Bureau régional dans les pays. Le conseiller spécial auprès du Directeur régional a présenté les constats et les conclusions du Secrétariat à la suite d'une étude sur les expériences des Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe qui ont implanté de tels centres. Cette analyse a montré un équilibre entre les avantages et les inconvénients en termes de financement et d'intérêt potentiel, et le Comité a été invité à donner des orientations à ce sujet. Il est ressorti des discussions que le Comité ne souhaitait pas que le Secrétariat prenne d'autres mesures pour travailler à la création de centres du Bureau régional dans la Région du Pacifique occidental.

Les débats ont ensuite porté sur les procédures de désignation du Directeur régional. En présentant ce point de l'ordre du jour, le Directeur, Administration et Finances, a rappelé au Comité qu'à sa cinquante-neuvième session, les représentants avaient demandé au conseiller juridique de préparer un rapport sur les possibilités de rendre la procédure de désignation plus équitable. Le conseiller juridique a alors présenté son rapport. Il a rappelé que le Comité régional avait déjà discuté de l'équité dans la procédure de désignation en 1998 et en 1999 et avait adopté la résolution WPR/RC50.R8. Le Comité avait alors énoncé un certain nombre de principes visant à garantir les principes d'équité et d'égalité des chances, notamment le principe de campagnes justes et ouvertes et la sélection des candidats sur des critères de qualifications. En adaptant leurs pratiques à celles en usage dans d'autres Régions et à la procédure de désignation du Directeur général, le Comité régional avait défini un certain nombre de critères de qualités que le Directeur régional devait posséder, et qui sont énumérées au paragraphe 2 du dispositif de cette résolution. Le Comité régional avait rejeté l'idée de créer un comité de prospection, solution adoptée dans la Région de l'Europe, sur le motif que l'efficacité de ces comités ne justifiait pas leur coût. À l'époque où il avait abordé cette question, le Comité régional avait conclu que la procédure de désignation était acceptable et ne nécessitait aucune modification. Les débats ont ensuite fait apparaître un large consensus en faveur de la solution consistant à

organiser des entretiens avec les candidats, solution la plus juste et la plus équitable pour désigner à l'avenir le Directeur régional. Le conseiller juridique a expliqué que le Secrétariat soumettrait des propositions plus précises sur l'organisation d'entretiens avec les candidats et sur un code de conduite, qui seront soumis au Comité régional à sa soixante et unième session.

Le Comité a ensuite abordé un certain nombre de sujets traités à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé et qui concernent la Région. Ces points portaient notamment sur les résolutions adoptées sur les soins de santé primaires et sur le renforcement des systèmes de santé, sur la médecine traditionnelle, sur la réduction des inégalités en santé grâce à des actions sur les déterminants sociaux de la santé et enfin sur le projet de code de pratique pour le recrutement international du personnel de santé.

À la huitième séance, le Comité a désigné les Philippines pour siéger au Comité des politiques et de la coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (décision WPR/RC60(1)), et la République de Corée pour siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (décision WPR/RC60 (2)).

Concernant les prochaines sessions, le Comité régional est convenu que la soixante et unième session se tiendrait du 20 au 24 septembre 2010 au Bureau régional de Manille (résolution WPR/RC60.R7). Le Directeur régional a fait savoir au Comité que plusieurs États Membres avaient exprimé leur souhait d'accueillir de futures sessions. Il en discutera avec chacun de ces pays et informera tous les États Membres des résultats de ces discussions.

À la clôture de la session, le Directeur régional et le Comité ont transmis leurs remerciements au Gouvernement de Hong Kong (Chine) pour son accueil de cette soixantième session, le Président, le Vice-président et les Rapporteurs, et les représentants des organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour leurs déclarations exprimées verbalement et par écrit (résolution WPR/RC60.R8).

II. RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC60.R1 LA CRISE FINANCIÈRE MONDIALE ET SES INCIDENCES SUR LA SANTÉ EN ASIE ET DANS LE PACIFIQUE

Le Comité régional,

Notant qu'une action concertée et bien ciblée doit être menée face à la crise financière et à la récession économique pour préserver et améliorer la santé et pour accélérer le développement socio-économique ;

Reconnaissant que tous les pays et partenaires sont prêts à soutenir les actions visant à protéger la santé des populations, condition indispensable au développement économique et à la réduction de la pauvreté ;

Reconnaissant en outre la nécessité de maintenir ou d'augmenter les investissements et les dépenses publiques dans le domaine de la santé pour renforcer les systèmes de santé et les interventions de santé essentielles qui bénéficient aux populations démunies et vulnérables ;

Reconnaissant que la crise exige une solidarité et des actions à l'échelle mondiale pour préserver les vies et les moyens de subsistance,

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1) à continuer de plaider auprès des plus hauts responsables politiques pour maintenir les investissements en faveur de la santé et du développement pendant la crise financière et la récession économique ;
- 2) à revoir et à réviser, le cas échéant, les politiques de financement de la santé pour améliorer l'accès des populations démunies et vulnérables aux soins de santé ;
- 3) à appliquer des politiques en faveur de la santé et des populations démunies, en s'inspirant des principes des soins de santé primaires ;
- 4) à continuer de surveiller l'incidence que la crise peut avoir sur la santé, en particulier les résultats sanitaires, la disponibilité des ressources pour la santé, l'utilisation des services, le coût des soins de santé pour les ménages, la consommation et le prix de biens comme les médicaments ;

2. PRIE le Directeur régional :

- 1) de continuer à aider les pays à renforcer leurs systèmes et politiques de santé pour protéger les populations démunies et vulnérables ;
- 2) de mener des actions de sensibilisation sur les effets potentiels de la crise sur la santé et sur l'importance des investissements dans la santé pour le développement économique ;
- 3) de recueillir et de partager des données factuelles sur les répercussions de la crise financière et de la récession économique sur la santé, en collaboration avec les États Membres et les partenaires.

WPR/RC60.R2 PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2010-2011

Le Comité régional,

Accueillant avec satisfaction la présentation du projet de budget programme 2010-2011 pour la Région du Pacifique occidental,¹ préparé conformément aux principes de budgétisation fondés sur les résultats et incluant des objectifs stratégiques transversaux, des résultats escomptés et des indicateurs mesurables pour la Région ;

Reconnaissant les efforts constants pour présenter un budget programme mieux ciblé, aligné sur une vision stratégique à plus long terme couvrant trois exercices biennaux telle qu'énoncée dans le Plan stratégique à moyen terme (2008-2013),

1. APPROUVE le budget programme 2010-2011 pour la Région du Pacifique occidental ;
2. PRIE le Directeur régional de réexaminer et de réviser, le cas échéant, les crédits alloués aux États et Territoires et aux programmes interpays, en fonction des objectifs stratégiques et des résultats régionaux escomptés, en tenant compte des remarques du Comité régional et des plans opérationnels détaillés, élaborés avec les États et Territoires respectifs, avant l'exécution du budget programme ;
3. PRIE EN OUTRE le Directeur régional de réexaminer et de réviser, le cas échéant, les indicateurs régionaux afin de mieux refléter les résultats, en tenant compte des discussions du Comité régional à sa sixième session ;
4. NOTE que le budget programme pour la Région du Pacifique occidental doit être financé par les contributions fixées et les contributions volontaires sous réserve de la disponibilité de ces dernières ;
5. PRIE le Directeur régional de mettre tout en oeuvre pour exécuter le budget programme 2010-2011 pour la Région du Pacifique occidental en étroite collaboration avec les États Membres.

Sixième séance, 24 septembre 2009
WPR/RC60/SR/6

WPR/RC60.R3 STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA RÉGION ASIE-PACIFIQUE (2010-2015)

Le Comité régional,

Notant que l'équité et l'accès universel à des services de santé de qualité sont les principes directeurs et les buts des soins de santé primaires ;

¹ Annexe 1 du document WPR/RC60/4.

Reconnaissant que l'objectif fondamental de systèmes de santé qui intègrent les valeurs des soins de santé primaires est de parvenir à la couverture universelle et que, dans de nombreux États et Territoires, il faut renforcer les dispositifs de financement de la santé pour atteindre cet objectif ;

Notant que les systèmes de santé dans la région Asie-Pacifique sont complexes et variés, et qu'en conséquence il n'y a pas de modèle unique de financement de la santé qui puisse être appliqué à l'ensemble des États et Territoires ;

Reconnaissant la nécessité de réduire la proportion élevée des paiements directs par les patients dans la région Asie-Pacifique, en particulier pour les populations démunies et vulnérables, dans la mesure où ces paiements peuvent acculer les personnes à la pauvreté ;

Reconnaissant également la nécessité d'investir davantage dans les interventions sanitaires susceptibles d'aider les pays à atteindre les objectifs du Millénaire des Nations Unies pour le développement ;

Reconnaissant en outre l'importance d'utiliser les ressources intérieures et les fonds extérieurs de façon équitable et efficace ;

Notant qu'il est essentiel de disposer de données et d'informations fiables et précises sur le financement de la santé et d'exploiter ces données de façon rationnelle pour formuler des politiques efficaces, les faire appliquer et en assurer le suivi,

1. APPROUVE la Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015) ;¹
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à envisager des méthodes de prépaiement des contributions financières aux soins de santé pour réduire la proportion élevée des paiements directs par le patient ;
 - 2) à s'efforcer de fournir des filets de sécurité en matière de soins de santé pour protéger les populations démunies et vulnérables ;
 - 3) à s'efforcer de maintenir ou d'augmenter le niveau des investissements et des dépenses publiques pour la santé afin de mettre pleinement en oeuvre des interventions sanitaires efficaces ;
 - 4) à continuer de prendre l'initiative d'aligner les ressources intérieures et extérieures sur les priorités nationales, y compris l'objectif de la couverture universelle ;
 - 5) à utiliser au besoin la stratégie pour élaborer des politiques, stratégies et actions nationales sur le financement de la santé qui favorisent le passage progressif à la couverture universelle ;
3. PRIE le Directeur régional :
 - 1) d'apporter un appui et des conseils techniques aux États Membres afin d'améliorer les politiques de financement de la santé ;
 - 2) de favoriser, entre les États Membres, les échanges de connaissances, d'informations, d'expériences et de données factuelles sur les meilleurs dispositifs existants de financement de la santé ;

¹Annexe 1 du document WPR/RC60/6.

- 3) de collaborer avec les partenaires, les organismes de développement et autres acteurs concernés pour soutenir la mise en oeuvre de la stratégie ;
- 4) de rendre compte au Comité régional de la mise en oeuvre de la stratégie.

Sixième séance, 24 septembre 2009
WPR/RC60/SR/6

WPR/RC60.R4 PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN FAVEUR DE L'INITIATIVE
 POUR UN MONDE SANS TABAC DANS LE PACIFIQUE
 OCCIDENTAL (2010-2014)

Le Comité régional,

Reconnaissant que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui a été ratifiée par toutes les parties concernées dans la Région du Pacifique occidental, constitue le cadre général de lutte contre l'épidémie de tabagisme ;

Préoccupé par les tendances régionales montrant des taux élevés de prévalence du tabagisme sous toutes ses formes, l'augmentation du nombre de femmes et de jeunes filles parmi les nouveaux fumeurs, et des niveaux élevés d'exposition des enfants et des jeunes à la fumée du tabac dans leurs foyers et dans les lieux publics ;

Conscient de la nécessité de renforcer les efforts déployés actuellement pour mettre pleinement en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et respecter les délais fixés dans les articles de la Convention ;

Gardant à l'esprit la nécessité de protéger les politiques publiques de l'ingérence de l'industrie du tabac ;

Ayant examiné le projet de Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014),¹

1. APPROUVE le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) qui doit servir de guide pour l'élaboration et la mise en oeuvre de plans d'action nationaux de lutte antitabac pour les cinq prochaines années ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :
 - 1) à élaborer ou à actualiser leurs plans d'action nationaux ou documents équivalents ;
 - 2) à instaurer des mécanismes ou à remplacer les mécanismes existants de coordination de la lutte antitabac, afin de mettre en oeuvre les plans d'action nationaux ou documents équivalents ;
 - 3) à s'employer à mettre pleinement en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et à respecter les délais fixés dans les articles de la Convention ;
 - 4) à améliorer la disponibilité et l'utilisation de données fiables sur la consommation de tabac chez les adultes et les jeunes, en appui aux politiques et à l'action ;

¹ Annexe 1 du document WPR/RC60/7.

- 5) à renforcer les mesures de réduction de la demande ;
 - 6) à élaborer des stratégies spécifiques aux pays, tenant compte des différences entre les sexes, qui contribueront à réduire, d'ici à 2014, la consommation de tabac chez les adultes et les jeunes de 10 % par rapport aux données de prévalence les plus récentes ;
3. PRIE le Directeur régional :
- 1) de fournir des conseils techniques, des outils et une assistance en vue de l'élaboration et de la mise en oeuvre des plans d'action et des mécanismes de coordination nationaux ;
 - 2) d'appuyer les efforts des pays en vue de mettre pleinement en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de respecter les délais fixés dans les articles de la Convention ;
 - 3) d'appuyer la poursuite du développement des systèmes de surveillance pour la lutte antitabac ;
 - 4) de renforcer les capacités dans les pays afin de mettre en place des mesures fortes de réduction de la demande ;
 - 5) de fournir des conseils techniques, des outils et une assistance en appui aux stratégies spécifiques aux pays, tenant compte des différences entre les sexes, qui contribueront à réduire, d'ici à 2014, la consommation de tabac chez les adultes et les jeunes de 10 % par rapport aux données de prévalence les plus récentes ;
 - 6) de faire rapport de l'état d'avancement de la mise en oeuvre du Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) au Comité régional en 2012.

Sixième séance, 24 septembre 2009
WPR/RC60/SR/6

WPR/RC60.R5 PLAN D'ACTION RÉGIONAL POUR COMBATTRE ET ÉLIMINER LE
PALUDISME DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL (2010-2015)

Le Comité régional,

Notant avec préoccupation que le paludisme reste un problème de santé publique important dans la Région, surtout parmi les populations rurales les plus démunies ;

Reconnaissant que les États Membres sont parvenus à réduire la mortalité et la morbidité paludéennes et que plusieurs d'entre eux ont réorienté les objectifs de leur programme national de lutte antipaludique vers l'élimination de la maladie ;

Conscient que la charge du paludisme reste inacceptable dans quelques pays, que la transmission se poursuit au sein de foyers actifs dans de nombreux pays et qu'il y a un risque d'épidémie de paludisme ;

Constatant avec préoccupation que l'apparition de souches de *Plasmodium falciparum* résistantes à l'artémisinine peut constituer un obstacle majeur, au niveau mondial, à la lutte contre le paludisme et à son élimination ;

Constatant avec préoccupation également que les médicaments antipaludiques contrefaits ou ne répondant pas aux normes sont très répandus et que les dérivés de l'artémisinine sont utilisés de façon irrationnelle, surtout dans le secteur privé ;

Reconnaissant l'importance pour la santé publique dans la Région du Pacifique occidental du paludisme à *Plasmodium vivax*, qui est actuellement mal diagnostiqué et mal soigné dans de nombreux pays et qui pose un problème particulier si l'on veut éliminer la maladie ;

Reconnaissant que des fonds d'un montant sans précédent sont consacrés à la lutte contre le paludisme et à son élimination ;

Reconnaissant en outre la nécessité de renforcer les ressources humaines et les systèmes nationaux de surveillance et maintenir le niveau de financement de la lutte antipaludique ;

Convenant que pour combattre efficacement le paludisme et l'éliminer, il faut que toutes les populations à risque aient universellement accès à des moyens efficaces de prévention, de diagnostic et de traitement et que les communautés participent activement à l'action menée ;

Conscient de l'importance des partenariats et de la coopération intersectorielle pour atteindre les objectifs des programmes et, par des synergies, appliquer des interventions d'un meilleur rapport coût/efficacité ;

Reconnaissant l'importance du Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)¹ qui servira de feuille de route aux programmes nationaux, de cadre de suivi et d'instrument de sensibilisation et de mobilisation de ressources,

1. APPROUVE le plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres dans lesquels le paludisme est endémique :
 - 1) à utiliser le plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) pour mettre à jour les plans nationaux visant à combattre ou éliminer le paludisme et comme cadre pour suivre la mise en oeuvre et mobiliser des ressources ;
 - 2) à renforcer la volonté d'agir à tous les niveaux afin que les ressources humaines et financières soient suffisantes pour mettre en oeuvre durablement les programmes nationaux visant à combattre ou à éliminer le paludisme et, chaque fois que cela est faisable, incorporer le renforcement des systèmes de santé ;
 - 3) à garantir l'accès universel de toutes les populations à risque à des moyens de lutte antivectorielle efficaces et appropriés, au diagnostic précoce basé sur la mise en évidence du parasite, à un traitement antipaludique sûr et efficace, et à maximiser l'utilisation des services grâce à une bonne communication et à la mobilisation des communautés ;
 - 4) à interdire la commercialisation de l'artémisinine en monothérapie et à enrayer la progression du paludisme à *falciparum* résistant à l'artémisinine ;
 - 5) à améliorer le diagnostic et le traitement du paludisme à *P. vivax*, et notamment à s'attaquer au problème de la carence en glucose-6-phosphate déshydrogénase et à soutenir la recherche opérationnelle pour améliorer les connaissances ;

¹Annexe 1 du document WPR/RC60/8.

- 6) à renforcer les systèmes nationaux de surveillance pour suivre les tendances du paludisme et mesurer l'impact des programmes, déceler et endiguer rapidement les flambées, et à encourager la notification et le partage réguliers et transparents des données ;
 - 7) à favoriser les partenariats avec des organisations non gouvernementales et des institutions techniques et à soutenir la coopération intersectorielle ;
3. PRIE le Directeur régional :
- 1) d'utiliser le plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) pour convaincre les acteurs concernés et les partenaires de développement de soutenir davantage l'action afin de passer du stade de la lutte antipaludique à celui de l'élimination de la maladie dans la Région ;
 - 2) de fournir aux États Membres l'appui technique nécessaire pour éliminer les obstacles à l'intensification des programmes de lutte antipaludique et d'élimination de la maladie ;
 - 3) de faire rapport au Comité régional sur les progrès de la mise en oeuvre du plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) et, le cas échéant, sur les ajustements nécessaires.

Sixième séance, 24 septembre 2009
WPR/RC60/SR/6

WPR/RC60.R6 STRATÉGIE DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE LABORATOIRE DE
SANTÉ POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE (2010-2015)

Le Comité régional,

Reconnaissant qu'il faut avant tout des systèmes de santé solides pour que tous les programmes de santé produisent les meilleurs résultats, et que les services de laboratoire sont un élément déterminant des systèmes de santé ;

Réaffirmant que les soins de santé primaires, notamment les valeurs d'équité et d'accès universel, constituent les principes directeurs des mesures de renforcement des systèmes de santé ;

Rappelant la résolution WPR/RC59.R4 sur le Renforcement des systèmes de santé et les soins de santé primaires qui note que le Plan stratégique de renforcement des systèmes de santé dans la Région du Pacifique occidental offre un cadre approprié et utile pour axer les travaux de la Région sur le renforcement des systèmes de santé, et notamment sur les laboratoires ;

Reconnaissant que le renforcement des services de laboratoire constitue un volet important de la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique mais aussi du Règlement sanitaire international (2005) ;

Reconnaissant en outre la nécessité d'élargir l'accès et de renforcer les capacités locales et nationales de chaque pays dans les domaines de la qualité, de la sécurité et des techniques de référence, d'assurer le plus rapidement possible des services bien ciblés et fiables de diagnostic, de traitement et de suivi, qu'il s'agisse de services de santé publique ou de services cliniques ;

Reconnaissant par ailleurs la nécessité de renforcer davantage la collaboration entre les pays, entre les régions et dans le monde pour renforcer les réseaux de laboratoires de santé,

1. APPROUVE la Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015) ;¹

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

1) à utiliser la Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015) comme cadre stratégique orientant l'établissement de cadres nationaux cohérents pour les services de laboratoire de santé ;

2) à fournir les ressources humaines, matérielles et financières suffisantes pour renforcer les capacités locales et nationales de mise en oeuvre des plans nationaux ou équivalents ;

3) à fournir aux laboratoires une aide financière appropriée et rationnelle qui permette la bonne mise en oeuvre des politiques nationales et garantisse l'intégration du plan de financement des services de laboratoire dans les budgets de santé des pays ;

4) à définir dans chaque pays des normes minimales applicables aux différents niveaux des laboratoires de santé spécifiques et, le cas échéant, à mettre en place un organisme national d'accréditation des laboratoires ;

5) à mettre au point l'infrastructure adaptée aux exigences de la sûreté et de la sécurité biologiques ;

6) à renforcer davantage et à favoriser la collaboration entre pays, régions et secteurs en participant activement aux réseaux régionaux et sous-régionaux ;

3. PRIE le Directeur régional :

1) d'utiliser la Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015) comme un cadre stratégique permettant d'orienter l'aide apportée par l'OMS aux États Membres de la Région ;

2) d'élaborer un plan d'action régional pour poursuivre la mise en oeuvre de la stratégie, en s'appuyant sur les besoins et les priorités identifiés lors de l'évaluation des moyens d'action et en mettant en corrélation les éléments des autres stratégies et programmes de l'OMS ayant trait aux laboratoires ;

3) d'apporter une assistance technique coordonnée aux États Membres dans le renforcement de leurs services de laboratoire de santé, en respectant les principes des soins de santé primaires ;

4) d'aider les États Membres à élaborer les normes minimales, aux différents niveaux des laboratoires de santé, pour entreprendre les analyses essentielles, ces normes devant inclure les ressources humaines, l'infrastructure, le matériel, les réactifs, les technologies, les systèmes qualité et les procédures d'orientation ;

5) d'aider les États Membres à mobiliser les ressources auprès des partenaires internationaux du développement pour renforcer durablement les services de laboratoire de santé, selon les besoins ;

¹Annexe 1 du document WPR/RC60/9.

- 6) de renforcer les réseaux entre pays, régions et secteurs et d'instaurer des dispositifs de collaboration efficaces ;
- 7) de mettre au point des outils et des indicateurs pour faire le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie.

Huitième séance, 25 septembre 2009
WPR/RC60/SR/8

WPR/RC60.R7 SOIXANTE ET UNIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional,

1. CONFIRME que sa soixante et unième session aura lieu au Bureau régional de Manille ;
2. DÉCIDE que la soixante et unième session se déroulera du 20 au 24 septembre 2010.

Huitième séance, 25 septembre 2009
WPR/RC60/SR/8

WPR/RC60.R8 MOTION DE REMERCIEMENTS

Le Comité régional,

EXPRIME son appréciation et ses remerciements :

- 1) à la Région administrative spéciale de Hong Kong (Chine), pour :
 - a) avoir accueilli la soixantième session du Comité régional du Pacifique occidental à Hong Kong ;
 - b) la qualité de l'organisation et des installations qui ont été mises à sa disposition ;
 - c) l'hospitalité et l'accueil chaleureux qui lui ont été réservés ;
- 2) au Président, au Vice-Président et aux Rapporteurs élus par le Comité ;
- 3) aux représentants des organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour leurs déclarations orales et écrites.

Huitième séance, 25 septembre 2009
WPR/RC60/SR/8

DÉCISIONS

WPR/RC60(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 de la République de Corée en tant que membre 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 2009, choisit le Gouvernement des Philippines pour désigner un représentant qui siègera au Comité des politiques et de la coordination pour une période de trois ans, du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2012.

(Huitième séance, 25 septembre 2009)

WPR/RC60(2) PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION

Le Comité régional, notant que le mandat du représentant du Gouvernement du Viet Nam en tant que membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales expire le 31 décembre 2009, choisit le Gouvernement de la République de Corée pour désigner un représentant qui siègera au Conseil conjoint de coordination pour une période de quatre ans, du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2013.

(Huitième séance, 25 septembre 2009)

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
8. Budget programme 2008-2009 : exécution du budget (rapport intérimaire)

Politiques, programmes et orientations

9. Projet de budget programme 2010-2011
10. La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique
11. Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015)
12. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)
13. Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)
14. Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)
15. Rapports d'activité des programmes techniques
 - Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et Règlement sanitaire international (2005)
 - Maladies évitables par la vaccination : poliomyélite, rougeole et hépatite B
 - VIH/sida et infections sexuellement transmissibles
 - Tuberculose : prévention et lutte
 - Maladies non transmissibles : prévention et lutte

Annexe 1

16. Orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays
17. Procédure de désignation du Directeur régional
18. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional

Composition des Comités mondiaux

19. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : Composition du Comité des politiques et de la coordination
20. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination

Autres questions

21. Soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional : dates et lieux
22. Clôture de la session

LISTE DES REPRÉSENTANTS**I. REPRÉSENTANTS DES ÉTATS MEMBRES**

AUSTRALIE	<p>Ms Jane Halton Secretary, Department of Health and Ageing GPO Box 9848, Canberra ACT 2601 Tél : (612) 6289 8400 Fax : (612) 6285 1994 Courriel : jane.halton@health.gov.au</p>	(Chef de la délégation)
	<p>Ms Cath Patterson Assistant Secretary, International Strategies Branch Department of Health and Ageing GPO Box 9848, Canberra ACT 2601 Tél : (612) 6289 8019 Fax : (612) 6289 7087 Courriel : cath.patterson@health.gov.au</p>	(Suppléant(e))
	<p>Ms Sally Goodspeed Assistant Secretary, Surveillance Branch Department of Health and Ageing GPO Box 9848, Canberra ACT 2601 Tél : (612) 6289 2701 Fax : (612) 6285 2700 Courriel : sally.goodspeed@health.gov.au</p>	(Suppléant(e))
	<p>Ms Michelle Macaulay Director, International Health Policy Section Department of Health and Ageing GPO Box 9848, Canberra ACT 2601 Tél : (612) 6289 1240 Fax : (612) 6289 7087 Courriel : michelle.macaulay@health.gov.au</p>	(Suppléant(e))
	<p>Ms Angela Mercuri Policy Manager Australian Agency for International Development GPO Box 887, Canberra ACT 2601 Tél : (612) 6206 4713 Fax : (612) 6206 4634 Courriel : angela.mercuri@ausaid.gov.au</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

BRUNÉI DARUSSALAM	Pehin Suyoi Osman Minister of Health, Ministry of Health Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 238 1037 Fax : (673) 238 1980 Courriel : suyoi_osman@moh.gov.bn	(Chef de la délégation)
	Dr Rahmah Said Director General of Health Services, Ministry of Health Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 2380170 Fax : (673) 2382032 Courriel : drrahmah_said@moh.gov.bn	(Suppléant(e))
	Dr Zainal Ariffin Yahya Senior Special Duties Officer, Ministry of Health Commonwealth Drive, Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 238 1037 Fax : (673) 238 1980 Courriel : zainal_yahya@moh.gov.bn	(Suppléant(e))
	Dr Sia Ai Tee Senior Medical Officer, Ministry of Health Commonwealth Drive, Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 8788708 Fax : (673) 2454439 Courriel : aiteesia@hotmail.com	(Suppléant(e))
	Dr Linda Lai Acting Senior Medical Officer, Ministry of Health Commonwealth Drive, Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 238 0811 Courriel : i_lai78@hotmail.com	(Suppléant(e))
	Mr Faisal DP Kamis Special Duties Officer, Ministry of Health Commonwealth Drive, Bandar Seri Begawan BB3910 Tél : (673) 812 8286 Fax : (673) 238 0128 Courriel : int_moh-brunei@hotmail.com	(Suppléant(e))
CAMBODGE	Professor Eng Huot Secretary of State for Health, Ministry of Health House 151-153 Kampuchea Krom Avenue, Phnom Penh Tél : (855) 1681 3151 Fax : (855) 2342 7956 Courriel : enghuot@online.com.kh	(Chef de la délégation)

Annexe 2

CAMBODGE (suite)	Dr Sok Touch Director, Communicable Disease Control Department Ministry of Health, 151-153 Kampuchea Krom Avenue Phnom Penh Tél : (855) 1285 6848 Fax : (855) 2388 2317 Courriel : touch358@moh.gov.kh	(Suppléant(e))
CHINE	Professor Chen Zhu Minister of Health, Ministry of Health No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu, Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2021 Fax : (8610) 6879 2024 Courriel : lixiang@moh.gov.cn	(Chef de la délégation)
	Dr Ren Minghui Director General, Department of International Cooperation Ministry of Health, No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 10004 Tél : (8610) 6879 2283 Fax : (8610) 6879 2279 Courriel : renmh@moh.gov.cn	(Suppléant(e))
	Dr Gao Weizhong Deputy Director General, Department of Health Policy and Regulation, Ministry of Health No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 100044. Tél : (8610) 6879 2071 Fax : (8610) 6879 2883 Courriel : gaoweizhong707@yahoo.com.cn	(Suppléant(e))
	Dr Yu Jingjin Deputy Director General, Bureau of Disease Prevention and Control, Ministry of Health, No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2331 Fax : (8610) 6879 2514 Courriel : yujj@moh.gov.cn	(Suppléant(e))
	Dr Li Xinhua Division Director, Department of Maternal and Child Health Care and Community Health, Ministry of Health No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu, Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2325 Fax : (8610) 6879 2321 Courriel : lixh@moh.gov.cn	(Suppléant(e))

Annexe 2

CHINE (suite)	<p>Dr Feng Yong Division Director, Department of International Cooperation Ministry of Health, No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2287 Fax : (8610) 6879 2279 Courriel : fengyong@moh.gov.cn</p> <p>Dr Li Mingzhu Division Director, Department of International Cooperation Ministry of Health, No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2293 Fax : (8610) 6879 2280 Courriel : limz@moh.gov.cn</p> <p>Dr Li Xiang Deputy Division Director Department of General Administration, Ministry of Health No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu, Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2021 Fax : (8610) 6879 2024 Courriel : lixiang@moh.gov.cn</p> <p>Mr Zhang Yaojun Second Secretary, Department of International Organizations and Conferences, Ministry of Foreign Affairs No.2, Chooyang Men Nan Dajie, Chooyang District Beijing 100701 Tél : (8610) 6596 3155 Fax : (8610) 6596 3175 Courriel : zhang_yaojun@moh.gov.cn</p> <p>Ms Han Jixiu Program Officer, Department of International Cooperation Ministry of Health, No. 1, Xi Zhi Men Wai Nan Lu Beijing 100044 Tél : (8610) 6879 2996 Fax : (8610) 6879 2279 Courriel : hanjx@moh.gov.cn</p>	<p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p>
CHINE (HONG KONG)	<p>Dr Chow Yat-ngok, York Secretary for Food and Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 19/F, Murray Building, Garden Road, Central Tél : (852) 2973 8100 Fax : (852) 2840 0467 Courriel : yynchow@fhb.gov.hk</p>	<p>(Chef de la délégation)</p>

Annexe 2

CHINE (HONG KONG) (suite)	<p>Ms Lee Suk-ye, Sandra Permanent Secretary for Food and Health (Health) Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 19/F, Murray Building, Garden Road, Central Tél : (852) 2973 8108 Fax : (852) 2840 0467 Courriel : sandralee@fhb.gov.hk</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Lam Ping-Yan Director of Health, Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 21st Floor, Wu Chung House 213 Queen's Road East, Wan Chai Tél : (852) 2961 8888 Fax : (852) 2893 9613 Courriel : pylam@dh.gov.hk</p>	(Suppléant(e))
	<p>Professor Leung Gabriel Matthew Under Secretary for Food and Health (Health)1 Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 19/F, Murray Building, Garden Road, Central Tél : (852) 2973 8155 Fax : (852) 2840 0467 Courriel : gmleung@fhb.gov.hk</p>	(Suppléant(e))
	<p>Mrs Mak Lok Suet-ling Susan Deputy Secretary for Food and Health (Health)2 Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 19/F, Murray Building, Garden Road, Central Tél : (852) 2973 8101 Fax : (852) 2840 0467 Courriel : susanmak@fhb.gov.hk</p>	(Suppléant(e))
	<p>Mr Chan Chung-ching Thomas Deputy Secretary for Food and Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 19/F, Murray Building, Garden Road, Central Tél : (852) 2973 8111 Fax : (852) 2840 0467 Courriel : tcchan@fhb.gov.hk</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

CHINE (HONG KONG) (suite)	Professor Lee Shiu-hung Honorary Adviser, Department of Health, Government of the Hong Kong Special Administrative Region 2/F, School of Public Health Prince of Wales Hospital Shatin Tél : (852) 2252 8722 Fax : (852) 2145 7489 Courriel : shlee@cuhk.edu.hk	(Suppléant(e))
	Professor Judith Mackay Honorary Consultant, Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, Riftswood, 9th milestone, DD229, Lot 147 Clearwater Bay Road, Kowloon Tél : (852) 2719 1995 Fax : (852) 2719 5741 Courriel : jmackay@pacific.net.hk	(Suppléant(e))
	Dr Tam Lai-fan Gloria Deputy Director of Health, Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 21/F, Wu Chung House, 213 Queen's Road East, Wan Chai Tél : (852) 2961 8551 Fax : (852) 2573 7487 Courriel : gloriatam@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Tsang Ho-fai Thomas Controller, Centre for Health Protection Department of Health, Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 21/F, Wu Chung House, 213 Queen's Road East, Wan Chai Tél : (852) 2961 8889 Fax : (852) 2573 0585 Courriel : thomas_tsang@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Lim Wei-ling Wilina Head, Public Health Laboratory Services Branch Centre for Health Protection, Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, Public Health Laboratory Centre 382 Nam Cheong Street, Shek Kip Mei, Kowloon Tél : (852) 2319 8252 Fax : (852) 2858 2684 Courriel : wl_lim@dh.gov.hk	(Suppléant(e))

Annexe 2

CHINE (HONG KONG) (suite)	Dr Leung Ting-hung Head, Surveillance and Epidemiology Branch Centre for Health Protection, Department of Health Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 18/F, Wu Chung House, 213 Queen's Road East Wan Chai Tél : (852) 2961 8918 Fax : (852) 2574 4263 Courriel : t_h_leung@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Tam Cheuk-ming Head, Public Health Services Branch Centre for Health Protection, Department of Health Wanchai Chest Clinic, 99 Kennedy Road, Wan Chai Tél : (852) 2572 6023 Fax : (852) 2834 6627 Courriel : cm_tam@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Wong Ka-hing Consultant (Special Preventive Programme) Department of Health 5/F, Yaumatei Jockey Club Polyclinic 145 Battery Street, Yaumatei, Kowloon Tél : (852) 2780 4390 Fax : (852) 2780 9580 Courriel : kh_wong@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Lo Yee-chi Janice Consultant Medical Microbiologist Department of Health, Government of the Hong Kong Special Administrative Region Public Health Laboratory Centre 382 Nam Cheong Street, Kowloon Tél : (852) 2319 8254 Fax : (852) 2776 2553 Courriel : janicelo@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Ching Cheuk-tuen Regina Assistant Director (Health Promotion) Department of Health, Government of the Hong Kong Special Administrative Region 21/F, Wu Chung House, 213 Queen's Road East, Wan Chai Tél : (852) 2961 8891 Fax : (852) 2573 0646 Courriel : regina_ching@dh.gov.hk	(Suppléant(e))

Annexe 2

- CHINE
(HONG KONG)
(suite)
- Dr Chung Wai-hung Thomas (Suppléant(e))
Head, Emergency Response and Information Branch
Centre for Health Protection, Department of Health
Government of the Hong Kong Special Administrative
Region, 1/F, Centre for Health Protection
147C Argyle Street, Kowloon
Tél : (852) 2125 2888
Fax : (852) 2712 4070
Courriel : twchung@dh.gov.hk
- Dr Chuang Shuk-kwan (Suppléant(e))
Consultant Community Medicine (Communicable Disease)
Centre for Health Protection, Department of Health
Government of the Hong Kong Special Administrative
Region, 3/F, Centre for Health Protection
147C Argyle Street, Kowloon
Tél : (852) 2125 2200
Fax : (852) 2574 2113
Courriel : sk_chuang@dh.gov.hk
- Dr Choi Man-yan Teresa (Suppléant(e))
Chief Port Health Officer, Department of Health
Government of the Hong Kong Special Administrative
Region, 18/F, Wu Chung House
213 Queen's Road East, Wan Chai
Tél : (852) 2961 8850
Fax : (852) 2833 0132
Courriel : tchoi@dh.gov.hk
- Dr Lam Man-kin Ronald (Suppléant(e))
Head, Tobacco Control Office, Department of Health
Government of the Hong Kong Special Administrative
Region, 25/F, Wu Chung House
213 Queen's Road East, Wan Chai
Tél : (852) 2961 8971
Fax : (852) 2575 8944
Courriel : ronald_lam@dh.gov.hk
- Dr Li Mun-pik Teresa (Suppléant(e))
Principal Medical Officer (Epidemiology Section)
Centre for Health Protection, Department of Health
Government of the Hong Kong Special Administrative
Region, 147C Argyle Street, Kowloon
Tél : (852) 2125 2300
Fax : (852) 2711 4847
Courriel : teresa_li@dh.gov.hk

Annexe 2

CHINE (HONG KONG) (suite)	Dr Wong Wang Christine Principal Medical Officer (Surveillance Section) Centre for Health Protection, Department of Health 3/F, Centre for Health Protection, 147C Argyle Street Kowloon Tél : (852) 2125 2288 Fax : (852) 2711 4847 Courriel : christine_wong@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
	Dr Choi Hiu-yeung Jacqueline Community Physician, CHP, DH Government of the Hong Kong Special Administrative Region, 4/F, Centre for Health Protection 147C Argyle Street, Kowloon Tél : (852) 2125 2051 Fax : (852) 2601 4209 Courriel : jacquelinechoi@dh.gov.hk	(Suppléant(e))
CHINE (MACAO)	Dr Lei Chin Ion Director of the Health Bureau Governo da Região Administrativa Especial de Macau Serviços de Saúde, Estrada do Visconde de San Januario Tél : (853) 8390 7105 Fax : (853) 2871 3105 Courriel : cilei@ssm.gov.mo	(Chef de la délégation)
	Dr Chan Wai Sin Deputy Director, Health Bureau, Director of Hospital Governo da Região Administrativa Especial de Macau Serviços de Saúde, Estrada do Visconde de San Januario Tél : (853) 8390 6501/8390 6506 Fax : (853) 2834 6818 Courriel : Chanwaisin@ssm.gov.mo	(Suppléant(e))
	Dr Cheang Seng Ip Deputy Director of the Health Bureau Alameda, Dr Carlos D'Assumpcao Governo da Região Administrativa Especial de Macau Serviços de Saúde, Estrada do Visconde de San Januario Tél : (853) 2856 9011 Fax : (853) 2856 8859 Courriel : sicheang@ssm.gov.mo	(Suppléant(e))

Annexe 2

CHINE (MACAO) (suite)	<p>Mr Ip Peng Kei Director of Public Health Laboratory Estrada dos Parses, Ed. Laboratorio de Saude Public Macau Tél : (853) 2853 0291 Fax : (853) 2853 0294 Courriel : pkip@ssm.gov.mo</p> <p>Dr Tong Ka Io Head, Macao CDC Health Bureau, Macao Tél : (853) 2853 3525 Fax : (853) 2853 3524 Courriel : cdc@ssm.gov.mo</p> <p>Dr Lam Chong Head, Communicable Diseases Unit, P.O. Box 3002, Macao Tél : (853) 2853 3525 Fax : (853) 2853 3524 Courriel : lamc@ssm.gov.mo</p> <p>Dr O Heng Kin Public Health Doctor, Estrada de S.Francisco. No. 5, Macao Tél : (853) 2871 6384 Fax : (853) 2871 6385 Courriel : hk1003@ssm.gov.mo</p>	<p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p>
ÎLES COOK	<p>Sir Terepai Maoate Deputy Prime Minister and Minister of Health Ministry of Health, Avarua, Rarotonga Tél : (682) 29 030 Fax : (682) 29 056 Courriel : drmaoate@dpmoffice.gov.ck</p> <p>Dr Tearikivao Maoate Advisor to Secretary of Health, Ministry of Health Avarua, Rarotonga Tél : (682) 29 664 Fax : (682) 23 109 Courriel : r.daniel@health.gov.ck</p>	<p>(Chef de la délégation)</p> <p>(Suppléant(e))</p>
FIDJI	<p>Dr Neil Sharma Minister for Health, Ministry of Health, Dinem House 88 Amy Street, Toorak, Suva Tél : (679) 322 1516 Fax : (679) 331 8227 Courriel : neil.sharma@govnet.gov.fj</p>	<p>(Chef de la délégation)</p>

Annexe 2

FIDJI (suite)	Dr Isimeli Tukana National Adviser for Noncommunicable Diseases Ministry of Health, Dinem House, 88 Amy Street Toorak, Suva Tél : (679) 322 1438 Fax : (679) 330 6163 Courriel : isimeli.tukana@health.gov.fj	(Suppléant(e))
FRANCE	Monsieur Philippe Dunoyer Ministre de la Santé, Nouvelle-Calédonie 8, route des artifices, BP M2 98849 Nouméa-Cedex Nouvelle-Calédonie Tél : (687) 246 543 Courriel : philippe.dunoyer@gouv.nc	(Chef de la délégation)
	Madame Brigitte Arthur Chef du Bureau international, santé et protection sociale Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, 14, Avenue Duquesne, 75007 Paris, France Tél : (331) 4056 5607 Courriel : brigitte.arthur@sante.gouv.fr	(Suppléant(e))
	Mr Jean-Alain Course Directeur, Direction des affaires sanitaires et sociales 5 rue Gallieni, BP N4 98851 Nouméa-Cedex Nouvelle-Calédonie Tél : (687) 243 703 Fax : (687) 243 702 Courriel : jean-alain.course@gouv.nc	(Suppléant(e))
	Dr Jean-Paul Grangeon Médecin inspecteur de santé publique Chef du Service des actions sanitaires Direction des Affaires Sanitaires et Sociales 5 rue Gallieni, BP N4 98851 Nouméa-Cedex Nouvelle-Calédonie Tél : (687) 243 705 Fax : (687) 243 714 Courriel : jean-paul.grangeon@gouv.nc	(Suppléant(e))

Annexe 2

FRANCE (suite)	<p>Dr. Bruno Cojan Directeur de cabinet, Ministère de la Santé Rue des Poilus tahitiens, BP 2551 - 98713 Papeete Polynésie française Tél : 46 00 99 Fax : 43 39 42 Courriel : Bruno.cojan@sante.min.gov.pf</p>	(Suppléant(e))
	<p>Monsieur Hervé d’Oriano Conseiller régional santé, Ambassade de France à Bangkok 29 Sathorn Tai, Bangkok, Thailand Tél : (66) 26 27 21 41 Fax : (66) 262 721 44 Courriel : herve.doriano@diplomatie.gouv.fr</p>	(Suppléant(e))
JAPON	<p>Dr Masato Mugitani Assistant Minister for Global Health Minister’s Secretariat Ministry of Health, Labour and Welfare 1-2-2 Kasumigaseki, Chiyoda-ku Tokyo 100-8916 Tél : (813) 3595 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : mugitani-masato@mhlw.go.jp</p>	(Chef de la délégation)
	<p>Mr Nobuyuki Takakura Deputy Assistant Minister for International Affairs Minister’s Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, 1-2-2 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 3595 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : takakura-nobuyuki@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Teiji Takei Director, International Cooperation Office International Affairs Division, Minister’s Secretariat Ministry of Health, Labour and Welfare 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 359 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : takei-teiji@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

JAPON (suite)	<p>Dr Takuya Sugie Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, 1-2-2 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 3595 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : sugie-takuya@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Keiko Yamamoto Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 3595 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : yamamoto-keiko77@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Toshiyasu Shimizu Assistant Director, 2nd Expert Service Division Bureau of International Cooperation, International Medical Centre of Japan Ministry of Health, Labour and Welfare 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 1628655 Tél : (813) 32027181 Fax : (813) 32057860 Courriel : tshimizu@it.imej.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Mari Nagai Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 359 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : nagai-mari@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Yoriko Nishizawa Deputy Director, International Cooperation Office International Affairs Division, Minister's Secretariat Ministry of Health, Labour and Welfare 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 3595 2404 Fax : (813) 3502 6678 Courriel : nishizawa-yoriko@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

JAPON (suite)	<p>Mr Toru Iwasaki Consul, Consulate-General of Japan, One Exchange Square 8 Connaught Place, Central, Hong Kong Tél : (852) 252 21184 Fax : (852) 286 80156 Courriel : toru.iwasaki@mofa.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Suzuki Takashi Chief, Clinical Research Section, Health Policy Division Health Policy Bureau, Minister's Secretariat Ministry of Health, Labour and Welfare 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 359 2261 Fax : (813) 3580 9644 Courriel : suzuki-takashidr@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Shun Kusanishi Chief, Office of Life-style Related Diseases Control Health Service Bureau, Minister's Secretariat Ministry of Health, Labour and Welfare 122 Kasumigaseki, Chiyoda-ku, Tokyo 100-8916 Tél : (813) 359 2249 Fax : (813) 3593 6223 Courriel : kusanishi-shun@mhlw.go.jp</p>	(Suppléant(e))
KIRIBATI	<p>Dr Kautu Tenaua Minister of Health, Ministry of Health and Medical Services P.O. Box 268, Nowerewere, Tarawa Tél : (686) 28 100 Fax : (686) 28 152 Courriel : drktenaua@yahoo.com</p>	(Chef de la délégation)
	<p>Dr Revite Kirition Acting Director of Health Ministry of Health and Medical Services P.O. Box 268, Nowerewere, Tarawa Tél : (686) 28 100 Fax : (686) 28 152 Courriel : rkirition@yahoo.com</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

KIRIBATI (suite)	<p>Mrs Veronica Taeke Assistant Secretary for Health and Medical Services Ministry of Health and Medical Services, P.O. Box 268 Nawerewere, Tarawa Tél : (686) 28 100 Fax : (686) 28 152 Courriel : verotaake@gmail.com</p>	(Suppléant(e))
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO	<p>Dr Ponmek Dalaloy Minister of Public Health, Ministry of Health Samsanthai Road, Simuang Village, Capital of Vientiane Tél : (856) 20551 8422 Fax : (856) 2122 3146 or 240 032 Courriel : adb2laos@loxinfo.co.th</p> <p>Dr Prasongsidh Boup Deputy Director General, Planning and Finance Department Ministry of Public Health, Samsanthai Road Simuang Village, Capital of Vientiane Tél : (856) 20551 8422 Fax : (856) 2122 3146 or 240 032 Courriel : adb2laos@loxinfo.co.th</p> <p>Dr Bounfeng Phoummalaysith Deputy Director General of Cabinet, Ministry of Public Health, Samsanthai Road, Simuang Village Capital of Vientiane Tél : (856) 20551 8422 Fax : (856) 2122 3146 or 240 032 Courriel : bounfeng@hotmail.com</p>	(Chef de la délégation)
MALAISIE	<p>Dato' Seri Liow Tiong Lai Minister of Health, Ministry of Health, Level 13, Block E7 Parcel E, Federal Government Administrative Centre 62590 Putrajaya Tél : (603) 8883 2530 Fax : (603) 8888 8188 Courriel : tionglai@moh.gov.my</p> <p>Dato' Dr Teh Lei Choo Director, Penang State Health Department Ministry of Health, Level 35 and 37, Komtar 10590, Penang Tél : (604) 262 5551 Fax : (604) 263 1645 Courriel : tehleichoo@ppg.moh.gov.my</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

MALAISIE (suite)	<p>Dr Balachandran Satiamurti Deputy Director, (Non-communicable) Disease Control Division, Ministry of Health, Level 6, Block E10, Parcel E Federal Government Administrative Centre 62590 Putrajaya Tél : (603) 8883 4118 Fax : (603) 8888 6277 Courriel : dr.balachandran@moh.gov.my</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Chong Chee Kheong Director/National Public Health Laboratory Ministry of Health Malaysia, Level 3, Block E10, Parcel E Federal Government Administrative Centre 62590 Putrajaya Courriel : drchongck@moh.gov.my</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Haji Azmi bin Abdul Rahim Senior Principal Assistant Director (Vector) Disease Control Division, Ministry of Health Malaysia Level 3, Block E10, Parcel E, Federal Government Administrative Centre, 62590 Putrajaya Tél : (603) 8883 4268 Fax : (603) 888 4216 Courriel : arazmi@moh.gov.my</p>	(Suppléant(e))
	<p>Mr Lim Chau Leng Press Secretary to the Minister of Health Ministry of Health Malaysia, Level 13, Block 7, Parcel E Federal Government Administrative Centre 62590 Putrajaya Courriel : chauleng@moh.gov.my</p>	(Suppléant(e))
RÉPUBLIQUE DES ÎLES MARSHALL	<p>Ms Amenta Matthew Minister of Health Services, P.O.Box 16, Majuro 96960 Tél : (692) 625 5660 / 5661 Fax : (692) 625 3432 Courriel : amenta52@yahoo.com</p>	(Chef de la délégation)
	<p>Ms Justina R. Langidrik Secretary of Health Services, P.O. Box 919, Majuro 96960 Tél : (692) 625 5660/7246 Fax: (692) 625 3432 Courriel : jusmohe@ntamar.net</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

ÉTATS FÉDÉRÉS DE MICRONÉSIE	Dr Vita Skilling Secretary of Health and Social Affairs P. O. Box PS 70, Palikir, Pohnpei 96941 Tél : (691) 320 2619 Fax : (691) 320 5263 Courriel : vskilling@fsmhealth.fm	(Chef de la délégation)
	Mr Bob H. Skilling Senator, 9th Kosrae Legislature, State of Kosrae P.O. Box 358, Tofol Kosrae FM 96944 Tél : (691) 370 3177 Fax : (691) 370 2177 Courriel : bob.skilling@kosraestatelegislature.org	(Suppléant(e))
	Mrs Shra Alik National Tobacco Coordinator, Department of Health and Social Affairs, P.O Box PS70, Palikir, Pohnpei, FSM 96941 Tél : (691) 320 5520 Fax : (691) 320 5524 Courriel : salik@fsmhealth.fm	(Suppléant(e))
	Ms Louisa Helgenberger National Immunization Coordinator, Department of Health and Social Affairs P.O. Box PS-70, Palikir, Pohnpei Tél : (691) 320 2619 Fax : (691) 320 5263 Courriel : lhelgenberger@fsmhealth.fm	(Suppléant(e))
	Dr Mayleen Ekiek National CDC Physician, Department of Health and Social Affairs, P.O.Box PS 70, Palikir, Pohnpei FM 96941 Tél : (691) 320 2619 Fax : (691) 320 5263 Courriel : mekiek@fsmhealth.fm	(Suppléant(e))
	Ms Fancelyn Perman Solomon Executive Secretary, Department of Health and Social Affairs, P.O.Box PS 70, Palikir, Pohnpei FM 96941 Tél : (691) 320 2619 Fax : (691) 320 5263 Courriel : fsolomon@fsmhealth.fm	(Suppléant(e))

Annexe 2

MONGOLIE	Dr Lambaa Sambuu Member of Parliament and Minister of Health Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97611) 260 912 Fax : (97611) 320 916 Courriel : lambaa@moh.mn	(Chef de la délégation)
	Ms Yanjmaa Binderiya Head of International Cooperation Division Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97611) 260 912 Fax : (97611) 320 916 Courriel : narangerel@moh.mn	(Suppléant(e))
	Dr Enkhbat Shagdarsuren Director, Medical Care Policy Implementation and Coordination, Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97699) 116 069 Fax : (97611) 320 916 Courriel : enkhbat@moh.mn	(Suppléant(e))
	Dr Otgonjargal Baasanjav Director, Strategic Policy Planning Department Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97699) 101 1126 Fax : (97611) 320 916 Courriel : otgonjargal@moh.mn	(Suppléant(e))
	Dr Munkhtaivan Adiya Director, Millennium Challenge Account Mongolia Health Project, Ministry of Health Government Building-8, Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97699) 101 1126 Fax : (97611) 320 916	(Suppléant(e))
	Dr Sodnompil Tserendorj Director, Department of Health, Implementing Agency of the Government of Mongolia , Ministry of Health S. Zorig Street, P.O. Box-187, Ulaanbaatar-10648 Tél : (97611) 325 540 Fax : (97611) 320 633 Courriel : sodgoo77@yahoo.com	(Suppléant(e))

Annexe 2

MONGOLIE (suite)	Dr Nyamkhuu Dulmaa Director, National Center for Communicable Diseases of Mongolia, Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97699) 101 1126 Fax : (97611) 320 916 Courriel : dnyamkhuu@yahoo.com	(Suppléant(e))
	Dr Sukhbaatar Tuvdengiin Executive Director, Rehabilitation Center Orgil Ministry of Health, Government Building-8 Olympic Street-2, Ulaanbaatar-48 Tél : (97611) 342 096 Fax : (97611) 341 905	(Suppléant(e))
NAURU	Mr Taniela Sunia Soakai Secretary for Health, Ministry of Health Government Offices, Yaren District Tél : (674) 444 3805 Ext. 261 / 262 Courriel : sunia.soakai@naurugov.nr	(Chef de la délégation)
NOUVELLE- ZÉLANDE	Dr Mark Jacobs Director of Public Health, Ministry Of Health 1 The Terrace, Wellington Tél : (644) 816 4481 Fax : (644) 816 4477 Courriel : mark_jacobs@moh.govt.nz	(Chef de la délégation)
	Ms Adele Bryant Consul-General, New Zealand Consulate-General 6501 Central Plaza, 18 Harbour Road, Wanchai, Hong Kong Tél : (852) 2525 5044 Fax : (852) 2845	(Suppléant(e))
	Ms Holly Warren Vice Consul, New Zealand Consulate-General 6501 Central Plaza, 18 Harbour Road, Wanchai, Hong Kong Tél : (852) 2525 5044 Fax : (852) 2845	(Suppléant(e))
NIOUÉ	Mrs O'love Tauveve Jacobsen Minister of Health, P.O. Box 40, Alofi Tél : (683) 4200 Fax : (683) 4206 Courriel : healthmanager@mail.gov.nu	(Chef de la délégation)

Annexe 2

PALAOS, RÉPUBLIQUE DE	Dr Stevenson J. Kuartei Minister of Health, Ministry of Health Government of Republic of Palau, P.O. Box 6027 Koror 96940 Tél : (680) 488 2552 Fax : (680) 488 1211 Courriel : s_kuartei@palau-health.net	(Chef de la délégation)
	Ms Joanne Maireng Sengebau Director, Bureau of Public Health, Ministry of Health Government of Republic of Palau, P.O. Box 6027 Koror 96940 Tél : (680) 488 2552 Fax : (680) 488 1211 Courriel : j_sengebau@palau-health.net	(Suppléant(e))
PAPOUASIE- NOUVELLE- GUINÉE	Mr Sasa Zibe, MP Minister for Health and HIV/AIDS, Ministry of Health P.O. Box 807, Waigani, National Capital District Tél : (675) 301 3608 Fax : (675) 323 9669 Courriel : s.k.zibe@global.net.pg	(Chef de la délégation)
	Mr Mark Mauludu Deputy Secretary for Health, Ministry of Health P.O. Box 807, Waigani National Capital District Tél : (675) 301 3617 Fax : (675) 339 9670 Courriel : mark-mauludu@health.gov.pg	(Suppléant(e))
	Dr Timothy Pyakalyia Special Advisor, Ministry of Health, P.O. Box 807 Waigani National Capital District Tél : (675) 301 3640 Fax : (675) 323 9670 Courriel : timothy_pyakalyia@health.gov.pg	(Suppléant(e))
	Ms Mou Begura Ministerial Staff, Ministry of Health, P.O. Box 807 Waigani National Capital District Tél : (675) 301 3608 Fax : (675) 323 9669 Courriel : mou_begura@health.gov.pg	(Suppléant(e))

Annexe 2

PHILIPPINES	<p>Dr Francisco T. Duque III Secretary of Health, Department of Health 2nd Floor, Building 1, San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila Tél : (632) 743 6393 Fax : (632) 743 1829 Courriel : ftduque@co.doh.gov.ph</p>	(Chef de la délégation)
	<p>Dr Ma. Virginia Ala Director IV, Health Policy Development and Planning Bureau, Department of Health, 2nd Floor, Building 3 San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila Tél : (632) 711 5377 Fax : (632) 781 4362 Courriel : marvie_ala@yahoo.com</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Anna Melissa Guerrero Head Executive Assistant, Office of the Secretary Department of Health, 2nd Floor, Building 1 San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila Tél : (632) 743 6393 Fax : (632) 743 1829 Courriel : applemeg@yahoo.com</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Myrna Cabotaje Director IV, Centre for Health Development for CAR Baguio City Tél : (6374) 442 8097 Fax : (6374) 442 8097 Courriel : mycam09@yahoo.com.ph</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Abdullah Dumama, Jr. Director IV, Centre for Health Development for SOCCSKSARGEN XII, ARMM Compound, Cotabato City Tél : 0917 702 0304 Fax : (6364) 421 2373 Courriel : abdumamajr@yahoo.com</p>	(Suppléant(e))
	<p>Dr Benito Arca Director III, Center for Health Development for Central Luzon, City of San Fernando, Pampanga Tél : (6345) 962 7654 Fax : (6345) 962 7654 Courriel : benito_arca@yahoo.com</p>	(Suppléant(e))

Annexe 2

PHILIPPINES (suite)	<p>Dr Minerva P. Molon Director III, Center for Health Development for Eastern Visayas, Palo, Leyte Tél : (6353) 323 5028 Fax : (6353) 323 5069 Courriel : melbaperegrino@yahoo.com.ph</p> <p>Mrs Brenda Panganiban Supervising Health Program Officer Bureau of International Health Cooperation Department of Health, Ground Floor Building 3, San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila Tél : (632) 743 8301 Ext. 1352 Fax : (632) 781 8843 Courriel : brenpanganiban@yahoo.com</p> <p>Ms Socorro Balbino Supervising Health Program Officer Bureau of International Health Cooperation Department of Health, Ground Floor, Building 3 San Lazaro Compound, Sta. Cruz, Manila Tél : (632) 743 8301 local 1352 Fax : (632) 7818843 Courriel : lance_nonie@yahoo.com</p>	<p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p>
RÉPUBLIQUE DE CORÉE	<p>Mr Yoo, Young-hak Vice Minister, Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, 75 Yulgong-ro, Jongno-gu, Seoul 110-793 Tél : (822) 2023 8000 Fax : (822) 2023 7234 Courriel : yhyoo56@korea.kr</p> <p>Dr Lee Jong-Koo Director /Deputy Minister, Korea Centres for Disease Control and Prevention, 5, Nokbeon-dong, Eunpyung-gu Seoul 122-701 Tél : (822) 380 2600 Fax : (822) 388 4601 Courriel : docmohw@mw.go.kr</p>	<p>(Chef de la délégation)</p> <p>(Suppléant(e))</p>

Annexe 2

RÉPUBLIQUE DE CORÉE (suite)	Mr Chang Jaehyuk Director General, International Cooperation Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, 75 Yulgong-ro Jongno-gu, Seoul 110-793 Tél : (822) 2023 7910 Fax : (822) 2023 7234 Courriel : changhi@korea.kr	(Suppléant(e))
	Ms Lee Kyung-eun International Cooperation Officer, Division of International Cooperation, Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 75 Yulgong-ro, Jongno-gu, Seoul 110-793 Tél : (822) 2023 7230 Fax : (822) 2023 7234 Courriel : kelee02@korea.kr	(Suppléant(e))
	Dr Choi Chong Hee Senior Deputy Director, Division of International Cooperation, Ministry for Health, Welfare and Family Affairs, 75 Yulgong-ro, Jongno-gu, Seoul 110-793 Tél : (822) 2023 7224 Fax : (822) 2023 7234 Courriel : dental@mw.go.kr	(Suppléant(e))
	Dr Lee Seon Kui Deputy Director, Division of Oral Health and Healthy Life Ministry for Health, Welfare and Family Affairs 75 Yulgong-ro, Jongno-gu, Seoul 110-793 Tél : (822) 2023 7841 Fax : (822) 2023 7234 Courriel : byuly74@mw.go.kr	(Suppléant(e))
	Dr Lee Hang Sung Senior Researcher, Division of Communicable Disease Control, Korea Centres for Disease Control and Prevention 5, Nokbeon-dong, Eunpyung-gu, Seoul 122-701 Tél : (822) 380 2632 Fax : (822) 354 2723 Courriel : wassupdoc@paran.com	(Suppléant(e))
	Professor Sohn Myongsei Department of Preventive Medicine Medical College, Yonsei University 134, Shinchon-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-749 Tél : (822) 2228 2530 Fax : (822) 392 8133 Courriel : msohn53@yuhs.ac	(Suppléant(e))

Annexe 2

RÉPUBLIQUE DE CORÉE (suite)	Mr Baik Juwang Assistant Manager Korean Foundation for International Healthcare 3rd Floor, Korea Federation of Small and Medium Business Building 35 Eunhaeng-gil, Youngdeungpo-gu, Seoul 150-740 Tél : (822) 6910 9032 Fax : (822) 386 3155 Courriel : jwbaik@kfih.org	(Suppléant(e))
SAMOA	Mrs Gatoloifaana Amataga Alesana Gidlow Minister of Health, Ministry of Health 4th Floor, Government Building, Apia Tél : (685) 68 106 Fax : (685) 68 102 Courriel : saraha@health.gov.ws	(Chef de la délégation)
	Ms Palanitina Tupuimatagi Toelupe Chief Executive Officer, Ministry of Health Private Bag, Motootua, Apia Tél : (685) 23 330 Fax : (685) 26 553 Courriel : ceo@health.gov.ws	(Suppléant(e))
	Mrs Sarah Faletose Su'a Assistant, Chief Executive Officer, Ministry of Health, Apia Tél : (685) 68 106 Fax: (685) 26 553 Courriel : saraha@health.gov.ws	(Suppléant(e))
SINGAPOUR	Mr Khaw Boon Wan Minister for Health, Ministry of Health, 16 College Road College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : khaw_boon_wan@moth.gov.sg	(Chef de la délégation)
	Mr Roy Quek Deputy Secretary (Health Policy), Ministry of Health 16 College Road, College of Medicine Building Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : roy_quek@moh.gov.sg	(Suppléant(e))

Annexe 2

SINGAPOUR (suite)	Associte Professor Chew Suok Kai Deputy Director of Medical Services, Ministry of Health 16 College Road, College of Medicine Building Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : chew_suok_kai@moh.gov.sg	(Suppléant(e))
	Dr Jeffery Cutter Senior Consultant (Communicable Diseases) Ministry of Health, 16 College Road College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : jeffery_cutter@moh.gov.sg	(Suppléant(e))
	Professor Chia Kee Seng Head, Department of Epidemiology and Public Health Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, 16 Medical Drive, MD3, Level 3 Singapore 117597 Tél : (656) 516 8203 Fax : (656) 779 1489 Courriel : ephcks@nus.edu.sg	(Suppléant(e))
	Miss Joanna Teo Assistant Director (International Cooperation) Ministry of Health, 16 College Road, College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : joanna_teo@moh.gov.sg	(Suppléant(e))
	Dr Ng Yeuk Fan Assistant Director (Medical Standards and Training) Ministry of Health, 16 College Road College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : ng_yeuk_fan@moh.gov.sg	(Suppléant(e))

Annexe 2

SINGAPOUR (suite)	Mr David Ho Health Policy Analyst (International Cooperation) Ministry of Health, 16 College Road College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : david_ho@moh.gov.sg	(Suppléant(e))
	Ms Yeo Wen Qing Manager (External Affairs and Communications) Ministry of Health, 16 College Road College of Medicine Building, Singapore 169854 Tél : (656) 325 9220 Fax : (656) 224 1677 Courriel : yeo_wen_qing@moh.gov.sg	(Suppléant(e))
ÎLES SALOMON	Mr Clay Forau Soalaoi Minister of Health, Ministry of Health and Medical Services P.O.Box 347, Honiara Tél : (677) 20 831 Fax : (677) 20 085 Courriel : cforau@moh.gov.sb	(Chef de la délégation)
	Dr Lester Ross Permanent Secretary, Ministry of Health and Medical Services, P O Box 347 Honiara Tél : (677) 20 831 Fax : (677) 20 085 Courriel : lross@moh.gov.sb	(Suppléant(e))
TOKÉLAOU	Mrs Leane Esther Pearce Director of Health, Department of Health Tokelau Apia Liaison Office, Savalalo, Apia Tél : (685) 20 822 Fax : (685) 21 761 Courriel : doh@lesamoa.net	(Chef de la délégation)
TONGA	Dr Viliami Ta'u Tangi Deputy Prime Minister and Minister of Health Ministry of Health, Nuku'alofa Tél : (676) 23 416 Fax : (676) 24 291 Courriel : billmoh@kalianet.to	(Chef de la délégation)

Annexe 2

TONGA (suite)	<p>Dr Lopeti Paula Vivili Senior Medical Officer, Ministry of Health Nuku'alofa, Tonga Tél : (676) 23 200 Fax : (676) 24 210 Courriel : psvivili@gmail.com</p> <p>Mrs Debbie Sorensen Advisor, P.O.Box 22470, Otahuhu, Auckland 1640 New Zealand Tél : (6421) 502 887 Fax : (649) 276 9770 Courriel : debbie@healthspecialists.co.nz</p>	<p>(Suppléant(e))</p> <p>(Suppléant(e))</p>
TUVALU	<p>Mr Iakoba Taea Italeli Minister of Health, Ministry of Health Tuvalu Government, Vaiaku, Funafuti Tél : (688) 20 400 Fax : (688) 20 832 Courriel : iti_obetaia@yahoo.com</p> <p>Dr Stephen Homasi Director of Health, Ministry of Health Tuvalu Government, Vaiaku, Funafuti Tél : (688) 20404 Fax : (688) 20 832 Courriel : moh@tuvalu.tv</p>	<p>(Chef de la délégation)</p> <p>(Suppléant(e))</p>
ROYAUME-UNI DE GRANDE- BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD	<p>Mr Neale Jagoe Head of Policy Sections, British Consulate-General 1 Supreme Court Road, Hong Kong Tél : 2901 3140 Fax : 2901 3240 Courriel : neale.jagoe@fco.gov.uk</p>	<p>(Chef de la délégation)</p>
ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	<p>Mr Mark Abdoo Director for Multilateral Affairs and the Middle East Office of Global Health Affairs US Department of Health and Human Services 200 Independence Ave, SW, Washington DC 20201 Tél : (202) 690 6174 Fax : (202) 690 7127 Courriel : Mark.Abdoo@hhs.gov</p>	<p>(Chef de la délégation)</p>

Annexe 2

VANUATU	Mr Moses Kahu Minister of Health, Ministry of Health Private Mail Bag 9042, Port Vila Tél : (678) 23 104 Fax : (678) 27 451 Courriel : mkahu@vanuatu.gov.vu	(Chef de la délégation)
	Mr Len Tarivonda Acting Director General, Ministry of Health Private Mail Bag 9042, Port Vila Tél : (678) 22 512 Fax : (678) 25 438 Courriel : ltarivonda@vanuatu.gov.vu	(Suppléant(e))
VIET NAM	Dr Nguyen Quoc Trieu Minister of Health, Ministry of Health 138A-Giang Vo Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : doanphuongthao@gmail.com	(Chef de la délégation)
	Mrs Tran Thi Giang Huong Director General, Department of International Cooperation Ministry of Health, 138A-Giang Vo Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : doanphuongthao@gmail.com	(Suppléant(e))
	Mr Pham Le Tuan Director General, Department of Planning and Finance Ministry of Health, 138A-Giang Vo Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : doanphuongthao@gmail.com	(Suppléant(e))
	Mr Nguyen Thanh Long Director General, Administration of HIV/AIDS Prevention and Control, Ministry of Health, 138A-Giang Vo Street Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : doanphuongthao@gmail.com	(Suppléant(e))

Annexe 2

VIET NAM (suite)	Mr Nguyen Xuan Truong Deputy Chief of Cabinet, Ministry of Health 138A-Giang Vo Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : doanphuongthao@gmail.com	(Suppléant(e))
	Professor Dr Tran Thuy Hanh Director General, Bach Mai Hospital 78 Giang Phong Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239	(Suppléant(e))
	Mrs Pham Thi Minh Chau Expert, Department of International Cooperation Ministry of Health, 138A-Giang Vo Street, Ha Noi Tél : (844) 627 32 235 Fax : (844) 627 32 239 Courriel : chauhaiminhanh@yahoo.com	(Suppléant(e))
	Mr Pham Cao Phong Consul-General, Consulate General of Viet Nam in Hong Kong, 15/F, Great Smart Tower 230 Wan Chai Road, Wan Chai, Hong Kong, China Tél : (852) 2591 4517 Fax : (852) 2591 4524 Courriel : vnconsul@netvigator.com	(Suppléant(e))
	Mr Hoang Mai Van Vice-Consul, Consulate General of Viet Nam in Hong Kong 15/F, Great Smart Tower, 230 Wan Chai Road, Wan Chai Hong Kong, China Tél : (852) 2591 4510 Fax : (852) 2591 4539 Courriel : vnconsul@netvigator.com	(Suppléant(e))

Annexe 2

**II. REPRÉSENTANTS AUPRÈS DE L'OFFICE DES NATIONS UNIES,
INSTITUTIONS SPÉCIALISÉES ET ORGANISATIONS EN RELATIONS
OFFICIELLES AVEC L'OMS**

SECRÉTARIAT DE L'ASEAN

Dr Bounpheng Philavong
Assistant Director
Head of Health and Communicable Diseases Division
ASEAN Secretariat, 70 A Jalan Sisingamangaraja
Jakarta 12110, Indonesia
Tél : (6221) 7243372 Ext 423
Fax : (6221) 726 2991
Courriel : bounpheng@asean.org

ORGANISATION DES NATIONS
UNIES POUR L'ALIMENTATION
ET L'AGRICULTURE (FAO)

Dr Heslon Gabriel Rugalema
Senior Officer
Gender, Equity and Rural Employment Division
Food and Agriculture Organization
via Delle Terme Di Caracalla, Rome, Italy
Tél : (3906) 5705 6984
Fax : (3906) 5705 2004
Courriel : Gabriel.Rugalema@fao.org

ALLIANCE MONDIALE POUR
LES VACCINS ET LA
VACCINATION (GAVI)

Dr Craig Burgess
Senior Programme Officer (Health Systems
Strengthening), GAVI Alliance
GAVI Alliance Secretariat, 2 Chemin des Mines
CH-1202 Geneva, Switzerland
Tél : (4122) 909 6513
Fax : (4122) 909 6550
Courriel : cburgess@gavialliance.org

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

Dr Elmar Vinh-Thomas
Team Leader, East Asia and the Pacific
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Chemin de Blandonnet 8, 1214 Vernier, Switzerland
Tél : (4122) 791 1700
Fax : (4122) 791 1700
Courriel : evinhthomas@theglobalfund.org

Ms Ann Bourgeot
Senior Partnerships Officer
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
16 rue Butini, Switzerland
Tél : (4158) 791 1978
Fax : (4158) 791 1701
Courriel : ann.bourgeot@theglobalfund.org

Annexe 2

ORGANISATION INTERNATIONALE
POUR LES MIGRATIONS

Ms Gloria Ko
Head of Office, International Organization for Migration
Room 904, Yaumatei Car Park Building
250 Shanghai Street, Kowloon, Hong Kong
Tél : (852) 2332 2441
Fax : (852) 2332 2446
Courriel : gko@iom.int

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL
DE LA COMMUNAUTÉ
DU PACIFIQUE (CPS)

Mr Bill Parr
Director, Social Resources Division
Secretariat of the Pacific Community, B.P. D5-98848
Noumea Cedex, New Caledonia
Tél : (687) 260 111
Fax : (687) 263 818
Courriel : billp@spc.int

Dr Thierry Jubeau
Manager, Public Health Division
Secretariat of the Pacific Community, BP D5 98849
Noumea Cedex
Tél : (687) 260 167
Fax : (687) 263 818
Courriel : thierryj@spc.int

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ ANIMALE

Dr Kenji Sakurai
Deputy Regional Representative for Asia and the Pacific
Sanseido Building, 4F, 2-4-10 Kojimachi chiyoda-ku
Tokyo, 102-0083 Japan
Tél : (813) 5212-3191
Fax : (813) 5212-3194
Courriel : rr.asiapacific@oie.int

III. OBSERVATEURSSASAKAWA MEMORIAL HEALTH
FOUNDATION

Professor Kenzo Kiikuni
Chairman
122 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107 0052, Japan
Tél : (813) 622 95377
Fax : (813) 622 95388
Courriel : smhf@tmfb.jp

Annexe 2

SASAKAWA PEACE FOUNDATION	Mr Jiro Hanyu Chairman 122 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 1070052, Japan Tél : (813) 6229 5417 Fax : (813) 6229 5417 Courriel : fujimoto@spf.or.jp
CHINESE UNIVERSITY OF HONG KONG	Professor Sian Griffiths Director, School of Public Health cum Chairman Department of Community and Family Medicine The Chinese University of Hong Kong 2/F Prince of Wales Hospital, Shatin, New Territories Hong Kong
HONG KONG MODEL UNITED NATIONS CLUB	Mr Kai Chuen Wong Room 409, Chung Hwa Building, 5 Ma Hang Chung Road, To Kwa Wan, Kowloon, Hong Kong Tél.: (852) 9304-8668 Fax : (852) 2362-5799 Courriel : wongkaichuen@hotmail.com
	Ms Daphne Wong Global Issues Department Head, Rm. A, 3/F Block 1, Fairview Garden, Tsuen Wan, N.T. Tél : 913 90 237 Courriel : wongsheungwai@gmail.com
UNIVERSITY OF HONG KONG	Professor Tai-Hing Lam Sir Robert Kotewall Professor in Public Health and Chair and Head of Department of School of Public Health, Department of Community Medicine University of Hong Kong 5/F, William M.W. Mong Block Room 5-05, 21 Sassoon Road, Hong Kong
KOREAN FOUNDATION FOR INTERNATIONAL HEALTH	Kyeong Hee Chung Hye Young Lee
2009 DR LEE JONG-WOOK GLOBAL FRONTIER	Si Kyung Song Mhinjine Kim Tae Yeon Kim Sangmin Oh Hanna Jeon Seunghyun Lee Gyeyoon Yim Kyuyoung Shim Jee Hyun Song Jin Sung Kim

IV. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS NON-GOUVERNEMENTALES

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL	Dr Theam Hock Yeoh Dr David Dai Dr Wu Yee Ming Mrs Teresita Tsien Dr Claudia Lai Ms Elsie Chung Mr Chris Lee Mrs Johanna Arculli Ms Bella Luk
ALLIANCE DE LA CONVENTION-CADRE POUR LA LUTTE ANTITABAC	Dr Edgardo Ulysses Dorotheo
AGENCE INTERNATIONALE POUR LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ	Dr Noel Chua Dr John Szetu Dr Tran Huy Hoang Professor Wei He Professor Richard Le Mesurier
INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS	Mr Kin-Pin Tsang
INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES	Ms Sylvia Fung
CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES	Dr Alice Tsang Ms Paddie Blaney Ms Chan Cheung Lung, Sharon Ms Chan Iat Lai Ms Chan Kit Hoi Ms Chan Man Yee, Linda Ms Chan Suk Wan Ms Chan Wai Yee Miss Cheang San San Miss Cheong Wan Mr Choi Pui Wah, Philip Ms Chow Fung Kwan Ms Chui Suk-ping Ms Ho Becky Ms Ho Kam Yee Ms Hui Siu Fun Ms Kam Ah Lay Ms Ku Wai Yin, Ellen Ms Kwok Lai Ping, Nora

Annexe 2

CONSEIL INTERNATIONAL DES
INFIRMIÈRES (suite)

Ms Kwong Kam Yuk, Tany
Mr Lau Kwok Sun, Stirling
Ms Lee Wai Yee, Susanna
Ms Leung Fung Yee
Miss Leung Nga Yee
Ms Li Siu Hung
Ms Man Siu Ling
Ms Tam Pui Ling, Eliza
Ms Tang Pey Leng
Ms Tse Suk Ping
Miss Wong Man Yue
Mr Wong Yat Wah, Stewart
Ms Yu Sau Ling

CONSEIL INTERNATIONAL POUR LA
LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS
À UNE CARENCE EN IODE

Dr Teofilo San Luis, Jr

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE
L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT

Ms Elizabeth Hernandez
Mr Mario Ottiglio

INTERNATIONAL FEDERATION OF
MEDICAL STUDENTS ASSOCIATIONS

Mr Jen-Hsiang Shen
Mr Cedric Lee
Ms Stephanie Dorothy Pui-Ming Yu
Mr Wing Sun Tam
Mr Heng Hao Chang
Ms Emily Suhan Wong
Mr Timothy Hun Wong
Ms Yuen Hing Elizabeth Chuk
Ms Natalie Wong

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES
HÔPITAUX

Dr Lawrence Lai

INTERNATIONAL PEDIATRIC FEDERATION

Dr Chow-wan Chan

FÉDÉRATION INTERNATIONALE
PHARMACEUTIQUE

Mr Reynaldo Umali

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD
FEDERATION

Ms Susan Fan

INTERNATIONAL SOCIETY OF RADIOGRAPHERS
AND RADIOLOGICAL TECHNOLOGISTS

Ms Cynthia Cowling
Dr Maria Law

Annexe 2

FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES
INDUSTRIES DES ALIMENTS DIÉTÉTIQUES

Dr Jean Claude Javet
Xuejen Zhao
Efi Farmakalidis-Carr
Beverly Watson
Dr Hugh Tucker
Ms Beverly Mirando
John Wallingford
Chu Sing Koh

MEDICAL WOMEN ASSOCIATION
INTERNATIONAL

Dr Cissy Yu
Dr Lowina Hei Yee Tse
Dr Callie Ka Li Ko
Dr Bonnie Wong

THALASSAEMIA INTERNATIONAL
FEDERATION

Dr Li Chi Konghk

WORLD CONFEDERATION FOR
PHYSICAL THERAPY

Dr Polly Mo Yee Lau
Ms Priscilla Poon

WORLD HYPERTENSION LEAGUE

Dr Xin-Hua Zhang

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS

Dr Donald Kwok Tung Li

WORLD VISION INTERNATIONAL

Dr Chander Sri

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

Secrétariat de l'ASEAN

Alzheimer's Disease International

Chinese University of Hong Kong

Alliance de la Convention-cadre pour la lutte antitabac

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Agence internationale pour la prévention de la cécité

International Confederation of Midwives

Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode

Conseil international des infirmières

International Federation of Medical Students Associations

International Pediatric Association

Fédération internationale pharmaceutique

International Planned Parenthood Federation

Sasakawa Memorial Health Foundation

Secrétariat général de la communauté du Pacifique

Thalassaemia International Foundation

University of Hong Kong

World Confederation for Physical Therapy

DEUXIÈME PARTIE
PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES PLÉNIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

DEUXIÈME PARTIE – PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES PLÉNIÈRES

<u>Point de l'ordre du jour</u>	<u>Pages</u>
Cérémonie d'ouverture	64
1. Ouverture de la session	65
2. Allocution du Président sortant	65,85
3. Élection du bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs	65
4. Allocution du Président entrant	96,107
5. Adoption de l'ordre du jour	65
6. Allocution du Directeur général	66,89
7. Allocution et rapport du Directeur régional	71,96
8. Budget programme 2008-2009 : exécution du budget (rapport intérimaire)	101
9. Projet de budget programme 2010-2011	112,141,164
10. La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique	119,142
11. Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015)	132,164
12. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)	142,144,164
13. Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	151,164
14. Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	158,191
15. Rapports d'activité des programmes techniques	128,164,176
16. Orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays	179
17. Procédure de désignation du Directeur régional	182
18. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional	185
Annonce du Gouvernement du Japon	188
19. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : Composition du Comité des politiques et de la coordination	190
20. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination	190
21. Soixante et unième et soixante-deuxième sessions du Comité régional : dates et lieux	191
22. Clôture de la session	192

PROCÈS-VERBAL DE LA PREMIÈRE SÉANCE

(Run Run Shaw Hall, First Floor, Hong Kong Academy of Medicine,
Jockey Club Building, 99 Wong Chuk Hang Road, Aberdeen, and the Grand Ballroom,
Lower Level 1, Kowloon Shangri-la Hotel)
Lundi, 21 septembre 2009, à 09 h 30 et 14 h 00

PRÉSIDENT : Dr Francisco Duque III (Philippines)
puis : Dr P.Y. Lam (Hong Kong (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Cérémonie d'ouverture	64
2. Ouverture de la session	65
3. Allocution du Président sortant	65
4. Élection du bureau : Président, Vice-Président et Rapporteurs	65
5. Adoption de l'ordre du jour	65
6. Allocution du Directeur général	66
7. Allocution et rapport du Directeur régional	71
ANNEXE 1 Allocution de M. Donald Tsang, Chef de l'Exécutif de la Région Administrative Spéciale de Hong Kong à la cérémonie d'ouverture	77
ANNEXE 2 Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, à la cérémonie d'ouverture	79
ANNEXE 3 Allocution du Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental, à la cérémonie d'ouverture	81
ANNEXE 4 Allocution du Dr Francisco T. Duque III, Président sortant, à la cérémonie d'ouverture	83
ANNEXE 5 Allocution du Dr Francisco T. Duque III, Président sortant, à la séance d'ouverture.....	85
ANNEXE 6 Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, à la séance d'ouverture	89

1. CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

La cérémonie d'ouverture commence à 9 h 30 au Run Run Shaw Hall de l'Académie de médecine de Hong Kong.

M. Donald TSANG, Chef de l'exécutif de la Région administrative spéciale de Hong Kong (République populaire de Chine), souhaite la bienvenue aux participants. Il dit que des mesures d'urgence contre la pandémie de grippe H1N1 sont en place à Hong Kong depuis le 1er mai 2009 et que toutes les précautions sont prises pour éviter que le virus ne se propage. Ayant été touché relativement récemment par la grippe aviaire et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), Hong Kong peut donner des conseils utiles aux autres pays. La réunion offre une tribune cruciale pour échanger des informations et des idées sur la santé et encourager la collaboration entre les autorités nationales de santé publique (annexe 1).

Le DIRECTEUR GÉNÉRAL félicite la RAS de Hong Kong (Chine) de la rapidité avec laquelle elle a entrepris une action de vaste envergure contre la pandémie de grippe H1N1. Elle dit avoir reçu, d'experts de tous les pays de la Région, des conseils très précieux sur les moyens de faire face à la pandémie, qui est la première véritable mise à l'épreuve du Règlement sanitaire international (2005). Compte tenu notamment de la gravité de la récession économique mondiale, il faut limiter au maximum les perturbations économiques et sociales qu'entraîne la pandémie. La solidarité entre les nations très diverse dont se compose la Région sera un atout pour réduire le plus possible l'impact du virus H1N1 et leur exemple devrait être suivi ailleurs dans le monde. Il remercie les pays qui ont fait don de vaccins contre la pandémie (annexe 2).

Le DIRECTEUR RÉGIONAL, s'exprimant au nom des États Membres de l'OMS, de la Région et de leurs représentants, remercie le Gouvernement de la Région administrative spéciale de Hong Kong (République populaire de Chine) pour son excellente organisation de la soixantième session du Comité régional. Il salue les réalisations de Hong Kong dans les domaines de l'économie et de la santé publique. Il rappelle en outre la façon admirable dont Hong Kong a réussi à endiguer la flambée de SRAS en 2003, succès auquel l'actuel Directeur général de l'OMS a beaucoup contribué. Cette expérience a renforcé le système de santé publique et Hong Kong est maintenant un des fers de lance de la lutte contre les maladies émergentes (annexe 3).

Le PRÉSIDENT du Comité régional (cinquante-neuvième session), le Dr Francisco T. Duque III (Philippines), remercie le Chef de l'exécutif de la Région administrative spéciale de Hong Kong d'avoir ouvert la soixantième session du Comité régional et d'offrir un cadre si propice aux travaux du Comité. Le Comité va examiner, entre autres, deux questions qui revêtent un caractère particulièrement urgent : la crise financière mondiale et son impact sur la santé, et la pandémie H1N1 2009, terme technique par lequel on désigne la pandémie de grippe H1N1 qui sévit actuellement. La RAS de Hong Kong a clairement montré par le passé qu'elle était capable de relever de tels défis. Les réalisations collectives de la Région du Pacifique occidental au cours de l'année écoulée sont encourageantes et il ne doute pas que, grâce à l'esprit de partenariat et à l'engagement dont la Région fait preuve habituellement, la session sera fructueuse et que d'autres progrès seront accomplis dans les prochains mois (annexe 4).

Après la cérémonie d'ouverture, les participants se réunissent à nouveau dans la salle Grand Ballroom, à l'Hôtel Kowloon Shangri-La.

2. OUVERTURE DE LA SESSION : Point 1 de l'ordre du jour provisoire

Le Président sortant, le Dr Francisco T. DUQUE III (Philippines), déclare ouvert la soixantième session du Comité régional du Pacifique occidental.

3. ALLOCUTION DU PRÉSIDENT SORTANT : Point 2 de l'ordre du jour provisoire

Le Président sortant, le Dr Francisco T. DUQUE III (Philippines), s'adresse au Comité (annexe 5).

4. ÉLECTION DU BUREAU : PRÉSIDENT, VICE-PRÉSIDENT ET RAPPORTEURS : Point 3 de l'ordre du jour provisoire

4.1 Élection du Président

Le Dr Masato MUGITANI (Japon) propose que le Dr LAM Ping-Yan (Hong Kong (Chine)) occupe le poste de président ; cette proposition est appuyée par Sir Terepai MAOATE (Îles Cook).

Décision : Le Dr LAM Ping-Yan (Hong Kong (Chine)) est élu à l'unanimité.

Le Dr LAM prend la fonction de président.

4.2 Élection du Vice-président

Le Dr Mark JACOBS (Nouvelle-Zélande) propose que le Dr Kautu TENAUA (Kiribati) occupe le poste de vice-président ; la proposition est appuyée par M. KHAW Boon-Wan (Singapour).

Décision : Le Dr Kautu TANAUUA (Kiribati) est élu à l'unanimité.

4.3 Élection des rapporteurs

Le Dr Suyoi OSMAN (Brunéi Darussalam) propose que Mme Cath PATTERSON (Australie) occupe le poste de rapporteur de langue anglaise ; cette proposition est appuyée par le Dr Francisco T. DUQUE III (Philippines).

Le Dr Ponmek DALALOY (République démocratique populaire lao) propose que le Dr Jean Paul GRANGEON (Nouvelle-Calédonie) occupe le poste de rapporteur de langue française ; la proposition est appuyée par le Dr NGUYEN Quoc Trieu (Viet Nam).

Décision : Mme Cath PATTERSON (Australie) et le Dr Jean-Paul GRANGEON (Nouvelle-Calédonie) sont élus à l'unanimité.

5. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 5 de l'ordre du jour provisoire
(document WPR/RC60/1 Rev.2)

Le PRÉSIDENT appelle l'attention de l'assemblée sur l'ordre du jour provisoire (document WPR/RC60/1 Rev.2) et propose son adoption.

Décision : En l'absence de tout commentaire, l'ordre du jour est adopté.

6. ALLOCUTION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL : Point 6 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR GÉNÉRAL prononce son allocution devant le Comité (annexe 6).

Le Professeur CHEN Zhu (Chine) dit que la pandémie de grippe H1N1 a continué de progresser au cours de l'année écoulée dans un contexte de crise financière mondiale et de changement climatique. La communauté internationale a cependant collaboré pour riposter rapidement dans le but d'endiguer la flambée et de protéger la santé des populations. Il félicite le Directeur général de la façon dont elle a conduit l'intervention d'urgence, qui a renforcé le système de santé de toute la planète. La Chine attache une grande importance à la coopération internationale et reste en contact étroit avec l'OMS et les États Membres. Sur les conseils de l'OMS, la Chine a adapté sa stratégie de prévention et de lutte, ce qui lui a permis de gagner du temps pour mettre au point et produire un vaccin. La Chine est préoccupée par les inégalités dans le domaine de la santé et elle est prête à contribuer aux efforts visant à garantir l'accès au vaccin indispensable partout dans le monde. Lors d'un séminaire organisé récemment par le Ministère de la Santé chinois, l'OMS et la revue *The Lancet*, la Chine a communiqué des résultats d'une étude sur l'efficacité du vaccin anti-H1N1, révélant qu'une dose unique est efficace chez 90 % de la population âgée de 3 à 60 ans. Un programme appliqué à grande échelle en faveur de la population essentielle en Chine a prouvé l'efficacité du vaccin produit dans le pays, et son Gouvernement espère que l'OMS pourra faciliter la présélection de ce vaccin et donner des indications sur son utilisation chez la femme enceinte. Étant donné que le virus peut muter et devenir plus virulent, un plan à long terme est indispensable. Il engage la communauté internationale à soutenir l'OMS par l'échange transparent d'informations dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005). Il est important de développer les moyens qu'ont les pays en développement de répondre à leurs besoins sanitaires et il convient avec le Directeur général qu'il faut intensifier le renforcement des capacités des systèmes de santé pour réduire les inégalités en santé, atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et assurer l'accès universel à des soins de santé primaires axés sur la personne. La réforme des soins de santé engagée en Chine en mars 2009 vise à assurer l'accès universel aux soins d'ici 2020. Il espère que l'OMS pourra promouvoir plus activement encore la santé mondiale.

M. KHAW (Singapour) félicite le Directeur général pour son rôle décisif et sa conduite avisée dans la situation actuelle de la grippe pandémique H1N1. Si l'OMS avait, à tort, ou même à juste titre, mais prématurément, lancé l'alerte à la pandémie, l'économie mondiale aurait pu s'écrouler. En revanche, toute hésitation aurait permis au virus de faire des dégâts qui auraient pu être évités. On ne peut pas arrêter la grippe, mais l'alerte précoce donne la possibilité de ralentir sa propagation et l'afflux soudain de cas dans les hôpitaux et les cliniques. Bien que le virus se soit avéré moins méchant que ce que l'on avait craint à l'origine, un afflux massif de cas mobiliserait des ressources limitées et mettrait en danger des patients souffrant d'autres maladies graves. Même s'il reviendra aux historiens de la médecine d'évaluer l'action mondiale, il semblerait que la première vague de la flambée soit passée dans la Région du Pacifique occidental. Jusqu'à présent, le monde a évité une répétition de la grippe espagnole de 1918 et de la grande dépression de 1929. Mais ni les spécialistes de la santé, ni les banquiers ne peuvent encore déclarer « mission accomplie ». Il y aura une pénurie mondiale de vaccins anti-H1N1 et nombreux sont ceux qui, dans les pays en développement, n'y auront pas accès. Les ministres de la santé doivent se préparer à l'évolution de la pandémie, y compris la possibilité d'une seconde vague plus mortelle. Si le virus reste bénin, le niveau d'alerte actuel devra progressivement revenir à la normale. Le monde se tourne vers l'OMS pour qu'elle l'aide à se diriger au cours de cette pandémie d'une manière humaine et pragmatique.

Le Dr CHOW Yat-ngok York (Hong Kong (Chine)) remercie le Directeur général d'avoir attiré l'attention sur les grands problèmes de santé de la Région du Pacifique occidental. Il remercie également l'OMS et le Bureau régional du Pacifique occidental qui, jouant le rôle de « conscience sanitaire » de la Région, dirigent l'action de santé publique avec l'objectif d'améliorer la santé et la qualité de vie de chaque habitant de la Région. Heureusement, les indices sanitaires de Hong Kong sont parmi les meilleurs du monde, mais des difficultés nous attendent. L'urbanisation et la mondialisation du commerce entraînent les mêmes dangers pour la santé et risques liés au mode de vie pour les peuples des différentes régions du monde, la grippe pandémique en étant un exemple. Les populations vieillissent et demandent des services et des technologies de la santé qui donnent de meilleurs résultats sanitaires. Tous les gouvernements sont confrontés au défi de renforcer les systèmes de santé, mais avec un financement plus durable. Il faut déterminer un niveau de financement qui soit dans les moyens des gouvernements et des citoyens et veiller à ce que les services soient efficaces et rentables, tout en produisant des résultats sanitaires équitables et positifs. En outre, il faut éduquer les citoyens pour qu'ils soient des consommateurs avisés des services de santé et adoptent des modes de vie sains. Il attend un renforcement de la collaboration entre les pays de la Région pour atteindre un niveau encore plus élevé de santé.

Mme Gatoloifaana Amataga Alesana GIDLOW (Samoa) félicite le Directeur général pour son action visionnaire et la remercie d'encourager les femmes dans la profession à améliorer et à réorienter les systèmes de santé dans leurs pays. Elle salue en particulier l'accent mis par le Directeur général sur la santé maternelle et infantile, sur la revitalisation et le renforcement des systèmes de santé par les soins de santé primaires, ainsi que sur le changement climatique et la sécurité alimentaire. Ces activités sont bénéfiques pour de nombreux pays, en particulier les petits États insulaires. Elle félicite l'OMS pour sa gestion de la grippe pandémique H1N1 2009, ainsi que pour ses efforts visant à éviter la propagation de la maladie. Le Samoa demandera à l'OMS de les conseiller pour se préparer à la seconde phase de la pandémie.

M. YOO Young-hak (République de Corée) apprécie les efforts de l'OMS pour s'attaquer aux problèmes pressants auxquels les États Membres sont confrontés, à un moment où les pays du monde entier se débattent contre la crise financière mondiale et la propagation de la nouvelle grippe H1N1. Il y a eu des cas mortels en République de Corée et le virus se propage rapidement. Son pays se tourne vers l'OMS pour avoir les dernières informations qui serviront de référence pour les mesures de lutte à prendre sur le plan intérieur. Il espère que les efforts de l'OMS pour renforcer l'équité dans le domaine de la santé seront fructueux et que d'autres initiatives visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement progresseront.

Le Dr MUGITANI (Japon) déclare que le Directeur général a joué clairement son rôle à la direction de la santé mondiale. La crise financière et la grippe pandémique H1N1 2009 ont eu de profondes répercussions sur le secteur de la santé et tous les secteurs concernés doivent collaborer pour lutter contre ces problèmes mondiaux. Les défis liés à la santé, parmi lesquels le VIH/sida, la tuberculose et les maladies non transmissibles, remettent en cause la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est essentiel d'adopter une approche globale abordant de manière équilibrée les maladies infectieuses, la santé de la mère et de l'enfant et le renforcement des systèmes de santé. Les améliorations de la situation sanitaire dans la Région du Pacifique occidental ont été particulièrement grandes dans les pays où les systèmes de santé ont maintenu des soins de santé primaires efficaces. Pour développer les systèmes de santé, il est en particulier essentiel de renforcer les personnels de santé, l'information sanitaire, la surveillance, ainsi que la recherche et le développement. Le Japon continuera de soutenir l'amélioration de la santé dans la Région du Pacifique occidental en harmonie avec les efforts de l'OMS pour améliorer la santé mondiale.

Mme Jane HALTON (Australie) remercie le Directeur général d'avoir rappelé en temps opportun l'importance de la solidarité et du soutien mutuel, à une époque de crise financière et au moment de la première pandémie depuis 40 ans. Il faut rester vigilant en ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement, le rôle des femmes et, un sujet qui touche à la vie quotidienne des peuples du Pacifique occidental, le changement climatique. Elle souligne les observations faites sur le H1N1 par le représentant de Singapour et remercie le Directeur général pour leadership, ainsi que pour sa volonté de consulter des experts et de prendre leur avis. L'Australie a été très rapidement touchée par la pandémie. À ce jour, on y recense 172 décès, 300 patients sont en soins intensifs et il y a eu 36 000 cas diagnostiqués. La pandémie a mis les plans d'action de l'Australie au banc d'essai et a révélé les points forts et les points faibles du système de santé au moment où il fallait mettre la théorie en pratique. Les connaissances ressortant de l'expérience sont un rappel salutaire de la nécessité de rester vigilant. Elles suscitent aussi la confiance des pays pour qu'ils travaillent en équipe. Rappelant la nécessité de faire preuve de solidarité, l'Australie donnera, en priorité aux pays du Pacifique occidental, 10 % des 21 millions de doses de vaccin qu'elle a achetées. La pandémie n'est pas terminée, mais une attitude de coopération en atténuera les effets.

M. Philippe DUNOYER (France) déclare que son pays partage la vision du Directeur général en ce qui concerne l'amélioration des systèmes de santé et la félicite pour son intervention qui est une source d'inspiration. La Nouvelle Calédonie a été sévèrement frappée par la grippe pandémique H1N1 à un stade précoce, mais elle a tiré des leçons utiles de l'expérience de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, lui permettant d'améliorer son action. Bien que neuf personnes soient mortes, la population a gardé son calme. Afin de parvenir à une plus grande équité à l'échelle mondiale, la France a décidé récemment de donner à l'OMS 10 % des 94 millions de doses de vaccin qu'elle va acheter, pour les distribuer dans les pays en développement. Cela sera sa modeste contribution aux efforts mondiaux pour lutter contre la pandémie.

M. LIOW Tiong Lai (Malaisie) déclare que Hong Kong (Chine) et le monde sont fiers de l'engagement actif du Dr Chan dans la lutte contre la pandémie. Elle a montré qu'elle se préoccupait de chaque État Membre en décidant de leur porter une assistance individualisée, comme par exemple en envoyant une équipe pour aider les ministères de la santé de son pays à traiter la pandémie à son pic. Il espère que cet appui se poursuivra et demande en outre que l'OMS veille à l'échange entre les États Membres des informations sur les effets secondaires que le vaccin pourrait avoir et sur toute mutation éventuelle du virus.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) déclare que la grippe pandémique H1N1 représente une réelle menace pour son pays. Le programme de sensibilisation a eu des effets nuisibles sur le tourisme dont son pays dépend et il demande si cette inquiétude se justifie, compte tenu de la faible virulence du virus. La véritable préoccupation des petits États insulaires est leur vulnérabilité au changement climatique provoqué par d'autres pays. Pour son pays, le coût pour éviter la propagation du virus H1N1 est trop élevé, en particulier dans le contexte de la crise économique mondiale.

Le DIRECTEUR GÉNÉRAL remercie les représentants pour leurs observations et souligne l'importance de la coopération et d'un débat ouvert au Sommet des Nations Unies sur les changements climatiques qui doit se tenir à New York le 22 septembre 2009. Les petits pays insulaires de la Région du Pacifique occidental et les pays en développement d'autres régions souffrent déjà des premières conséquences d'un changement climatique auquel ils ont peu contribué. Pourtant, certains scientifiques refusent encore de reconnaître l'existence de cet événement. Le changement climatique a des conséquences négatives pour la santé, avec

l'accroissement de l'incidence ou l'apparition de la dengue et du paludisme, une plus grande prévalence des maladies diarrhéiques et du choléra dus aux inondations et à la contamination de l'eau, et une diminution de la production alimentaire à cause des pénuries d'eau. La diminution de la sécurité alimentaire est également une conséquence directe du changement climatique. Dans certains pays africains où la malnutrition est déjà courante, la production alimentaire va baisser dans les 10 à 20 prochaines années et de nombreux pays du Pacifique occidental seront également affectés.

Elle prend note des inquiétudes exprimées par les représentants à propos de l'absence de progrès sur les quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement, diminution de la mortalité de l'enfant et amélioration de la santé maternelle, et l'OMS travaille avec les Nations Unies et d'autres partenaires du développement pour veiller à ce que ces questions soient dûment prises en compte.

Elle remercie les partenaires du développement pour leur engagement dans la lutte mondiale contre le paludisme et indique que les lits vides dans les services hospitaliers soignant les enfants souffrant de paludisme en République-Unie de Tanzanie, à Zanzibar et en Ouganda sont un signe de progrès.

La Consultation de haut niveau sur la crise financière et économique et la santé dans le monde, en janvier 2009, organisée juste avant la réunion du Conseil exécutif, a été convoquée pour souligner l'importance d'éviter les erreurs commises il y a 30 ans, lors de la crise pétrolière et financière. Le but de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 », fixé à la Conférence internationale d'Alma-Ata, sous les auspices de l'OMS et de l'UNICEF, a été remis en cause parce que de nombreux pays demandant de l'aide aux institutions financières ont été obligés de procéder à des ajustements structurels qui ont imposé de réduire les services sociaux, dont l'éducation et la santé. La faiblesse de nombreux systèmes de santé actuels est un héritage direct de ces réductions des services sociaux.

Elle prend acte de l'engagement de nombreux gouvernements de faire des investissements « contre-cycliques » plutôt que de réduire les services sociaux ; l'Allemagne, l'Australie, la Chine, les États-Unis d'Amérique, la France et le Japon maintiennent leur engagement en matière d'aide officielle au développement et essaient aussi d'instaurer, sur le plan intérieur, des mesures de stimulation. Elle espère que le prochain Sommet du G20, qui se tiendra en Pennsylvanie les 24 et 25 septembre 2009, se conclura par l'annonce d'une amélioration de la situation économique. Elle invite les gouvernements à ne pas diminuer le financement de la santé, une démarche qui remettrait en cause tous les acquis obtenus dans la réalisation des OMD ces dernières années et pourrait empêcher certains pays de les atteindre.

Elle prend acte également des remerciements des États Membres pour l'action menée par l'OMS pour les aider à relever le défi de la grippe pandémique H1N1 2009 et leur transmet en retour ses remerciements pour le courage et la détermination dont ils font preuve. La révision du Règlement sanitaire international (2005) qui énonce clairement les obligations des États Membres et celles du Secrétariat, et les discussions qui s'y rapportent, ont abouti à une plus grande transparence et à la notification plus rapide des cas, et ont favorisé l'échange des virus grippaux. La flambée de grippe A(H5N1) a été porteuse de précieux enseignements et les plans nationaux de préparation à une pandémie ont été éprouvés et améliorés, ce qui a permis de mieux gérer la pandémie H1N1 2009. Les centres nationaux de la grippe ont joué un rôle essentiel en aidant à la collecte d'échantillons pour l'évaluation des risques à l'échelle mondiale. Elle rend hommage à la détermination des États Membres à échanger les virus grippaux et à la contribution des

centres collaborateurs de l'OMS d'Australie, du Japon, du Royaume Uni et des États-Unis d'Amérique. Elle reconnaît la contribution des États-Unis d'Amérique tant dans la lutte contre la pandémie à l'intérieur de leurs frontières que dans l'aide apportée aux pays en développement par la fourniture à plus de cent laboratoires de l'OMS de matériel de laboratoire, de tests diagnostiques et de réactifs.

Se référant au commentaire du représentant des Îles Cook sur la dépendance économique de son pays à l'égard du tourisme, elle fait remarquer que le Canada, le Mexique et les États-Unis d'Amérique ont été parmi les pays les plus touchés par la pandémie et que le Mexique, en particulier, a souffert d'une brusque récession de son activité touristique. L'OMS n'a pas recommandé de fermer les frontières ni de restreindre la circulation des biens et services. Le virus H1N1 se propage rapidement mais la plupart des personnes touchées en guérissent totalement. L'OMS a veillé tout particulièrement à publier régulièrement des déclarations responsables mais elle n'a pas été en mesure de maîtriser la façon dont d'autres organismes ont interprété et présenté ces déclarations.

Pour l'avenir, l'OMS a obtenu des fabricants de vaccins qu'ils s'engagent à fournir 150 millions de doses de vaccin contre la grippe A(H1N1). Les Nations Unies et l'OMS collaborent pour obtenir des fonds pour acquérir 150 millions de doses supplémentaires. L'Australie, le Brésil, la France, l'Italie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, la Suisse, le Royaume Uni et les États-Unis d'Amérique ont fait don de 10 % de leurs stocks de vaccins à des pays en développement et elle remercie ces États Membres pour ce geste de solidarité. Avec ces 300 millions de doses de vaccin antigrippal et la contribution de ces neuf États Membres pour 10 % supplémentaires, il devrait y avoir suffisamment de doses de vaccins contre la grippe A(H1N1) pour couvrir au moins 15 % de la population des pays en développement. Elle renouvelle sa promesse de continuer à travailler en faveur des pays en développement et de veiller à ce qu'ils reçoivent toute l'aide que l'OMS et d'autres États Membres pourront leur apporter.

Le Directeur général prend bonne note de la remarque de la représentante de l'Australie sur son rôle de direction et de consultation et lui exprime ses remerciements pour la contribution de son pays. Elle assure les États Membres que le Secrétariat suit de près l'évolution des situations sanitaires nationales et est prêt à élargir son champ d'action à tous les pays qui éprouvent des difficultés. Récemment, l'OMS, avec le soutien des laboratoires Roche et GlaxoSmithKline et de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est, a envoyé des antiviraux à 121 pays en développement et notamment à tous les pays en développement de la Région du Pacifique occidental. Lorsque les 5,6 millions et les 2 millions de doses données prochainement, respectivement par Roche et par GlaxoSmithKline, seront livrées, elles seront envoyées directement aux pays en développement qui auront ainsi les moyens de s'attaquer de front à cette pandémie.

Elle fait remarquer que personne parmi les professionnels actuellement en fonctions, à l'exception de quelques-uns dans les États Membres, n'a eu de première expérience dans la gestion d'une pandémie. Il est donc impératif de discuter ensemble et de prendre des décisions collectives pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Le Règlement sanitaire international (2005) définit clairement les obligations de toutes les parties et, même si l'OMS n'impose aucune restriction dans les déplacements, elle s'est engagée à prendre les mesures nécessaires pour assurer une gestion efficace et obtenir les meilleurs résultats possibles pour les États Membres dans l'éventualité d'une crise sanitaire.

En conclusion, le Directeur général prie instamment les États Membres de veiller en priorité à fournir rapidement des traitements dans les hôpitaux et les centres de santé qui devront faire face à un afflux de

cas. Les contrôles aux frontières et les mesures de quarantaine sont importants pour ralentir la propagation du virus mais ils ne suffiront pas à la stopper totalement. Les services médicaux doivent être les premiers à bénéficier d'une aide afin de pouvoir offrir rapidement des traitements efficaces.

Les communications sur la pandémie sont extrêmement importantes et les échanges d'informations doivent être confiés aux départements techniques plutôt qu'aux politiciens. Conformément aux stipulations des autorités de réglementation pharmaceutique, tous les vaccins ont été soumis à des essais portant sur la qualité et l'innocuité. Pourtant, il n'existe aucun essai clinique, aussi approfondi soit-il, qui pourra mettre en évidence les effets secondaires extrêmement rares susceptibles de survenir. L'OMS doit aider les États Membres à mettre en oeuvre leurs programmes de vaccination et à assurer le suivi et l'évaluation qui suivent les campagnes de vaccination. Il est absolument primordial de mener rapidement une enquête sur des effets secondaires inhabituels pour découvrir s'ils sont imputables au vaccin ou survenus par coïncidence, et de partager les résultats. Une mauvaise interprétation par le grand public de tout décès lié à un vaccin, par suite d'une mauvaise information, peut porter préjudice à de nombreux programmes de vaccination et mettre en danger la vie des enfants exposés à des maladies pouvant être évitées par la vaccination.

Elle assure au représentant de Singapour que le Secrétariat examinera sa remarque sur la nécessité pour l'OMS de guider les actions tout au long de la pandémie. Elle est convaincue que l'OMS a la responsabilité de produire en temps opportun des déclarations appropriées sur les crises sanitaires potentielles, tant pour remplir sa mission que pour donner aux États Membres les moyens d'agir dans de telles circonstances.

7. ALLOCUTION ET RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL : Point 7 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/2)

Le DIRECTEUR RÉGIONAL commence par exprimer l'honneur qu'il ressent à s'adresser au Comité régional à l'occasion de sa soixantième session et à présenter le rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental pour la période de juillet 2008 à juin 2009.

Il fait remarquer que le nombre 60 est particulièrement important, en particulier en Asie. Dans la tradition confucéenne par exemple, la soixantième année marque la fin d'un cycle de vie et le début du suivant. Indépendamment de sa conviction personnelle, à la lecture de ce rapport et des rapports qui précèdent, il est clair qu'au fil de ces soixante années, la Région du Pacifique occidental a réalisé d'incroyables progrès dans le domaine de la santé et il est fier d'avoir à conduire les États Membres vers d'autres accomplissements.

Sous les auspices de cette soixantième session du Comité régional, qui marque également sa première session en tant que Directeur régional, il exprime ses remerciements aux autorités de la RAS de Hong Kong pour avoir invité trois anciens Directeurs régionaux – le Dr Hiroshi Nakajima, le Dr S.T. Han et le Dr Shigeru Omi. Ce dernier n'a malheureusement pas pu se joindre au Comité mais c'est vraiment un honneur que deux anciens Directeurs régionaux soient présents.

En balayant la salle de conférence du regard, le Directeur régional dit reconnaître de nombreux visages familiers. Ceux qu'il a rencontrés, représentants comme lui, à des sessions précédentes du Comité régional, à l'Assemblée mondiale de la Santé et au Conseil exécutif. D'autres, rencontrés plus récemment lors de ses visites dans bon nombre des 37 États et Territoires qui constituent la Région du Pacifique occidental, la Région la plus vaste et la plus diversifiée de toutes les Régions de l'OMS. D'autres encore qu'il espère rencontrer au cours de cette session et dans les semaines et les mois à venir.

Il dit que l'ordre du jour de cette session va, sans aucun doute, donner lieu à des discussions très fructueuses. Mais tout d'abord, au-delà de son rapport annuel, et suivant une tradition instaurée par d'autres Directeurs régionaux à leur première session, il exprime son souhait de faire partager sa vision du futur, une vision qu'il s'est forgée tout au long de trente années de travail dans la santé publique et au fur et à mesure de consultations approfondies auprès des États Membres.

Il fait remarquer que cette soixantième session survient à un moment de grandes difficultés. À la une, les journaux annoncent la propagation d'une pandémie grippale, l'augmentation des maladies non transmissibles et l'impact inévitable sur la santé du changement climatique. Et tous ces phénomènes se déroulent sur fond de crise économique mondiale qui entraîne une forte réduction des ressources et expose les groupes vulnérables comme les femmes et les enfants à des risques accrus de mauvaise santé.

Mais tout défi ouvre souvent une porte sur de nouvelles perspectives. À aucun autre moment dans l'histoire, nous avons eu une telle conscience de la nécessité de protéger la santé et jamais à ce point il n'a été exigé des gouvernements qu'ils agissent en faveur de la santé. Les difficultés imposent aux responsables de la santé publique de tirer le meilleur parti possible des ressources limitées et incitent également d'autres secteurs à prendre des mesures radicales en faveur des politiques du développement capables de protéger la santé et d'améliorer la qualité de la vie.

Il y a plus de sept mois, il a pris son poste au Bureau régional avec une simple mallette à la main – pas d'équipe de transition ni d'entourage. Il était parfaitement conscient de la tradition d'efficacité de la direction au Bureau régional du Pacifique occidental. La Région a joué un rôle moteur dans de nombreux problèmes de portée mondiale comme la polio, le SRAS, la grippe aviaire, le tabagisme et la tuberculose. Toutefois, son élection a marqué une rupture dans la tradition puisque pour la première fois dans l'histoire de la Région, le poste de Directeur régional a été attribué à quelqu'un qui ne faisait pas partie du personnel de l'OMS. Bien entendu, par son statut de personne extérieure à l'Organisation, il a dû relever un certain nombre de défis – depuis l'apprentissage des rouages des systèmes administratifs et financiers de l'Organisation jusqu'à la nécessité de se mettre au diapason de ses différents programmes techniques.

Mais le fait de venir de l'extérieur présente également des avantages, notamment celui d'apporter un éclairage nouveau. La mission de l'Organisation — permettre à tous d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible — n'a pas changé. Mais son mode d'organisation et de fonctionnement doit continuer d'évoluer si nous voulons relever les défis qui se présentent à nous. Avant d'entrer en fonction, il avait consulté de nombreux États Membres quant à la meilleure manière de réaliser la mission de l'OMS. Et il était on ne peut plus clair que la prestation de services aux États Membres devait être plus efficace.

Les Ministres de la Santé des pays insulaires du Pacifique réunis à Madang (Papouasie-Nouvelle-Guinée) avaient dit exactement la même chose. Comme lui, ils estimaient que l'encadrement et l'appui de l'OMS doivent viser ceux qui en ont le plus besoin.

Après cette réunion, il avait entrepris un voyage de 10 heures à travers la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour se rendre dans une zone reculée de ce pays, un voyage que le bureau de la sécurité des Nations Unies avait hésité à approuver. Accompagné du Secrétaire à la Santé de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, il s'était rendu dans un village sans eau propre ni autres produits et services de première nécessité. Et il s'était alors demandé comment changer les choses dans de tels lieux.

Cette question l'avait hanté lors de tous ses déplacements, sur les hauts plateaux, dans la plaine du Mékong, dans les banlieues démunies et sur les atolls du Pacifique. Car si l'OMS ne contribue pas à l'amélioration de la santé des déshérités, elle est peut-être en train de perdre ses repères.

L'OMS doit relever de nombreux défis pour réaliser sa mission dans le contexte actuel mais celui-ci présente néanmoins un certain nombre de possibilités. Les cinq prochaines années seront décisives, notamment à l'approche de l'échéance de 2015 fixée pour les engagements de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies. De nombreux pays de la Région du Pacifique occidental ont fait de grands pas vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) mais des obstacles subsistent, notamment dans le cas des quatrième et cinquième objectifs, sur la santé de l'enfant et la santé de la mère respectivement. Ces deux objectifs ne pourront être atteints qu'en réorientant nos actions et repensant nos approches.

C'est ce qu'il s'était dit lors d'une mission en République démocratique populaire lao, au mois de juin. Accompagné du Ministre de la Santé et de plusieurs autres fonctionnaires, il s'était rendu dans des villages reculés pour voir quelles mesures pourraient être prises pour y enrayer la mortalité de la mère et de l'enfant. L'équipe avait rencontré des responsables locaux, des agents de santé bénévoles et, surtout, de futures mères. Il ne faisait aucun doute qu'un système de santé primaire revitalisé, doté de programmes dans les villages et d'un système d'orientation-recours efficace permettant d'assurer la continuité des soins, pourrait sauver la vie de nombreuses mères et de nombreux enfants.

La mise en place d'un tel système dépendait avant tout de la volonté du gouvernement et de la mobilisation politique. L'OMS pourrait appuyer ce type de modèle, en partenariat avec des banques de développement, des organisations des Nations Unies et des organismes donateurs bilatéraux. L'adoption d'approches novatrices, la mobilisation et le leadership sont essentiels pour améliorer la situation, en matière de santé de la mère et de l'enfant mais également au titre de tous les objectifs du Millénaire pour le développement.

Les maladies émergentes et réémergentes continueront d'être importantes. La grippe pandémique H1N1 2009 nous rappelle le besoin de rester vigilants et prêts à intervenir. La Région du Pacifique occidental, à l'épicentre de la lutte contre le SRAS et la grippe aviaire, est bien préparée pour faire face à la grippe H1N1. Cette situation est le fruit des intenses efforts déployés par les États Membres de la Région pour réviser et mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) et élaborer et exécuter la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (SMEAP). Une séance d'information technique sur la pandémie de grippe et un débat sur la SMEAP sont prévus pour cette semaine.

Parallèlement, d'autres nouvelles menaces ont été abordées, notamment l'impact du changement climatique sur la santé. Qu'il s'agisse de renforcer les capacités de riposte à des catastrophes naturelles ou d'affronter la réémergence de menaces telles que la dengue, l'OMS a continué d'aider les États Membres à répondre aux urgences et risques de santé publique.

Le développement alarmant des maladies non transmissibles a été particulièrement préoccupant. La réduction des facteurs de risque associés et la promotion de modes de vie et de comportements sains continuent d'être au coeur de nos travaux, comme l'illustre le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental que nous examinerons en cours de semaine.

Il est généralement admis que les comportements individuels sont fortement influencés par l'environnement social, économique et physique. Les programmes sur les environnements sains tels que les projets Îles-santé et Villes-santé se sont avérés très efficaces pour prôner la modification des environnements pour protéger et promouvoir la santé des personnes et des collectivités. À l'avenir, ces programmes pourraient représenter une part importante de la stratégie mise en oeuvre par l'Organisation pour mener ses travaux dans les pays.

Qu'il s'agisse d'atteindre les OMD, de contrer les menaces telles que les maladies émergentes et réémergentes ou de réduire la charge des maladies non transmissibles, les systèmes de santé des pays doivent être renforcés. Et cela dépendra du développement socioéconomique et du maintien de la volonté politique. Chaque pays est différent à cet égard mais si les efforts peuvent être axés sur les valeurs essentielles des soins de santé primaire, les chances d'atteindre les populations déshéritées et vulnérables pourraient être maximisées.

Le Directeur régional a précisé que, bien qu'ayant évoqué quatre importants domaines de travail, l'OMS continue d'accorder une grande importance à l'ensemble des questions de santé publique. L'Organisation tient résolument à maintenir son excellence technique et son rôle directeur dans la protection et la promotion de la santé dans la Région.

Pour mieux servir ses États Membres, le Bureau régional a engagé une réforme ambitieuse qui analysera d'un oeil critique le mode de fonctionnement de l'Organisation, sans hésiter à changer les choses si nécessaire. Il a mené de vastes consultations avec les agents des bureaux régional et nationaux et a recensé quatre domaines d'intervention clés : premièrement, comment renforcer le leadership et les partenariats ; deuxièmement, comment maintenir et développer la capacité de mobilisation des ressources ; troisièmement, comment disposer des meilleurs agents pour obtenir les résultats escomptés ; et quatrièmement, comment élaborer de nouvelles méthodes de travail pour réaliser la mission de l'Organisation.

Au cours de la décennie écoulée, les questions de santé publique sont devenues l'une des toutes premières priorités de la communauté internationale et la santé publique a généralement suscité un grand intérêt. L'OMS a donc dû trouver des moyens novateurs pour maintenir son leadership et renforcer les partenariats dans un environnement en rapide évolution.

Un quart seulement du budget de l'Organisation est financé par les contributions fixées, les trois quarts restants provenant de contributions volontaires imprévisibles et en majorité réservées. Il importe donc de renforcer la mobilisation des ressources pour appuyer pleinement le travail de l'OMS.

L'excellence de l'Organisation dépend de celle de son personnel. Les autres efforts de réforme ont dû être étayés par le ferme engagement d'investir de manière rationnelle dans le recrutement, le développement et la fidélisation des meilleurs agents possibles.

La réforme de l'encadrement s'est accompagnée de la recherche de nouveaux modes de gestion des ressources visant à maximiser leur impact. Il faudra pour cela démanteler les filières de gestion compartimentées de l'Organisation pour fournir des programmes pluridisciplinaires et transversaux. Il faudra également se tourner activement vers les pays et au-delà, jusqu'aux villages si nécessaire, pour apporter la santé à ceux qui en ont le plus besoin.

Le Directeur régional a expliqué qu'il a créé un nouveau poste de directeur chargé du processus de réforme, qui couvre les quatre domaines préalablement mentionnés. Cette tâche ne sera pas facile mais il s'est dit résolu à mener un processus propre à atteindre les objectifs de l'Organisation.

Pour terminer, le Directeur régional s'est à nouveau demandé si nous pouvons changer les choses là où elles doivent le plus changer. Dans l'environnement complexe et incertain qui est le nôtre, l'OMS s'est engagée à mieux servir les pays de la Région en réformant son mode d'organisation et de fonctionnement.

L'Organisation a la possibilité de jouer un rôle moteur en matière de santé publique, de tirer le meilleur parti des ressources limitées dont elle dispose et de s'engager là où elle peut changer le cours des choses. Le Directeur régional s'est félicité d'avance à la perspective de recevoir le soutien du Comité régional pour poursuivre l'objectif de l'Organisation et permettre ainsi à tous les habitants de la Région d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible.

M. Sasa Zibe (Papouasie-Nouvelle-Guinée) a estimé que le rapport détaillé du Directeur général présentait clairement un objectif correspondant à ceux définis dans le plan directeur et la stratégie à moyen terme de son pays. Il constituera un outil précieux pour évaluer le travail des pays au cours de la période en question. Selon une récente revue de la documentation réalisée dans le cadre de la préparation de son plan sanitaire pour la période 2011-2020, l'absence de priorités définies a abouti à des résultats irréguliers dans la résolution des principaux problèmes sanitaires de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Malgré un généreux concours extérieur, son pays continue d'éprouver des difficultés à renforcer son système sanitaire et à développer les capacités nécessaires pour fournir des services de santé de qualité. La vision du Directeur général contribuera sans aucun doute à la mise en oeuvre dans les petits pays de nombreux programmes bénéficiant d'un financement externe. Pourtant, il est préoccupé par le fait que la mise en oeuvre de programmes parallèles par des partenaires du développement risque de fragiliser les capacités locales. Il espère que ce risque sera évité, que l'on obtiendra les résultats escomptés et que les acquis seront préservés.

M. Moses KAHU (Vanuatu) prend acte des questions mises en relief dans le rapport dont il loue hautement le caractère exhaustif. Il félicite le Directeur régional pour les initiatives qu'il a prises dès son entrée en fonction en tant que nouveau directeur, et notamment sa visite à Vanuatu qui a été l'occasion d'échanges fructueux au sujet d'importantes questions sanitaires. Partageant avec le Directeur régional la ferme détermination d'agir dans des domaines tels que les soins de santé primaires, l'instauration d'Îles-Santé et le renforcement des systèmes de santé, Vanuatu se félicite de travailler avec lui et avec son personnel à l'amélioration et à l'expansion de la prestation de services de santé à sa population.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook), reprend à son compte les propos du Directeur régional, exprime ses remerciements au Gouvernement de Hong Kong pour avoir invité trois anciens Directeurs régionaux, dont les services rendus à la Région – et au monde – méritent d'être officiellement reconnus. Il poursuit en affirmant son plein soutien au rapport du Directeur régional, qui soulève des points importants à considérer. L'engagement au plus haut niveau et l'implication de tous pour voir se concrétiser les OMD, qui accordent une priorité égale au développement socioéconomique et au développement infrastructurel, sont d'une importance vitale. Pour parvenir à atteindre ces objectifs, l'assistance des institutions de financement et des bailleurs de fonds partenaires est un élément clé. On ne saurait non plus sous-estimer les bienfaits d'une approche plurisectorielle.

Dr CHOW (Hong Kong (Chine)) souscrit à la liste des domaines définis comme prioritaires dans le rapport du Directeur régional. Ainsi que l'a démontré la flambée pandémique de la grippe H1N1 2009, la consolidation des plans d'intervention et de préparation à des urgences de santé publique est au premier rang des priorités, y compris à l'échelle internationale. Le renforcement des soins de santé primaires et la collaboration avec d'autres secteurs représentent d'autres aspects importants de la santé publique à propos desquels il sera heureux de recevoir des orientations de la part du Directeur régional. Pour sa part, son Gouvernement met l'accent sur la prévention qu'il considère comme déterminante pour assurer des soins de santé primaires; il a offert à des segments de la population à risque des services de vaccination gratuits ou fortement subventionnés contre la grippe saisonnière et d'autres infections ; il achète également pour cette même population le vaccin contre la grippe pandémique H1N1 2009 et il a augmenté ses dépenses en faveur des services de santé publique, malgré la récession économique actuelle. En bref, les domaines prioritaires définis dans le rapport exigent la prise de mesures réalistes, applicables et abordables, sans parler du courage et de l'engagement politiques nécessaires pour traduire les plans en actes. À cet égard, il se félicite de pouvoir s'engager dans une collaboration renforcée avec les États Membres.

Dr YOO (République de Corée), faisant l'éloge du remarquable travail effectué par le Bureau régional, fait observer que bon nombre des plans établis par la nouvelle Direction sont déjà au stade de la mise en oeuvre. Cela étant, les immenses efforts déployés pour atteindre les OMD, en particulier le quatrième et le cinquième, qui sont de créer des « villes-santé » et de renforcer les soins de santé primaires, porteront indubitablement leurs fruits, en dépit des événements contraires tels que la crise financière mondiale et la propagation du virus (H1N1) 2009. Son pays donne sa pleine adhésion à ces efforts et assure de sa coopération dans les actions qui seront menées pour renforcer les capacités sanitaires dans la Région.

La séance est levée à 17 h 15.

ANNEXE 1

**ALLOCUTION DE M. DONALD TSANG, CHEF DE L'EXÉCUTIF
DE LA RÉGION ADMINISTRATIVE SPECIALE DE HONG KONG
À LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

C'est pour nous un honneur d'accueillir le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental à l'occasion de sa soixantième session. Je vous adresse mes chaleureuses salutations de bienvenue, en particulier à vous qui avez parcouru de grandes distances pour venir jusqu'ici.

Le Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental offre une importante tribune aux ministres et spécialistes de la santé de toute la région. La session de cette année revêt une importance particulière. Il y a six mois à peine, un jeune garçon de Mexico se plaignait de se sentir mal, présentant des symptômes de la grippe. C'était le premier cas de grippe porcine H1N1 confirmé. Le garçon s'est rétabli depuis, mais en très peu de temps le virus s'est étendu sur presque toute la planète. Les taux d'infection et de mortalité continuent de croître.

Nous sommes reconnaissants envers l'OMS d'avoir réagi rapidement en élevant ses niveaux d'alerte et en promouvant la communication au sujet du virus. A Hong Kong, le Plan d'intervention en cas d'urgence est en place depuis le 1er mai. Nous avons pris toutes les mesures de précaution nécessaires pour empêcher la propagation du virus au point même d'avoir été parfois accusés d'en faire trop. Ayant tiré les enseignements des récents épisodes de grippe aviaire et de SRAS, le gouvernement ne prend, et est résolu à ne prendre, aucun risque.

Dès le départ, nous avons adopté une politique de transparence complète. Nous notifions chaque cas confirmé d'infection à H1N1. Nous expliquons au public les évolutions de notre protocole thérapeutique et, nous avons communiqué à chaque école, chaque institution, comment on peut éviter la maladie et comment ralentir la propagation du virus. Jusqu'à maintenant nous avons convaincu la population que nous maîtrisons le problème et il n'y a eu aucune panique dans la communauté. Nous avons regagné leur confiance et nous pouvons déclarer en toute certitude que notre ville est sûre. Mais nous restons vigilants. Nous ne relâcherons jamais l'attention.

Nous nous félicitons de travailler avec l'OMS et nos voisins de la région pour enrayer l'épidémie. Compte tenu de notre expérience acquise lors de la grippe aviaire et du SRAS, je suis convaincu, et je ne doute pas que notre précédent Directeur de la santé, le Docteur Margaret Chan, en sera d'accord, que Hong Kong a beaucoup à apporter en ce qui concerne la lutte contre la grippe H1N1.

Cependant, plusieurs autres questions sanitaires d'importance réclament aussi notre attention. Je citerai, entre autres, le financement des soins de santé et la réforme à mettre en place pour la prise en charge d'une population vieillissante. Il y a également l'apparition de nouvelles techniques à considérer, l'augmentation des coûts de la santé et les effets de la crise financière mondiale sur la capacité de notre économie de continuer à

Annexe 1

maintenir des services de santé publique de premier ordre. C'est un problème auquel chaque pays et territoire développé est confronté.

Cette session nous offre donc une précieuse occasion d'échanger nos informations et nos idées sur des questions qui nous préoccupent tous. Elle peut aussi servir à stimuler la collaboration entre les autorités sanitaires nationales dans la promotion de meilleures politiques et pratiques de santé publique. La mondialisation allant croissant, la coopération régionale et internationale entre administrations publiques de la santé demeure notre arme principale pour combattre l'extension des maladies infectieuses au-delà des frontières.

C'est en 1992 que Hong Kong avait accueilli les délégués à une session de ce Comité régional la fois précédente. Nous sommes heureux de vous souhaiter à nouveau la bienvenue cette année. Je souhaite à tous les délégués et participants des débats fructueux et un agréable séjour à Hong Kong.

ANNEXE 2

ALLOCUTION DU DR MARGARET CHAN, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, À LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL

C'est pour moi un grand plaisir que de revenir dans ma ville. Cette visite coïncide néanmoins avec une nouvelle flambée épidémique qui, cette fois, sévit à l'échelle mondiale. À ce propos, permettez-moi de remercier le Chef de l'Exécutif de Hong Kong, M. Donald Tsang, pour sa gouvernance. Monsieur Tsang, je regarde de loin de que fait Hong Kong, et j'apprécie à sa juste valeur le fait que vous avez su donner l'impulsion indispensable pour que Hong Kong oppose une réaction extrêmement rapide et efficace à l'arrivée de la pandémie de grippe. La population, les professionnels de la santé, les scientifiques de Hong Kong, de pair avec les employés de la fonction publique, tous ont répondu présents pour combattre ensemble un danger susceptible de se propager rapidement. Vous l'avez dit, ce virus bouge très vite. On le trouve aujourd'hui aux quatre coins de la planète. Il faut généralement six mois à un virus pour faire le tour du monde. Il a fallu à celui-ci six semaines. Il n'est donc pas exagéré de dire qu'il est rapide. Mais le genre de rapidité dont Hong Kong a fait preuve en mettant sur pied son intervention de portée générale est aussi celle qu'il faudra absolument avoir dans les mois qui viennent, ici et partout ailleurs dans le monde.

Lorsque l'OMS a annoncé le commencement de la pandémie en juin, l'attention s'est tout de suite portée sur la grippe saisonnière d'hiver dans l'hémisphère Sud car c'est elle qui nous indiquerait comment la pandémie pourrait évoluer. Dans cette Région, le signalement de cas par les pays a été un modèle de rapidité, d'ouverture, de communication constante avec le public et avec les médias, ainsi que de partage généreux, très généreux de l'information avec la communauté internationale. Et pour cela, le Dr Shin, je tiens à vous remercier, vous et votre prédécesseur, pour avoir réussi à établir une région très soudée au sein de l'Organisation mondiale de la Santé.

Au plus fort de la flambée, les experts de vos pays, tout en travaillant très intensivement, ont encore trouvé le temps de m'informer, de participer à des groupes de réflexion et de contribuer aux échanges des réseaux virtuels de l'OMS. Ces réseaux ont été créés pour suivre l'évolution des dimensions cliniques, épidémiologiques et virologiques de la pandémie.

La deuxième vague de l'épidémie débute maintenant, mais son suivi s'étaye sur un corpus solide d'observations et de données scientifiques. Cela, aussi, est un accomplissement admirable réalisé en cinq mois à peine après l'identification du nouveau virus H1N1. Au tout début de la pandémie, les médecins de pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande ont contribué à alerter le monde et à l'avertir que ce problème-là justifierait des mesures de préparation supplémentaires. Bien entendu, tandis que nous entrons dans la deuxième phase de la pandémie, beaucoup de pays de cette Région, dont la Chine, Hong Kong (Chine), Singapour, le Japon, et la liste n'est en aucun cas exhaustive, ont communiqué des informations extrêmement importantes au monde entier.

Annexe 2

Ainsi que nous commençons à le voir aujourd'hui, les unités de soins intensifs et les salles d'urgences seront celles qui ressentiront le plus le « coup de feu » et la pression imposés par la pandémie. Même si le tableau clinique général demeure très rassurant, les autorités sanitaires s'inquiètent de plus en plus de cas de personnes, appartenant à un segment limité de la population qui, soudainement et très rapidement, tombent très malades, généralement le cinquième ou sixième jour après l'apparition des symptômes. L'évolution clinique de leur état peut se détériorer, passant d'une fonction respiratoire normale à une insuffisance respiratoire sévère en moins de 24 heures. La possibilité de sauver ces vies dépend de la rapidité de l'accès à des soins très spécialisés dans des services également très spécialisés. Bien que le nombre de cas de cette espèce soit encore faible à ce jour, il est sage d'anticiper un surcroît de travail des unités de soins intensifs à mesure que de plus en plus de malades contracteront le virus.

La recherche conduite dans cette Région nous aide à comprendre comment il faut traiter nos malades et nous a aussi donné les toutes premières pistes pour déterminer ce qui peut influencer sur le risque de voir la grippe se transformer chez un individu en maladie grave. Vous nous avez aussi aidés à sensibiliser l'opinion internationale quant au risque accru de maladie sévère que courent les populations autochtones.

Cette pandémie nous donne l'occasion de tester pour la première fois notre véritable capacité, à nous, acteurs de la communauté internationale, d'agir ensemble dans le cadre du Règlement sanitaire international révisé. Je pense que nous nous en tirons bien. Nous parvenons également, je crois, à maintenir au plus bas niveau possible les perturbations économiques et sociales, associées à la pandémie mondiale. C'est une performance particulièrement bienvenue à un moment où le monde subit les effets d'une récession économique grave.

Permettez-moi de faire une dernière observation. Cette Région est bien connue pour sa cohésion et son esprit de soutien mutuel, malgré les vastes différences de niveaux de développement économique des pays qui la composent. Ces vastes différences existent aussi à travers le monde, dans l'état sanitaire des pays, l'accès aux soins et l'éventail de services que les systèmes de santé peuvent offrir. C'est là que la solidarité, la solidarité mondiale revêt toute son importance. Elle nous offre la meilleure chance de réduire au minimum les conséquences que ces différences auront sur la morbidité, la mortalité et les perturbations causées par cette pandémie.

Sur ce sujet, je me réjouis de pouvoir annoncer le don à des pays en développement de vaccins contre cette grippe, qui seront acheminés par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé, grâce à la générosité de neuf pays dont deux appartiennent à votre Région. Merci à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande pour ce geste. Sans conteste, vous donnez un excellent exemple qui sera, je l'espère, suivi par d'autres pays après vous, de sorte que les pays en développement bénéficieront de votre générosité et de l'esprit de solidarité planétaire.

**ALLOCUTION DU DR SHIN YOUNG-SOO, DIRECTEUR RÉGIONAL,
À LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU
COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Au nom de tous nos États Membres et des quelque 150 représentants réunis ici, à Hong Kong, pour participer au Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, j'aimerais exprimer mes plus sincères remerciements au Gouvernement de la Région administrative spéciale de Hong Kong, République populaire de Chine, pour le travail considérable qui a permis l'excellente organisation de cette session du Comité régional.

C'est vraiment un plaisir de nous retrouver ici à Hong Kong pour la 60ème session de notre organe directeur – le Comité régional du Pacifique occidental.

C'est aussi, en quelque sorte, un retour au pays pour notre Directeur général, le Dr Margaret Chan, qui occupait à Hong Kong la fonction de directeur adjoint à la santé en 1992, l'année où Hong Kong accueillait une session du Comité régional. Merci, Margaret, d'être parmi nous aujourd'hui.

Cette ville dynamique peut s'enorgueillir de son développement économique mais aussi des progrès considérables accomplis dans le domaine de la santé publique. Les indicateurs de santé de Hong Kong se placent parmi les meilleurs au monde. Vous pouvez être particulièrement fiers de maintenir à des taux toujours bas la mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans, mais aussi la mortalité maternelle. Comme beaucoup d'autres pays développés, vous avez enregistré une hausse de la charge de morbidité liée aux maladies chroniques non transmissibles comme le cancer, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies respiratoires chroniques.

Beaucoup d'entre nous s'en souviennent, Hong Kong, sa population et son système de santé publique ont été soumis à rude épreuve, début 2003, lorsqu'à éclaté la flambée de SRAS — le syndrome respiratoire aigu sévère. Margaret est bien trop modeste pour en parler elle-même, mais le monde entier a observé avec admiration la façon dont Hong Kong a lutté contre cette maladie effrayante. Je me souviens qu'à cette époque, un très haut responsable de l'OMS a qualifié d'héroïques les mesures prises par Hong Kong. Ce fut une période vraiment difficile mais Hong Kong a survécu – et son système de santé publique en a tiré une force nouvelle. Aujourd'hui, sur la scène internationale, Hong Kong est à l'avant-garde de la lutte contre les maladies émergentes.

L'OMS a toujours entretenu d'agréables et solides relations avec nos amis et collègues de Hong Kong. L'accueil chaleureux qu'ils nous ont manifesté aujourd'hui et l'excellent travail de préparation de cette 60ème session du Comité régional pour le Pacifique occidental ont été grandement appréciés par chacun d'entre nous.

ANNEXE 4

**ALLOCUTION DU DR FRANCISCO T. DUQUE III, PRÉSIDENT SORTANT,
À LA CÉRÉMONIE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Voici venu le mois de septembre, ce mois que nous attendons tous chaque année pour nous retrouver à la session du Comité régional. Et elle semble bien loin, notre dernière session aux Philippines, là où je suis né et là où se trouve le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

De nombreux événements imprévisibles et sans précédent sont survenus et ont retenu notre attention. Nous avons dû y consacrer toute notre énergie, à tel point que nous n'avons pas vu le temps passer.

En tant que Président du Comité régional du Pacifique occidental, c'est pour moi un grand honneur et un privilège d'exprimer mes sincères remerciements, au nom du Comité régional, à M. Donald Tsang, Chef de l'exécutif de la Région administrative spéciale de Hong Kong, qui nous accueille et offre au Comité un formidable cadre de travail. C'est la troisième fois dans l'histoire de la Région OMS du Pacifique occidental que Hong Kong nous accueille. Et c'est, me semble-t-il, un heureux hasard qu'avec son histoire et sa tradition d'excellence dans les secteurs de la finance et de la santé, Hong Kong accueille cette soixantième session du Comité régional qui va aborder en détail deux questions urgentes et importantes – la crise financière mondiale et son incidence sur la santé, et la pandémie de grippe H1N1 2009.

Je suis sûr que les représentants seront d'accord avec moi pour dire que Hong Kong a plus d'une fois montré au monde sa capacité et sa détermination dans les mesures prises lorsqu'il a fallu mobiliser de nombreux secteurs de la société pour relever différents défis.

Je vais bientôt passer le relais à un nouveau Président. Nous avons réalisé de formidables progrès au cours de l'année écoulée et je suis fier et galvanisé par les résultats encourageants des efforts des États Membres et du Secrétariat de l'OMS pour réaliser ce que nous avons prévu dans la Région. Je suis certain que grâce à notre partenariat, à notre amitié et à notre engagement, nous traverserons avec succès les nouvelles épreuves qui nous attendent.

Une fois encore, permettez-moi de transmettre mes félicitations et ma gratitude au Gouvernement et aux citoyens de Hong Kong pour leur hospitalité et l'efficacité des préparatifs de cette session. Je voudrais remercier toutes les délégations qui sont venues ici pour participer et contribuer à faire de cette session un événement important et constructif. Je souhaite à chacun un bon Comité, agréable et mémorable et riche d'enseignements et de partage.

**ALLOCUTION DU DR FRANCISCO T. DUQUE III, PRÉSIDENT SORTANT,
À LA SÉANCE D'OUVERTURE DE LA SOIXANTIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

J'aimerais tout d'abord remercier encore une fois au nom du Comité le Gouvernement et le peuple de la Région administrative spéciale de Hong Kong pour la courtoisie et l'efficacité avec lesquelles ils accueillent la soixantième session du Comité régional OMS du Pacifique occidental. C'est toujours agréable d'être à Hong Kong. Ce que nous avons vu et vécu depuis notre arrivée et pendant la cérémonie d'ouverture ce matin montre tout le soin que nos hôtes ont mis à planifier et préparer cette réunion. Merci beaucoup.

J'aimerais également remercier personnellement les ministres et les représentants de m'avoir offert le privilège de présider la cinquante-neuvième session, qui s'est tenue à Manille, l'année dernière. Comme vous le savez tous, la cinquante-neuvième session fut mémorable. Nous, le Comité, avons notamment pris une décision très importante. Nous avons nommé quelqu'un au poste de Directeur régional pour le Pacifique occidental ; quelqu'un qui doit diriger la Région et collaborer avec nous pour faire face aux problèmes sanitaires au cours des cinq prochaines années. Monsieur le Dr Shin Young-soo, je vous souhaite la bienvenue au Comité régional. Applaudissons le nouveau Directeur régional. Comme c'est la première réunion du Comité régional à laquelle vous assistez en qualité de Directeur régional, nous sommes impatients de vous entendre nous dire comment, en tant que Région, nous allons continuer à travailler pour réaliser notre idéal commun : une meilleure santé pour les peuples de la Région. Je vous assure que le Comité vous apportera son plein et entier soutien.

Qu'il est bon de savoir qu'aujourd'hui, notre ambassadeur et dirigeant de l'action sanitaire, le Dr Margaret Chan, s'exprimera en tant que Directeur général de l'OMS sur sa terre d'origine, dans des lieux anciens et familiers et devant des personnes qui, je l'espère, le sont un peu moins, ses collègues et amis de Hong Kong, mais aussi des quatre coins de la Région du Pacifique occidental.

Je me souviens qu'à la séance d'ouverture l'année dernière à Manille, le Dr Chan a déclaré que si la prévention était le cœur de la santé publique, l'équité était son âme. Elle a cité le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé et présenté dans son essence le *Rapport sur la santé dans le monde 2008* alors en préparation, documents qui donnent un aperçu complet des problèmes de santé actuels et qui définissent une feuille de route claire. Il est plus évident que jamais que les soins de santé primaires sont la voie à suivre, selon les principes de couverture universelle, de services axés sur la personne, de direction et politiques gouvernementales saines.

Ces principes s'appliquent à toutes les questions de santé dont nous avons traité l'année dernière et auxquelles nous nous sommes attaqués par des actions et des interventions appropriées. Ils nous seront utiles pour renforcer et poursuivre notre travail et pour faire face aux nouveaux défis dans la Région.

Annexe 5

Mesdames et Messieurs les représentants, l'année écoulée a une fois de plus montré qu'en tant que Région, nous pouvons nous unir, échanger, apprendre les uns des autres et nous entraider face aux problèmes de santé auxquels nous sommes confrontés. Comme je l'ai indiqué à la cérémonie d'ouverture, le secteur de la santé subit deux crises sans précédent. Notre réaction maintenant et à court et moyen termes déterminera l'état de préparation de nos systèmes de santé et leur capacité de faire face à ce que l'avenir nous réserve. Compte tenu de la mondialisation, de l'évolution des maladies et de l'environnement, ainsi que des besoins sanitaires de plus en plus complexes de populations informées et qui ont les moyens d'agir, la vigilance est notre meilleure défense et la préparation notre arme offensive la plus puissante.

Quels sont les problèmes actuels ? Tout d'abord, la crise financière mondiale. Nous savons tous que, d'une manière générale, nombre de nos systèmes de santé ont des faiblesses intrinsèques et persistantes et étaient mal en point au moment où la crise a débuté. Leurs moyens sont compromis face aux besoins plus grands qu'engendre la crise financière. Ils doivent maintenant faire face à un double problème : des ressources déjà restreintes et qui vont sans doute s'amenuiser encore et une augmentation de la demande de services. Leurs faiblesses deviendront de plus en plus criantes sous une telle pression ; les services de santé et les résultats sanitaires finiront par s'en ressentir. Par conséquent, bien que l'OMS n'ait pas pour mission première de redresser la crise financière, elle nous a aidés en se faisant entendre et en défendant la cause de la santé publique dans les discussions de haut niveau sur la crise financière.

Aux Philippines, le Gouvernement a réagi à la crise en investissant massivement dans les services sociaux essentiels, y compris les services de santé, qui offrent des possibilités économiques aux pauvres et leur assurent une protection sociale. Ces dernières années, le budget de la santé a augmenté régulièrement jusqu'à un niveau jamais atteint par le passé. Cette importante augmentation des investissements dans le domaine de la santé nous a permis d'étendre le programme national d'assurance-maladie pour en faire profiter un plus grand nombre d'indigents et pour intensifier nos grands programmes de santé publique qui contribuent à la réalisation des OMD.

Le deuxième problème, mais qui n'en est pas moins important, est la grippe pandémique H1N1 2009. Nous avons vu l'OMS exercer son rôle dirigeant face à la pandémie ; le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays ont collaboré étroitement et généreusement pour que l'information et les ressources parviennent sans retard là où elles étaient nécessaires.

Les Philippines ont enregistré leur premier cas le 21 mai. Depuis trois mois que nous sommes confrontés au virus A (H1N1), nous avons dû faire face aux nombreuses pressions et difficultés que connaissent d'autres pays en développement et gouvernements ayant des ressources limitées. Il fallait suivre de près les événements par une surveillance intensive et développer les moyens de laboratoire pour obtenir des données qui nous aideraient à ajuster notre planification et à affiner nos politiques nationales. Malgré de nombreuses incertitudes, la tâche consistait en grande partie à restaurer le calme dans une atmosphère de confusion et de panique et à limiter ainsi au maximum les conséquences socio-économiques dans notre pays.

Nous nous sommes courageusement attelés à la tâche malgré nos faiblesses.

Annexe 5

À cet égard, je tiens à remercier l’OMS pour sa collaboration exceptionnelle avec les Philippines dans la lutte contre la grippe pandémique H1N1 2009. C’est cet esprit d’unité et de coopération au niveau mondial qui nous permettra de surmonter l’adversité au cas où le pire se produirait. Une deuxième vague est à craindre et nos gouvernements doivent ensemble rester vigilants. Nous devons affronter cette pandémie collectivement et de façon ouverte, en anticipant les événements.

Nous apprécions tous la façon dont la Région toute entière s’est efforcée de rester maître de la situation face à ces deux crises sans précédent qui ont sollicité jusqu’à la limite de rupture nos systèmes de santé et nos ressources.

Mais permettez-moi de revenir sur certains points dont nous avons discuté à cette époque l’année dernière, sur les décisions et les engagements que nous avons pris. Je pense que ce que nous avons entrepris de faire l’année dernière va dans le sens de ce que nous devons faire aujourd’hui.

Nous avons donné des indications sur les axes autour desquels doit s’articuler le renforcement des systèmes de santé dans la Région et sur le renouvellement de notre engagement en faveur des soins de santé primaires. Nous avons reconnu qu’il fallait examiner de façon critique les problèmes propres au système de santé de chaque pays et trouver des solutions appropriées. Nous sommes tous convenus qu’il était indispensable de renforcer les systèmes de santé pour atteindre plus vite nos objectifs sanitaires au niveau mondial. Par exemple, lorsque nous avons examiné le chemin parcouru sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement il y a deux ans, nous avons noté que les progrès étaient inégaux et qu’il fallait renforcer notre action collective pour adopter une approche plus systématique et plus ciblée.

Le Comité a également débattu de deux problèmes de santé qui prennent rapidement de l’ampleur : la charge de plus en plus importante des maladies non transmissibles et les effets néfastes du changement climatique sur la santé. Nous avons apprécié la réponse donnée par l’OMS aux États Membres qui lui avaient demandé conseil face à ces deux problèmes. Nous avons examiné et approuvé le Plan d’action régional du Pacifique occidental contre les maladies non transmissibles, qui allait guider notre action collective et nous conduire à l’étape suivante dans la lutte contre le problème multisectoriel que constituent les maladies non transmissibles.

Il en va de même pour le changement climatique. Le cadre d’action régional pour la protection de la santé humaine face aux effets du changement climatique appelait à une prise de conscience des conséquences sanitaires du changement climatique non seulement dans le secteur de la santé, mais surtout dans d’autres secteurs où les décisions ont une incidence sur le changement climatique et sur la santé. Par conséquent, le cadre d’action engageait le secteur de la santé à rendre le système de santé plus capable de prévenir les risques climatiques ou de protéger contre ces risques et, ce qui est peut être plus important encore, à participer plus activement aux processus nationaux et internationaux concernant le changement climatique.

La dengue et la dengue hémorragique sévissent dans la Région depuis longtemps. On peut dire que, face à ce grand problème de santé publique, nous avons obtenu des résultats en dents de scie. Plusieurs flambées de dengue ont eu lieu dans la Région au cours des 20 dernières années ; la maladie s’est beaucoup étendue géographiquement, aussi parce que les facteurs qui contribuent à sa propagation se sont multipliés. Le

Annex 5

plan stratégique de lutte contre la dengue dans la région Asie-Pacifique que nous avons examiné et approuvé définit des actions concrètes et donne de bonnes orientations pour lutter de manière plus globale contre la dengue.

Mesdames et Messieurs les représentants, nous voici de nouveau réunis à l'occasion de la soixantième session du Comité régional. Nous avons un programme bien rempli pour les prochains jours. Nous avons pris des engagements ; nous nous soutenons mutuellement et nous avons le soutien de nos partenaires internationaux ; nous avons des indications sur la façon dont nous pouvons, individuellement en tant que pays et collectivement en tant que Région, nous attaquer efficacement aux difficiles problèmes de santé et de développement dans notre Région. Je pense que nous devrions tous saisir l'occasion qui se présente, envisager les choses de façon globale et mener une action énergique face à l'urgence de la situation.

Dans les affaires courantes comme en ces temps de crise, les membres du Comité régional ont fait preuve de solidarité et de force morale, apprenant les uns des autres, s'entraïdant et faisant tout leur possible pour le bien commun des habitants de la Région. Je suis sûr qu'une telle solidarité, malgré la diversité, tout comme notre détermination et notre engagement en tant que dirigeants sanitaires agissant dans leur propre sphère d'influence, éclaireront nos débats et dicteront nos décisions pendant cette réunion.

J'aimerais exprimer mes plus vifs remerciements aux autres membres du bureau : M. Iakoba Itateli, originaire de Tuvalu, Vice-Président ; le Professeur Chew Suok Kai, originaire de Singapour, Rapporteur de langue anglaise et le Dr Sok Touch, originaire du Cambodge, Rapporteur de langue française. Et une fois de plus, Mesdames et Messieurs les représentants, chers collègues, Mesdames et Messieurs les membres du Secrétariat de l'OMS, je vous remercie sincèrement. Vous m'avez non seulement permis d'exercer les fonctions de Président, mais aussi apporté un soutien qui a rendu mon travail plus facile et plus agréable.

Je tiens à féliciter personnellement le Président entrant. Je sais qu'avec vous aux commandes, la réunion à toutes les chances d'être fructueuse. Je compte continuer à collaborer étroitement avec vous pour concrétiser ce dont nous sommes convenus et nous engager à mener des actions concrètes et utiles dans nos pays pour partager équitablement les retombées du développement et surtout, la santé, pour tous.

Je souhaite que vous gardiez un bon souvenir du temps que vous passerez ici, pendant la réunion et en dehors de la réunion.

**ALLOCUTION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL À LA SÉANCE D'OUVERTURE
DE LA SOIXANTIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS
POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

C'est un grand plaisir pour moi de revenir dans ma région et dans ma ville d'origine et je remercie le Gouvernement de Hong Kong pour son hospitalité et l'organisation de la soixantième session du Comité régional du Pacifique occidental.

J'aimerais également féliciter le Dr Shin pour son premier rapport à ce Comité et pour les priorités qu'il y définit très clairement. Ce document renforce l'engagement de la Région pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les principes des soins de santé primaires et l'amélioration de la situation des plus démunis.

Il est encourageant de constater des progrès dans de nombreux domaines. Ils témoignent de la cohésion de la Région et de l'esprit d'entraide mutuelle entre des pays à des niveaux de développement si variés.

Il faut actuellement se réjouir d'avoir quelques raisons d'être optimistes et des motifs d'encouragement.

Nous nous réunissons à une époque difficile au cours de laquelle la santé publique s'efforce de se positionner dans des circonstances adverses.

D'un côté, les perspectives de progrès sont mises à mal par les crises mondiales sur de multiples fronts. Le monde est confronté au ralentissement économique le plus grave depuis au moins 30 ans, à une aggravation des conditions climatiques et à une pandémie grippale que l'on ne peut plus arrêter. Ces crises ont de profondes répercussions pour la santé.

De l'autre côté, les perspectives de progrès s'appuient sur la détermination sans précédent de résoudre des problèmes qui existent depuis longtemps et d'instaurer une plus grande équité dans les résultats sanitaires. La déclaration du Millénaire et ses objectifs donnent au monde la meilleure chance qu'il ait jamais eue d'instaurer plus de justice et un meilleur équilibre jusque dans la trame des sociétés, en particulier dans le domaine de la santé.

Nous ne devons pas laisser cet élan se briser. Précisément à cause de ces crises mondiales, le prix de l'échec ne cesse d'augmenter.

J'observe des raisons d'être optimiste au niveau international. L'engagement sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé est solide. Les efforts pour accélérer les progrès s'intensifient, avec une conscience des difficultés à surmonter.

Depuis la signature de la Déclaration du Millénaire il y a neuf ans par les Chefs d'État et de gouvernement de 198 pays, les pays et les donateurs ont été confrontés à deux problèmes fondamentaux qui bloquent régulièrement les progrès : la faiblesse des systèmes de santé et l'inefficacité de l'aide.

L'importance de ces problèmes transparaît dans les rapports présentés à ce Comité.

Annexe 6

En l'absence de systèmes de santé qui fonctionnent bien, des interventions puissantes et les fonds pour les financer n'arriveront pas à réduire les immenses disparités en matière de résultats sanitaires. La Déclaration du Millénaire a revitalisé les valeurs de l'équité, de la justice sociale et de la couverture universelle, énoncées dans la Déclaration d'Alma-Ata il y a trente ans.

Dans son rapport de l'année dernière, la Commission des déterminants sociaux de la santé a conclu que les systèmes de santé organisés pour atteindre la couverture universelle étaient ceux qui amélioraient le plus les résultats sanitaires. La Commission a reconnu que l'équité dépend fortement de la manière dont les soins de santé sont organisés, financés et gérés. Elle a approuvé les soins de santé primaires, en tant que modèle de système agissant sur les causes sociales, économiques et politiques sous-jacentes des problèmes de santé.

Les progrès du développement sanitaire ne se mesurent pas à l'aune des moyennes nationales. Le véritable progrès se mesure à la manière dont nous arrivons à soigner les laissés pour compte et à enrichir leur vie grâce à une meilleure santé. Les soins de santé primaires centrés sur l'être humain sont le meilleur moyen d'y parvenir.

Nous savons tous cela. Comme vous le faites observer dans vos rapports, les améliorations de la situation sanitaire dans la région ont été particulièrement grandes dans les pays qui ont maintenu des systèmes dispensant des soins de santé primaires efficaces.

Le besoin de systèmes de santé plus puissants s'associe étroitement à la nécessité d'une aide plus efficace. La logique est simple. Une aide de qualité bâtit les fondations, les moyens et l'infrastructure nécessaires pour parvenir à l'autosuffisance. Une aide de qualité vise à éliminer le besoin d'aide. Si l'aide ne vise pas explicitement à l'autosuffisance, le besoin d'aide ne cessera jamais.

On retrouve intégralement ces deux réalités dans les stratégies de financement pour la santé pour la région Asie-Pacifique dont vous allez discuter. Comme vous le faites observer, l'un des moyens de tirer le meilleur parti de fonds limités est d'améliorer l'efficacité des systèmes de santé. Vous notez également que cette plus grande efficacité n'est pas seulement nécessaire, elle est aussi entièrement faisable.

Je voudrais citer deux exemples. Votre rapport met en évidence que plus de la moitié des produits médicaux ne sont pas utilisés à bon escient. Je répète : plus de la moitié des produits médicaux ne sont pas utilisés à bon escient. Le Rapport sur la santé dans le monde de l'an dernier, sur les soins de santé primaires, énonce chiffres à l'appui que l'utilisation efficace des mesures de prévention disponibles permettrait de réduire la charge de morbidité d'environ 70 %.

De nouveau, ces estimations rappellent les avantages des soins de santé primaires en tant que stratégie soulignant la nécessité de technologies adaptées, favorisant l'usage rationnel des médicaments essentiels et donnant à la prévention la même importance qu'aux soins curatifs.

Parallèlement, vous ne sous-estimez pas les difficultés. Les pays de la région sont très soucieux des effets du ralentissement économique sur la santé. Vous vous inquiétez à juste titre et pour les bonnes raisons. Votre rapport tire des conclusions fortes sur la crise financière mondiale. Certains progrès économiques et sociaux durement acquis se sont déjà évanouis.

Annexe 6

Dans la mesure où ils dépendent fortement du tourisme et des secteurs orientés vers l'exportation, les pays de la Région sont particulièrement vulnérables en matière de pertes d'emplois et de réduction des bénéfices sociaux liés à l'emploi.

C'est dans la région Asie-Pacifique que la stratégie de financement des soins de santé dépend le plus des honoraires, de la participation financière et des paiements directs par les usagers. C'est un héritage regrettable des politiques instaurées lors des crises économiques précédentes.

Ce recours très fort aux frais payés par les usagers est incompatible avec vos objectifs politiques d'une couverture universelle et d'un accès équitable à des services de santé de qualité. Il est aussi incompatible avec les stratégies de réduction de la pauvreté, en tant que moyen pour améliorer la santé

Comme vous l'avez noté, les pays dans cette Région subissent de fortes pressions pour réduire les budgets de la santé et étendre les honoraires et la participation financière à la charge des usagers. Vous avez douloureusement conscience de ce que cela signifie : une nouvelle dégradation en matière d'accès, d'équité, de qualité et d'utilisation des services de santé.

Cette Région, qui s'efforce depuis si longtemps de tirer des millions de personnes hors de la pauvreté, n'a pas besoin d'un revers qui replonge de nouveau des millions de personnes en dessous du niveau de pauvreté.

Cette Région, qui a lutté contre l'injustice inhérente aux honoraires payés par les usagers, ne doit pas voir la situation empirer encore. Nous ne devons tout simplement pas refaire les mêmes erreurs.

Malheureusement, les politiques et les systèmes internationaux qui contribuent à la crise économique sont au-delà du champ d'action du secteur de la santé. Malheureusement, c'est la santé qui paie le plus lourd tribut.

Comme je l'ai mentionné au début, il faut se réjouir actuellement d'avoir quelques raisons d'être optimiste. Je voudrais parler des deux tendances dans cette région qui apparaissent clairement dans votre ordre du jour et que je trouve particulièrement encourageantes. Premièrement, vous vous appuyez sur vos succès et vous vous fixez des objectifs encore plus élevés.

Cela est vrai de vos progrès dans la diminution de la mortalité des enfants et vous vous fixez des objectifs encore plus élevés pour l'élimination de la rougeole et la lutte contre les infections par l'hépatite B. C'est vrai pour le paludisme et les objectifs que vous vous fixez pour son élimination.

C'est également vrai de la lutte contre le tabac, dans laquelle cette Région a depuis longtemps pris la tête. C'est la première et la seule région dont tous les États Membres ont ratifié la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Vous passez maintenant au stade suivant, le plus élevé : achever la mise en oeuvre de la Convention-cadre dans les cinq prochaines années.

La seconde tendance dont on peut se réjouir est celle qui voit les pays de cette région prendre les commandes de leur programme sanitaire à l'aide de stratégies transversales globales couvrant la nécessité de se doter de moyens plus puissants.

Annexe 6

Avec les stratégies pour l'Asie et le Pacifique, que ce soit pour lutter contre les maladies émergentes ou moderniser les services de laboratoire, vous proposez une orientation claire sur la voie à suivre par étapes, avec des indicateurs pour mesurer les progrès correspondant à la situation dans vos pays. De cette manière, vous mettez vos pays dans une position beaucoup plus forte quand il s'agit d'aligner l'aide sur les priorités et les capacités nationales.

Le soutien au renforcement des systèmes de santé et à une aide plus efficace se développe également au niveau international. Les grandes sources d'aide financière comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; l'Alliance GAVI et la Banque mondiale, ont créé des plateformes pour le renforcement des systèmes de santé.

Des instruments comme la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et le Programme d'action d'Accra soutiennent les efforts, dont des actions responsables par les donateurs, pour rendre plus efficace l'aide pour la santé.

L'élan pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement continue d'être alimenté par un sentiment puissant d'urgence. À la fin de cette semaine, une action déterminée et centrée sera lancée à New York pour accélérer l'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

En quelques mois seulement, les dirigeants politiques et financiers du monde entier ont défini une série de recommandations ambitieuses pour un financement novateur de systèmes de santé plus puissants. Ces recommandations seront annoncées cette semaine à New York.

Si nous avons besoin d'optimisme, nous devons aussi être honnêtes et réalistes, en particulier lorsque l'on considère les répercussions sanitaires des politiques erronées ou à court terme, décidées dans d'autres secteurs.

D'une certaine manière, les objectifs du Millénaire pour le développement sont une stratégie correctrice. Ils visent à compenser des systèmes internationaux et des politiques qui créent des bénéfices, mais qui n'ont pas de règles garantissant leur distribution équitable.

Les objectifs, comme les nombreuses initiatives et mécanismes de financement créés pour les soutenir, sont une grande nécessité et font beaucoup de bien. Mais ils n'apportent pas une solution à la racine des inéquités en matière de résultats sanitaires. Comme la Commission sur les déterminants sociaux de la santé nous l'a appris, il faut chercher les causes fondamentales dans l'imperfection des politiques.

La cupidité a été le terreau de la crise financière, qui s'est ensuite propagée sans contrôle, la gouvernance des entreprises et la gestion du risque échouant à tous les niveaux du système.

Le changement climatique est maintenant le prix des politiques à court terme que le monde va inévitablement devoir payer. La recherche de la richesse économique a pris le pas sur la protection de la santé écologique de la planète. La Région du Pacifique occidental est particulièrement vulnérable aux effets du changement climatique.

Annexe 6

Dans un monde où l'interdépendance s'est radicalement accrue entre les nations, les conséquences des erreurs d'un pays ou d'un secteur sont très contagieuses. Elles sont aussi profondément injustes.

Les pays en développement sont les plus vulnérables et ceux qui ont la moins grande capacité de résistance. Ce sont eux qui sont frappés le plus fort et qui mettent le plus de temps à se redresser

Avec la pandémie grippale qui continue de balayer la planète, je pense que nous allons voir la réelle signification de l'échec collectif du monde en matière d'équité. Le même virus qui entraîne des perturbations gérables dans les pays riches aura très probablement des effets dévastateurs ailleurs.

En juin, quand l'OMS a annoncé le début de la pandémie 2009, de nombreux regards se sont tournés vers les pays de l'hémisphère Sud pour y découvrir les indices de son évolution ultérieure. J'aimerais remercier les pays de cette région pour leur surveillance intensive et les rapports complets qu'ils ont rapidement envoyés. Cette réponse a aidé les pays du reste du monde à savoir ce qui les attendait et comment s'y préparer.

Une discussion technique sur la pandémie étant prévue pour demain, j'aimerais m'attarder sur quelques questions qui, à mes yeux, sont importantes au niveau international.

Nous avons eu quelques bonnes nouvelles ces deux dernières semaines. Il apparaît de plus en plus que les médicaments antiviraux peuvent réduire le risque d'atteinte grave et les résultats des premiers essais cliniques donnent à penser qu'une seule dose vaccinale suffirait à protéger des adultes en bonne santé.

Si cela se confirme, la quantité de vaccin disponible va littéralement doubler. Mais voici la grande question : cela entraînera-t-il aussi une distribution plus équitable des vaccins ? Je vous l'assure : c'est une possibilité dont je compte tirer parti à plusieurs niveaux.

Une autre question me préoccupe. Les informations qui nous parviennent de tous les sites de flambées confirment que les femmes enceintes sont exposées à un risque accru d'infection grave, voire mortelle. Ce risque accru est d'autant plus important pour un virus qui, à l'instar de celui-ci, s'attaque de préférence aux jeunes.

Les décès de femmes enceintes pendant la pandémie seront partout une tragédie, mais ce sera encore plus le cas dans les pays en développement, où leur nombre est beaucoup plus élevé.

Depuis que j'ai pris mes fonctions, la santé des femmes a été l'une des mes premières priorités. L'engagement renouvelé dans les soins de santé primaires sous-tend les efforts pour améliorer la santé des femmes.

Ce lien ressort clairement dans un rapport sur les femmes et la santé que j'ai demandé. Ce document, qui paraîtra en novembre, examine les nombreux risques de santé auxquels les femmes sont confrontées tout au long de leur vie et définit un programme pour le changement.

Comme nous le savons tous, la faiblesse des systèmes de santé est une source de gaspillages : gaspillage d'argent et des retours sur investissement, gaspillage des formations quand les agents de santé sont attirés

Annexe 6

ailleurs par de meilleures conditions de travail ou de meilleurs salaires, gaspillage des ressources quand des procédures inutiles sont accomplies ou quand des systèmes réglementaires n'arrivent pas à contrôler le prix et la qualité des médicaments.

Il y a aussi un gaspillage des possibilités de réduction de la pauvreté quand les plus démunis s'enfoncent davantage dans la pauvreté en raison du coût des soins ou de l'échec des services de prévention. Mais avant tout, la faiblesse des systèmes de santé entraîne des pertes de vies humaines.

Je crois que nous allons voir, d'une manière mesurable et tragique, ce que signifient réellement les inégalités à mesure que la pandémie va balayer un monde où les différences de situations sanitaires et de normes de soins sont plus grandes que jamais auparavant dans l'histoire récente.

Peut-être que désormais, certains des arguments que nous avançons depuis longtemps sur l'équité, l'égalité, la justice sociale auront une plus grande chance d'être entendus, mais le prix de cette attention se paiera en vies humaines.

PROCÈS-VERBAL DE LA DEUXIÈME SÉANCE
(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Mardi, 22 septembre 2009, à 09 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Allocution du Président entrant	96
2. Allocution et rapport du Directeur régional (suite)	96
3. Budget programme 2008-2009 : exécution du budget (rapport intérimaire)	101
ANNEXE 1 Allocution du Président entrant	107

1. ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT : Point 4 de l'ordre du jour

Le PRÉSIDENT s'adresse au Comité (annexe 1).

2. ALLOCUTION ET RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL : Point 7 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/2) (suite)

Le Dr MUGITANI (Japon) félicite le Directeur régional pour son rapport très substantiel et de grande qualité, centré sur les domaines importants de la santé publique et qui illustre amplement les sérieux progrès obtenus au cours de l'année écoulée. En ce qui concerne les mesures de lutte contre les maladies transmissibles et en tant que soutien de longue date de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Japon se félicite que la Région soit toujours exempte de cette maladie. En outre, ayant été à l'avant-garde en introduisant des initiatives dans les domaines de la lutte mondiale contre les parasitoses et les maladies infectieuses, il est très désireux de participer activement aux mesures de lutte contre la tuberculose, domaine dans lequel les succès obtenus jusqu'ici sont remis en cause par la propagation des cas de tuberculose multirésistante (tuberculose MR). À cet égard, il attend du Bureau régional pour le Pacifique occidental qu'il joue un rôle directeur.

En ce qui concerne la grippe pandémique H1N1 2009, il forme le vœu que l'OMS facilite des débats plus approfondis sur les informations qui lui sont notifiées dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) qui, avec la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, a donné clairement la preuve de son utilité à cet égard. Pour ce qui est du VIH/sida, chaque année en augmentation dans toute la Région, le Japon poursuivra ses efforts visant à réduire le nombre de nouveaux cas, grâce notamment aux campagnes particulièrement essentielles de prévention et d'éducation ciblant les jeunes. Le Japon se félicite aussi de l'adoption de résolutions portant sur le renforcement des systèmes de santé par les soins de santé primaires, un domaine dans lequel ses propres efforts portent sur l'aide à la formation des agents de santé, et il continuera de collaborer activement avec l'OMS pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. En conclusion, il se dit satisfait du message fort du Directeur régional sur la nécessité de renforcer la gestion au Bureau régional du Pacifique occidental et il attend son action et des résultats dans ce domaine et dans d'autres.

Mme Amenta MATTHEW (Îles Marshall) déclare que le rapport très complet du Directeur régional montre que, malgré des progrès sensibles, la Région continue d'être confrontée à des défis dans le domaine de la santé. Étant l'un des deux pays de la Région où la lèpre n'est pas encore éliminée, les Îles Marshall apprécient beaucoup l'aide et l'expertise qu'elles reçoivent de l'OMS et d'autres partenaires pour atteindre ce but. Elle reconnaît aussi l'aide continue de l'OMS et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique pour les premiers efforts des Îles Marshall visant à surmonter les difficultés posées par les cas de tuberculose MR qui vont être en augmentation. Cette collaboration et ce soutien sont vitaux pour relever les défis financiers, sanitaires et environnementaux de notre époque. Enfin, elle affirme que son Gouvernement appuie totalement les recommandations présentées dans le rapport, ainsi que la résolution de poursuivre le programme des « Îles Santé » et les initiatives sur les soins de santé primaires jusqu'à ce qu'ils aient donné des résultats satisfaisants.

Le Dr NGUYEN QUOC TRIEU (Viet Nam) déclare que l'ampleur et la vitesse de la croissance démographique dans son pays ont été à l'origine de pressions énormes sur le système de santé. Malgré

ses réussites socio-économiques, le Viet Nam est aussi confronté aux difficultés et aux problèmes posés par les maladies infectieuses existantes, exacerbés par la résurgence de maladies épidémiques auparavant endiguées, l'émergence de nouvelles maladies et le développement rapide des maladies non transmissibles. Ses indicateurs sanitaires se sont néanmoins améliorés, ainsi que le démontrent les chiffres récents sur la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, les taux de mortalité infantile et le nombre des décès par paludisme et tuberculose. Le Viet Nam a aussi limité au maximum la mortalité due à la grippe pandémique H1N1 2009 en ayant réussi à contrer sa propagation. Par conséquent, seuls 0,13 % des 6800 cas notifiés ont été mortels. Avec le soutien actif de l'OMS et sa puissante autorité dans la Région en la personne du Directeur régional, le Viet Nam espère de nouvelles améliorations de la santé dans la Région, compte tenu notamment du nouveau plan proposé pour réformer la gestion, qu'il approuve sans réserve.

Le Dr Neil SHARMA (Fidji) remercie l'OMS pour l'assistance qu'elle a fournie à son pays après les graves inondations survenues récemment et relève que c'est seulement en associant l'aide et l'action de la Région que l'on pourra contrer des effets similaires du changement climatique. Son pays est en bonne voie pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. À cet égard, il se félicite de l'accent mis par le Directeur régional sur le renforcement des systèmes de santé, les soins de santé primaires et le maintien en nombre suffisant des effectifs de santé. Il annonce que les Fidji sont en train de créer une troisième université, pour mettre des ressources humaines à disposition dans tous les secteurs, y compris du personnel médical et infirmier. En ce qui concerne la gouvernance et le rôle de direction, il se félicite de l'appui que l'OMS a apporté à la réunion des ministres de la santé des pays océaniques, au cours de laquelle des problèmes de santé communs, mais spécifiques à cette sous-région, ont été discutés.

M. DUNOYER (France), après avoir félicité le Directeur régional pour la qualité de la documentation fournie, déclare que le rapport intérimaire sur l'exécution du budget programme 2008-2009 est essentiel pour évaluer les activités du Bureau régional, les progrès accomplis et ce qu'il reste à faire. Bien que la mortalité de l'enfant ait bien baissé dans la Région, il reste encore beaucoup de progrès à faire pour la mortalité maternelle. Il note avec satisfaction la Stratégie de lutte contre les maladies à transmission vectorielle, la dengue continuant de poser un problème dans les Territoires français d'outremer. La France partage avec le Directeur régional sa vision des priorités régionales, notamment pour la préparation des pays aux pandémies et aux maladies émergentes, pour le renforcement des systèmes de santé et pour la lutte contre les effets du changement climatique. Il convient qu'il faudrait renforcer le rôle du Bureau régional pour améliorer la santé publique. Il se félicite de l'accent mis sur la gestion fondée sur les résultats et assure le Directeur régional de l'appui de la France.

Le Dr Stevenson KUARTEI (Palaos) se félicite de l'approche pratique du Directeur régional sur les questions sanitaires, ainsi qu'on la retrouve dans les quatre priorités décrites dans l'introduction de son rapport. Il relève cependant que l'idée erronée persistait selon laquelle s'occuper des disparités existant d'une part entre les États Membres et d'autre part entre les États Membres et les donateurs équivalait à gérer des populations en situation de désespoir. Tant que l'on mesure les disparités en termes économiques, ceux qui tiennent les rênes de l'activité économique au niveau international, régional ou national, détiennent le pouvoir de choisir réellement en matière de santé. La réduction des disparités sanitaires signifie d'atteindre l'équilibre entre les intentions et les attentes, de telle sorte que les individus et les communautés puissent faire leurs propres choix en matière de santé.

Il relève en outre que si, comme le Directeur régional l'a déclaré, la santé est un produit de l'ensemble de la société, les réformes préconisées doivent aussi être appliquées dans d'autres secteurs. La communication devrait donc s'appliquer à tous les niveaux de la société si l'on veut obtenir un effet positif sur la santé. Pour passer de la vision à l'application pratique, il faut nécessairement instaurer le changement, ce qui suppose une volonté de sortir du statu quo. C'est le défi auquel les États Membres sont confrontés et son pays est prêt à le relever.

Le Dr Vita SKILLING (États fédérés de Micronésie) dit que l'importance que le Directeur régional attache à l'augmentation des ressources et à la participation de tous les secteurs à une approche globale de la protection de la santé correspond au point de vue de son pays, conception qui a régi jusqu'à présent la lutte contre la pandémie H1N1 2009, la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante, la prévention du cancer, du diabète et de l'obésité au niveau communautaire et la gestion des catastrophes. Toutefois, son pays a encore des progrès à faire en ce qui concerne la gestion des ressources pour la santé et doit améliorer les compétences des agents de santé s'il veut atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui concerne la santé de la mère et de l'enfant et parvenir à éliminer la lèpre. La détermination du Directeur régional à changer les choses là où c'est le plus nécessaire est encourageante et son pays le prend au mot. Les États fédérés de Micronésie adhèrent à sa vision des choses et collaborera avec les autres États Membres pour que tous les habitants de la Région jouissent d'un meilleur état de santé.

M. Clay Forau SOALAOI (Îles Salomon) remercie le Directeur général de l'efficacité avec laquelle elle dirige le secteur de la santé dans la Région et à l'échelle mondiale et il salue le zèle avec lequel le Directeur régional a déjà soutenu les États Membres. Puisqu'il est vrai que « sans perspectives d'avenir, on périt », il se félicite des priorités définies par le Directeur régional, qui sont pertinentes pour chacun des États Membres. Les principaux problèmes dans son pays sont le paludisme et la progression des maladies liées aux modes de vie, problèmes que sont venus compliquer encore le conflit ethnique récent et la crise financière mondiale. Il remercie les partenaires de son pays pour leur soutien sans faille. Les Îles Salomon sont décidées à donner un nouvel élan au concept des îles-santé pour le développer et leur prochain plan stratégique reprendra la conception et les objectifs définis dans le rapport du Directeur régional.

M. SOAKAI (Nauru) indique que son pays souscrit aux réformes proposées par le Directeur régional en vue de renforcer le leadership et les partenariats, de former et de développer des ressources humaines durables, de veiller à ce que l'on dispose d'un personnel qualifié, et de trouver des moyens pour mieux servir les États Membres. Il souligne l'importance de la participation des États Membres aux réformes proposées pour s'attaquer aux problèmes administratifs et techniques rencontrés au niveau des pays et les résoudre.

M. OSMAN (Brunéi Darussalam) estime que le premier rapport du Directeur régional expose une vision claire de l'avenir et aidera les États Membres à comprendre la situation sanitaire dans la Région et à mener une action adaptée. Le Brunéi Darussalam salue la maîtrise avec laquelle le Directeur général conduit la riposte à la pandémie H1N1 2009. L'OMS a donné des conseils utiles, grâce auxquels les États Membres agissent de façon cohérente et qui aident son pays à faire face à la pandémie, malgré des ressources humaines limitées. L'OMS exerce également une influence cruciale en veillant à l'équité en santé et à l'accessibilité des soins pendant la récession, à laquelle s'ajoute le fardeau de la pandémie. La coordination aux niveaux mondial, régional et national est cruciale en période de crise si l'on veut prendre des mesures efficaces en faveur des populations visées. La collaboration et les partenariats régionaux ont beaucoup aidé le

Brunéi Darussalam à développer ses moyens essentiels de façon régulière et ciblée, et le pays est heureux de pouvoir mettre ses compétences, son expérience et les informations dont il dispose, y compris les meilleures pratiques mises en évidence, au service des efforts entrepris collectivement pour améliorer la situation sanitaire dans l'ensemble de la Région.

M. Iakoba Tacia ITALELI (Tuvalu) se félicite de la volonté du Directeur régional de se concentrer sur les domaines où une aide est la plus nécessaire, notamment les soins de santé primaires et la relance du concept des îles-santé. Il souligne qu'il est important de s'attaquer aux effets du changement climatique sur la santé, une question de survie pour son pays. Il faut maintenant concrétiser la vision présentée par le Directeur général et le Directeur régional afin d'instaurer la santé pour tous dans la Région.

Mme GIDLOW (Samoa) prend acte de l'appel lancé aux États Membres par le Directeur régional pour qu'ils continuent à recevoir une aide dans les quatre domaines prioritaires. Les Samoa font beaucoup d'efforts aux niveaux national et régional dans les domaines prioritaires, mais, collectivement, on ne parvient pas à atteindre les indicateurs et les résultats escomptés. Reconnaisant l'efficacité avec laquelle son pays fait face à la pandémie H1N1 2009, elle constate néanmoins avec préoccupation que les taux de mortalité maternelle et infantile demeurent élevés, que la prévalence des maladies non transmissibles augmente et que les efforts se relâchent face aux maladies émergentes et réémergentes.

Elle remercie le Directeur régional de redoubler d'efforts pour renforcer les systèmes de santé de la Région par les soins de santé primaires et la promotion de la santé et elle l'engage à s'appuyer sur le travail effectué au niveau des pays. Son pays continue à prôner une approche multisectorielle à tous les niveaux ; mais la mise en pratique de cette approche dépend du potentiel national. C'est aux autorités sanitaires de chaque pays qu'il revient de coordonner le secteur de la santé, d'améliorer les systèmes de santé et de fixer des normes réglementaires pour rendre ces systèmes sûrs et efficaces. Elle attend du Bureau régional qu'il donne des orientations sur les questions de changement climatique. Elle souscrit au choix des quatre principaux domaines de réforme et précise qu'il est important d'apporter un soutien aux populations déshéritées et vulnérables.

Le Professeur CHEN (Chine), s'exprimant à propos de certains des domaines prioritaires, apprécie les efforts que font les États Membres et l'OMS, et plus particulièrement le Bureau régional du Pacifique occidental, pour échanger des informations et des connaissances techniques concernant la pandémie H1N1 2009. L'hiver et le printemps prochains seront des étapes cruciales dans la lutte contre la pandémie. La Chine a déjà commencé à vacciner les populations prioritaires et elle est disposée à communiquer des informations sur l'efficacité et l'innocuité du vaccin. En ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement, la Chine a déjà atteint les cibles relatives à la mortalité infantile et à la mortalité des moins de cinq ans, mais elle doit encore faire des efforts pour atteindre les cibles relatives à la réduction de la mortalité maternelle et à la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. L'un des grands problèmes que connaît la Chine est celui des disparités entre régions, et entre zones rurales et zones urbaines. De plus, du fait de l'urbanisation, le nombre de migrants augmente et exerce une pression supplémentaire sur le système de santé. La Chine a par conséquent engagé des réformes pour renforcer le système de soins de santé de façon à pouvoir faire face aux urgences de santé publique, combattre les maladies non transmissibles et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Il faudrait faire plus d'efforts aussi pour atteindre les objectifs de la lutte antitabac. Il est favorable à l'approche proposée par le Directeur régional, selon laquelle le rôle

dirigeant de l'OMS sera étayé par les stratégies propres au pays. Il espère qu'il sera possible de faire des progrès sur la base des bons résultats enregistrés et d'améliorer encore la santé des habitants de la Région du Pacifique occidental.

Le Dr Enkhbat SHAGDARSUREN (Mongolie) explique que son pays fait partie des rares pays qui n'ont détecté aucun cas de grippe pandémique H1N1 2009. Jusqu'à présent, la Mongolie a eu de la chance, grâce à l'aide et aux conseils prodigués par l'OMS depuis la survenue de la pandémie, et particulièrement au travers du Règlement sanitaire international (2005) et de la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique. Il se félicite de l'accent mis sur des domaines tels que le renforcement de l'infrastructure sanitaire, le développement de la collaboration entre les secteurs pour parvenir au développement social et enfin un rôle dirigeant affirmé à tous les niveaux du secteur de la santé. L'approche prônée par le Directeur régional qui consiste à expérimenter de nouvelles méthodes et de nouveaux moyens pour atteindre l'objectif final, à savoir offrir à tous le plus haut niveau de soins possible, est particulièrement séduisante. La Mongolie est décidée à poursuivre une étroite collaboration avec l'OMS dans les années à venir.

M. KHAW (Singapour) dit que le nouveau Directeur régional se trouve confronté à une crise sanitaire majeure au tout début de son mandat mais que les difficultés soulevées par la grippe pandémique ont eu pour effet positif de rassembler les gens, d'aider à l'instauration de nouvelles relations et de permettre le développement des qualités de direction. D'autres problèmes devront être résolus dans le futur, en particulier ceux qui touchent au vieillissement des populations. Il semble en effet que les jeunes, spécialement dans les villes, ne veulent pas avoir d'enfants. Le Directeur régional peut souhaiter se projeter à la fin de son mandat et réfléchir à l'héritage qu'il laissera derrière lui. S'agissant du Pacifique occidental, une vision idéale serait d'obtenir les meilleurs indicateurs de santé du monde. Il suggère que l'on compare les indicateurs de santé de chacune des Régions de l'OMS et que l'on regarde sur quels critères la Région du Pacifique occidental ne se situe pas au plus haut niveau. En utilisant alors le critère de « meilleure performance » comme référence dans les principaux domaines d'activité, on pourrait s'efforcer de combler les lacunes.

Mme Leane PEARCE (Tokélaou) fait remarquer qu'il est plus que temps de se concentrer sur la crise financière, les soins de santé primaires et la pandémie de grippe H1N1 2009, parce que des changements sont nécessaires. Les quatre domaines de réforme de la santé présentés par le Directeur régional seront essentiels pour aider les États Membres à atteindre leurs objectifs stratégiques. Avec une population de 1500 habitants et sans aucun aéroport, Tokélaou, dont l'altitude ne dépasse pas quatre mètres au-dessus du niveau de la mer, se situe à 500 km au nord de Samoa – une traversée de 26 heures sur une mer de plus en plus démontée. Sans aucun PIB, Tokélaou dépend entièrement de l'aide et ressent donc les effets de la crise financière et l'impact du changement climatique. Le niveau des soins de santé primaires est inférieur au niveau de référence. Tokélaou ne dispose d'aucun équipement, d'aucun laboratoire, d'aucune unité de soins intensifs ni d'aucun service d'urgences. Les médicaments et les vaccins sont apportés par le bateau qui assure le ravitaillement. Le bureau de l'OMS aux Fidji a dépêché un expert pour aider à la surveillance de la grippe pandémique et 98 % de la population a été vaccinée contre la grippe saisonnière, une première pour Tokélaou. Jusqu'à présent, aucun cas de grippe pandémique H1N1 2009 n'a été déclaré. Tokélaou espère que l'OMS jouera un rôle moteur en orientant le changement et en instaurant à tous les niveaux les principes de collaboration, de coordination, de cohérence, de cohésion et de responsabilisation, dans l'espoir de laisser en héritage une bonne santé aux futures générations.

À l'invitation du PRÉSIDENT, des représentants de la Sasakawa Memorial Health Foundation, de la Thalassaemia International Foundation, du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, de Alzheimer's Disease International, de la Fédération internationale pharmaceutique, de la World Confederation for Physical Therapy et de la International Pediatric Association, présentent leurs déclarations au Comité.

En réponse aux commentaires formulés sur son rapport, le DIRECTEUR RÉGIONAL remercie les États Membres et les organisations non gouvernementales pour leur engagement en faveur de la santé publique. Il prend note de leurs préoccupations et les traitera individuellement. Certains sujets comme la pandémie de grippe H1N1 2009, la tuberculose multirésistante, le tabac, le paludisme et le renforcement des systèmes de santé vont être abordés dans les prochains jours. L'aide aux États Membres doit absolument être renforcée et maintenue pendant les cinq prochaines années. Bien qu'il n'ait travaillé que sept mois depuis sa prise de fonctions, il est heureux d'être reconnu comme un homme d'action. Il prend très au sérieux les remarques des États Membres et pense que si l'on pouvait les regrouper dans un programme commun, on pourrait accomplir de grandes choses contre des obstacles insurmontables. Il souligne une fois encore la nécessité de collaborer plus étroitement avec chaque pays.

3. BUDGET PROGRAMME 2008-2009 : EXÉCUTION DU BUDGET (RAPPORT INTÉRIMAIRE) :
Point 8 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/3)

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL, en présentant le rapport intérimaire d'exécution financière du budget pour l'exercice biennal 2008-2009 explique que dans le budget programme mondial 2008-2009 approuvé par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2007, le montant des contributions fixées pour la Région du Pacifique occidental a été porté à 80,2 millions de dollars, soit une augmentation de 4,8 % comparée au budget programme approuvé pour l'exercice 2006-2007 qui s'élevait à 76,5 millions de dollars. Toutefois, le Directeur général a fixé l'allocation initiale de fonds de roulement à 98 % – soit 78,6 millions de dollars – du fait du retard de paiement prévu des contributions fixées. Il en a résulté pour le Bureau régional du Pacifique occidental une baisse de 1,6 million de dollars. Toutefois, en juin 2009, le Directeur général a reversé 801 500 dollars, ce qui représente la moitié des 2 % de provisions pour imprévus, à la suite de la collecte réussie des contributions fixées. En conséquence, l'allocation nette de fonds de roulement sera portée à 79,4 millions de dollars. Cette augmentation apparaîtra dans le rapport financier final pour l'exercice 2008-2009.

Le budget programme a été exécuté conformément aux objectifs stratégiques. Au 31 mai 2009, 48,5 millions de dollars – soit 62 % des contributions fixées – avaient été exécutés, répartis de la façon suivante : 41,6 millions de dépenses et 6,9 millions d'engagements. Ce taux d'exécution est très inférieur à celui de la période correspondante de l'exercice biennal précédent. Cependant, il est dû essentiellement au fait que les coûts salariaux n'ont été pris en compte que jusqu'à fin avril 2009 alors que dans le rapport intérimaire précédent, les engagements en termes de personnel ont été enregistrés jusqu'à la fin de l'exercice biennal. En 2008, la mise en place du système de gestion mondial (GSM) au Bureau régional du Pacifique occidental a également ralenti l'exécution du budget pour cette même année. La mise en oeuvre des activités est actuellement intensifiée pour que les contributions fixées restantes soient intégralement exécutées à la fin de l'année 2009.

L'introduction du système de gestion mondial le 1er juillet 2008, a été un véritable défi pour l'Organisation. La Région du Pacifique occidental a été la première Région choisie, avec le Siège, pour déployer le système. Il a fallu résoudre de nombreux problèmes auxquels on pouvait s'attendre lorsqu'un système d'une telle ampleur est mis en place. Mais le personnel s'est montré à la hauteur de la tâche et le système fonctionne aujourd'hui beaucoup mieux et facilite grandement le travail de l'Organisation.

Il est heureux d'annoncer que le montant des contributions volontaires exécutées a été porté à 92,1 millions de dollars. Comparé à la période correspondante de l'exercice biennal précédent, ce montant représente une augmentation de 22,2 millions de dollars. On s'attend à la fin de la période biennale à une hausse substantielle des contributions volontaires mais aussi des dépenses, comparées à l'exercice précédent.

M. Mark ABDOO (États-Unis d'Amérique) remercie le Directeur régional pour son rapport qui donne aux États Membres un bon aperçu des activités menées à ce jour, notamment en ce qui concerne les objectifs stratégiques 2 (combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme), 8 (promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement) et 9 (améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable). Il s'inquiète toutefois de l'absence de progrès concernant le Résultat régional escompté 04.002.WP01. Il est capital de développer les capacités nationales de recherche en vue d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans les États Membres de la Région, compte tenu de l'importance des quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement. Cela passe par l'exécution de programmes de recherche et le renforcement des capacités dans ce domaine.

Certaines descriptions sont trop vagues, par exemple le Résultat régional escompté 10.012.WP01 qui n'indique pas de progrès notables concernant les comptes nationaux de la santé tandis que le champ d'application de certaines activités semble indûment restreint. Les activités relevant de l'objectif stratégique 3 sur les maladies non transmissibles devraient délaissier les plans d'action au profit de l'exécution des programmes.

M. Taniela Sunia SOAKAI (Nauru) se déclare déçu par le faible niveau d'exécution du budget. Il déplore également l'absence de l'OMS dans son pays, les problèmes persistants rencontrés avec le système mondial de gestion ainsi que les difficultés de communication entre Nauru et le représentant de l'OMS et le Bureau régional pour le Pacifique occidental. Nauru a déjà soulevé la question de la présence de l'OMS l'année dernière. Dans l'esprit de collaboration prôné par le Directeur général, son pays entend participer aux réformes proposées par le Directeur régional pour améliorer l'exécution du budget pour 2010-2011.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) s'interroge, comme les années précédentes, sur la sous-utilisation du budget, qui semble une fois encore représenter un risque. En mai 2009, 38,31 % du budget n'avaient toujours pas été dépensés, sans que cela ne soit vraiment expliqué. Il demande des précisions sur la façon dont cet argent sera dépensé avant fin 2009, compte tenu notamment du fait qu'au 31 décembre 2008 plusieurs résultats escomptés étaient en difficulté pour des raisons financières.

Concernant l'utilisation efficace et équitable des ressources, qui est particulièrement importante dans la Région du Pacifique occidental, il demande quel est le pourcentage du budget dépensé dans la sous-région du Pacifique.

Le Dr GAO Weizhong (Chine) se félicite de la qualité du rapport et demande comment le budget programme sera mis en oeuvre compte tenu du fait que la période biennale prend fin dans trois mois et qu'à fin mai, 50 % seulement du budget était exécuté dans des domaines clés tels que la santé de la mère et de l'enfant et les déterminants sociaux de la santé. Il prie le Secrétariat d'accélérer l'exécution du budget. Le faible taux d'exécution a été abordé lors de la dernière session, au cours de laquelle il avait été expliqué par le retard de nombreuses procédures dû à la mise en place du GSM. Il demande si les retards actuels sont toujours imputables au GSM.

Il demande par ailleurs comment les résultats pourraient être partagés. L'annexe 3 décrit de nombreux résultats escomptés mais ne donne pas d'explications détaillées permettant aux délégués de savoir si les activités peuvent être reproduites. Il demande un rapport récapitulatif sur les principaux domaines prioritaires à la fin de la période biennale.

Mme HALTON (Australie) revient sur un certain nombre de questions soulevées par ses collègues. Elle remercie le Secrétariat d'avoir fourni un plus grand niveau de détail dans son rapport et reconnaît la difficulté d'exécuter des programmes lorsque 80 % du financement proviennent de sources volontaires. Elle demande si les retards sont dus à la réception tardive des contributions volontaires. À l'instar de ses collègues, elle fait remarquer que l'exécution du budget-programme accuse du retard dans plusieurs domaines. Concernant l'annexe 4, elle observe que ce document est riche en descriptions mais pauvre en détails concrets. L'état d'avancement « en bonne voie » n'est pas toujours étayé par les chiffres. Lors de son mandat à la présidence du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif, elle a été le témoin d'un certain scepticisme concernant le déploiement du GSM. Elle demande si le GSM atteint aujourd'hui ses objectifs ou s'il pose toujours des problèmes et, si tel est le cas, quelles mesures peuvent être prises pour les résoudre. Pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et répondre aux aspirations du Directeur régional, l'Organisation devra faire preuve d'un peu plus de transparence pour que les États Membres puissent voir clairement ce qui doit être fait.

Le Dr LEE Jong Koo (République de Corée) fait remarquer que, malgré la modification du système de gestion financière de l'OMS, la majorité des budgets des objectifs stratégiques a été exécutée à plus de 50 % ; il s'attend à ce que le Secrétariat poursuive son excellent travail et rende compte de leur pleine exécution lors de la prochaine réunion du Comité régional. Le format du document est clair mais serait encore meilleur si les objectifs stratégiques indiquaient le montant du budget alloué et le pourcentage de l'exécution. Si ses souvenirs sont exacts, le rapport sur le budget de 2008-2009 présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional avait présenté les résultats escomptés par objectif stratégique, avec des indicateurs et des cibles régionaux pour 2009. Il propose que les cibles budgétaires et l'état d'exécution soient également inclus dans le rapport intérimaire pour 2008-2009.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) se déclare satisfait du travail accompli et estime que le rapport en rend clairement compte. Un rapport intérimaire de ce type ne peut prétendre inclure toutes les activités relevant du plan stratégique. Il propose que le rapport comprenne à l'avenir un aperçu des progrès accomplis par rapport aux résultats escomptés à long terme et fait notamment référence au pourcentage de réalisation. Ceci permettrait également au Comité régional de veiller à ce que toutes les activités reçoivent l'attention qu'elles méritent. Il s'inquiète de l'importance des crédits budgétaires non utilisés alors que les initiatives des îles-santé ont besoin de fonds pour atteindre leurs objectifs.

Mme GIDLOW (Samoa) informe que le taux d'utilisation indiqué dans le budget programme 2008-2009 correspond à celui de Samoa. Elle se félicite des progrès accomplis dans le GSM depuis la dernière session du Comité régional. Elle demande si la date limite ne pourrait pas être repoussée à octobre 2009 de sorte que toutes les demandes pour une pleine utilisation des fonds existants puissent être satisfaites ; cela compenserait le retard causé par le passage au système de gestion mondial. Elle demande également si les fonds réservés à des bourses qui restent inutilisés pourraient être affectés à d'autres programmes ou au suivi de formations de courte durée sur place ou à l'étranger, offertes pendant l'exercice financier en cours. Ne souhaitant pas s'exprimer sur le degré de détail du rapport intérimaire, elle fait néanmoins observer qu'un travail énorme se fait et porte ses fruits.

Mme Debbie SORENSON (Tonga) se dit préoccupée par les montants inscrits au budget qui ne sont pas encore dépensés. La réalisation d'activités dépend de l'argent dont on dispose, et pourtant on dit aux pays qu'il n'y a pas de fonds disponibles. Un des domaines où les Tonga, comme beaucoup d'autres pays, souhaitent progresser notablement est la santé de la mère et de l'enfant. Or, seulement 40 % du budget consacré à ce domaine ont été dépensés.

L'obtention des résultats escomptés dans la Région pour atteindre l'objectif stratégique 4 réclamait une intensification de la recherche dans ce sens et l'accroissement des moyens de cette recherche. Toutefois l'heure de la recherche est passée et il convient à présent de réaffecter les fonds non dépensés à la mise en place de solutions pratiques et à la réalisation de programmes. Elle demande instamment que des fonds soient débloqués pour que des progrès puissent être faits dans ce domaine. Les difficultés associées à l'établissement d'un nouveau système de financement et de gestion dans une organisation aussi complexe et aussi vaste sont considérables, bien entendu, mais il est temps aujourd'hui d'avancer. Les Tonga sont impatients de travailler avec le Bureau régional pour améliorer le rendement des actions.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL, remerciant les représentants pour leurs commentaires constructifs, indique que des informations détaillées sur l'exécution du budget pendant toute la période biennale, informations dont la compilation a exigé une somme considérable d'heures de travail et de ressources, seront fournies dans le rapport final. Le rapport intérimaire présenté au Comité donne un aperçu général de l'exécution du budget programme 2008-2009 jusqu'à la fin de mai 2009 seulement. De plus, il ne mentionne les dépenses de personnel que jusqu'à la fin avril 2009. Si ces dépenses avaient été projetées jusqu'à la fin de la période financière, le taux d'utilisation des fonds aurait été de 79 % (au lieu des 62 % indiqués), soit à peine moins que les 82 % rapportés pour la période biennale de 2006-2007. Comme il l'a indiqué lors de sa présentation de cet ordre du jour, le lancement du système de gestion mondial dans la Région et au Siège de l'OMS, et l'installation du Centre mondial de services à la périphérie de Kuala Lumpur (Malaisie) ont perturbé la réalisation des activités en 2008. Il y eut une période où l'enregistrement des transactions a été gelé et où plusieurs problèmes ont surgi, choses auxquelles il faut s'attendre lorsqu'il s'agit d'implanter un système aussi vaste et aussi complexe. Des solutions ont été trouvées et grâce à des formations, le personnel est désormais capable d'utiliser le système. Même si certaines questions restent à résoudre, le GSM n'a plus d'incidence sur le taux d'exécution.

La réalisation de certaines activités, comme le programme de santé de la mère et de l'enfant, a souffert d'un manque de ressources. Ces activités sont financées en grande partie par des dons volontaires, qui, malheureusement, continuent d'être affectés de façon inégale aux divers objectifs stratégiques de l'Organisation. Il est beaucoup plus facile de mobiliser des fonds pour des activités servant la réalisation des objectifs 1 et 2, qui portent sur la lutte contre les maladies transmissibles, que pour celles axées sur les autres objectifs. Ce point est un souci pour l'action de l'Organisation tout entière, laquelle s'emploie à corriger le déséquilibre.

En réponse au représentant de Nauru, il déclare que l'apport d'un soutien au grand nombre de petits pays insulaires de la Région a toujours présenté des difficultés. La représentation de l'OMS dans le Pacifique est plus importante que celle de n'importe quelle autre institution des Nations Unies : il y a actuellement six bureaux de l'OMS dans les pays : les Fidji, Kiribati, Samoa, les Îles Salomon, les Tonga et le Vanuatu; et un représentant de l'OMS est également en poste dans les États fédérés de Micronésie depuis 2008. Pourtant, une représentation permanente coûte cher, et le soutien apporté ailleurs est fourni par une communication directe et des visites sur place. Le Bureau régional prendra des mesures pour accroître ses efforts à Nauru, qui, à l'heure actuelle, reçoit deux à trois visites par an, destinées à améliorer le taux d'exécution du budget programme alloué au pays.

Le Directeur régional a exprimé ses préoccupations quant au taux d'exécution des programmes et a donné des instructions pour que des activités de qualité se réalisent plus rapidement. Cette intervention a déjà porté ses fruits puisque le taux d'utilisation des contributions budgétaires s'établissait à la fin de juillet 2009 à 72 %, par rapport aux 62 % enregistrés en mai. Il ne doute donc pas de la pleine exécution du budget programme à la fin de l'exercice biennal.

Le DIRECTEUR, ADMINISTRATION ET FINANCES, répondant à une question posée par le représentant de la Nouvelle-Zélande, indique qu'environ 10 % des ressources totales ont été dépensées dans les pays insulaires du Pacifique et que les taux d'exécution dans cette sous-région concordent avec les taux relevés à l'échelle de la Région.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL se dit confiant au sujet de l'exécution complète du budget programme 2008-2009 et ne doute pas que celle-ci se fera conformément à toutes les règles et procédures. La présentation du rapport final est normalisée à l'échelle de toute l'Organisation, mais des tableaux supplémentaires et des explications y seront ajoutés afin que les États Membres de la Région aient une vision complète de l'exécution du budget programme régional. La portée du système de gestion mondial est telle qu'il était inévitable qu'il connaisse des problèmes de jeunesse. Lorsque lui-même est entré en fonction, il a dû passer un temps considérable à résoudre des problèmes liés au système. Toutefois, l'expérience aidant, le système subit des modifications et devient d'un usage plus convivial. De plus, le personnel se familiarise avec son utilisation. Il ne fait pas de doute que le temps viendra où ce système sera porteur de grands progrès sur les plans de la transparence, de la cohérence et de l'intégration de la gestion, à l'échelle des pays, de la Région et du monde, et sera à même de générer des informations quantitatives.

La séance est levée à 12 h 10.

ANNEXE 1

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT

Pour commencer, je voudrais vous remercier tous de m'accorder le privilège de présider la soixantième session du Comité régional OMS du Pacifique occidental et c'est un grand honneur pour moi. Je note que cette année, Hong Kong accueille le Comité régional pour la troisième fois, après la huitième session en 1957 et la quarante-troisième session en 1992. Cette soixantième session est mémorable car c'est la première réunion du Comité régional pour le Dr Shin Young-soo, notre Directeur régional. Elle est en outre une sorte de retour aux sources pour notre Directeur général, le Dr Margaret Chan. Comme il a été dit hier, la dernière fois que Hong Kong a accueilli le Comité régional, il y a 17 ans, c'est le Dr Margaret Chan, aujourd'hui Directeur général, qui en a assuré l'organisation. Je ferai tout mon possible pour être fidèle à la réputation d'hospitalité et d'excellence de Hong Kong et faire en sorte que le succès de cette session soit à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordé.

Mesdames et Messieurs les Représentants, nous avons tous souhaité hier la bienvenue à notre nouveau Directeur régional, le Dr Shin Young-soo. Nous l'avons écouté nous exposer sa vision de l'OMS dans la région du Pacifique occidental. Dans le rapport qu'il nous a présenté hier, il a salué les grandes réalisations de son prédécesseur, le Dr Omi, qui a contribué à améliorer la santé de tous les peuples de la Région du Pacifique occidental. Par ailleurs, il nous a tous engagés à ne pas nous endormir sur nos lauriers et à accorder toute l'attention requise aux nouveaux problèmes susceptibles d'avoir d'importantes répercussions économiques et sociales sur les États Membres.

De nouveau, le monde entier et notre Région sont confrontés à de nouveaux problèmes, sans précédent, dans la domaine de la santé. D'après ce que nous avons entendu hier, je ne doute pas que le Dr Shin a toutes les qualités nécessaires pour mener à bien la mission de l'OMS dans la Région et au-delà. Son objectif d'améliorer la santé là où cela est le plus nécessaire, en se fondant sur les principes d'équité et de singularité des pays, conjugué à sa détermination de rendre l'Organisation plus efficace pour mieux servir les pays dans un environnement sanitaire mondial en perpétuelle mutation sont, un véritable ballon d'oxygène, compte tenu des problèmes de santé persistants et croissants dans notre Région.

Le Dr Shin a pris les rênes d'une Région qui s'est acquis une solide réputation de solidarité et d'efficacité. Comme il l'a dit hier, nous sommes honorés de la présence parmi nous aujourd'hui de deux des piliers de la région du Pacifique occidental. Je veux parler du Dr Nakajima et du Dr S.T. Han. Vous conviendrez que, sans nul doute avec moi, si notre Région a à ce point progressé et si nous sommes en meilleure posture pour faire face aux problèmes qui se présentent, c'est grâce aux réalisations de ses prédécesseurs. Mais il reste encore beaucoup à faire. Nous sommes tous impatients de collaborer très étroitement avec vous et votre équipe, Monsieur le Dr Shin.

Nous avons cette semaine à notre ordre du jour plusieurs questions de santé représentant un véritable défi. Il s'agit notamment de la crise financière mondiale et du rapport de la situation sur la grippe pandémique

Annexe 1

H1N1 2009, deux tempêtes qui se sont abattues sur la région et le reste du monde. Maintenant que nous sommes réunis, nous avons la possibilité de mettre en commun nos connaissances et nos ressources pour nous attaquer de fond à ces problèmes en cette période critique. Nous comptons sur votre participation active aux discussions sur la crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique.

Nous aurons l'occasion d'évoquer et de chercher à mieux comprendre le phénomène en évolution permanente de la grippe A(H1N1). Cette menace continue à défier l'état de préparation et l'efficacité de nos systèmes de santé et elle affecte la santé des habitants de la Région. Les épisodes du SRAS et de la grippe aviaire nous ont enseigné d'importantes leçons et nous ont incité à renforcer nos moyens de surveillance et d'intervention. Mais il reste beaucoup d'incertitudes au sujet du H1N1 et nous devons apprendre les uns des autres et collaborer pour nous préparer à réagir et à faire face efficacement à la pandémie de grippe.

Nous allons examiner plusieurs documents d'orientation, ainsi que des cadres de politique et de programme qui aideront à orienter l'action des États Membres dans le domaine de la santé. Il s'agit de la Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015), le Plan d'action régional en faveur de l'initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014), le Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) et la Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique. Vous noterez que tous ces documents sont destinés à orienter nos efforts collectifs dans le but de mener une action plus stratégique et plus efficace dans l'ensemble de la Région. J'invite tous les participants à participer activement à nos débats. Il est important que nous sachions tous quelles sont les attentes et ce à quoi nous nous engageons. Au bout du compte, nous devons tous nous poser la question de savoir si nous avons été capables de donner suite aux engagements que nous avons pris. Alors seulement nous serons capables de dire si nous avons relevé le défi, individuellement en tant qu'État Membre et collectivement en tant que Région.

Nous allons faire le point sur notre action dans le domaine des maladies évitables par la vaccination, du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et des maladies non transmissibles – autant de questions importantes à notre époque. Il ne s'agit pas seulement de questions sanitaires. Le VIH/sida, par exemple, pose un problème mondial dans les domaines du développement et des droits de l'homme. Ce sont des questions qui dépassent le secteur de la santé et il est donc indispensable de collaborer efficacement avec d'autres secteurs, y compris le secteur privé.

Nous savons très bien que nous devons plus que jamais renforcer les moyens de riposte de nos systèmes de santé, même pour préserver les acquis concernant les objectifs de Millénaire pour le développement. Toutefois, dans certains pays de la Région, nous devons en faire beaucoup plus pour atteindre les OMD d'ici à 2015. Compte tenu du mandat de l'OMS, il incombe au Comité d'examiner le projet de budget programme 2010-2011 et d'en discuter ouvertement. Naturellement, nous savons aussi que la santé, y compris ses nombreux déterminants, concerne l'ensemble des instances gouvernementales et l'ensemble de la société. Nous devons donc mener une action plus énergique et prolongée en adoptant une démarche globale et inclusive.

À la fin de la semaine, le Comité examinera deux questions : la procédure de désignation du Directeur régional et les orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays. Il ne s'agit pas

Annexe 1

de questions faciles ; nos points de vue pourront diverger, mais je suis certain qu'au bout du compte, comme nous l'avons vu par le passé, nos décisions seront guidées par le souci de faire ce qu'il faut pour la Région.

Il est indispensable que nous définissions à cette session des axes politiques et des orientations stratégiques claires, nous facilitions le consensus et renforçons la coopération entre les pays et les territoires de la Région. Avec votre appui et votre coopération et sous la direction technique du Secrétariat de l'OMS je suis sûr que nous parviendrons à atteindre notre objectif et que la réunion sera productive et féconde.

Nous sommes confrontés à une situation sanitaire de plus en plus complexe et redoutable. Mais elle nous offre la possibilité de donner le meilleur de nous-mêmes au sein de nos organisations, de nos gouvernements et dans nos sociétés toutes entières. À force de volonté et de travail, nous pouvons faire de cette session l'étape déterminante qui préservera nos acquis et nous rapprochera de l'objectif de la santé pour tous.

Une fois de plus, je vous souhaite à tous la bienvenue à Hong Kong. Nous ferons tout notre possible pour que chaque représentant et chaque invité se sente comme chez lui. J'espère que vous aurez le temps de découvrir une ville que l'on a décrite comme « une métropole dynamique où l'Orient et l'Occident se mélangent d'une façon unique » et que vous en garderez un bon souvenir. Je vous souhaite d'apprécier, même pour quelques jours seulement, ce que ces deux mondes ont de mieux à vous offrir.

PROCÈS-VERBAL DE LA TROISIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Mardi, 22 septembre 2009, à 14 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Projet de budget programme 2010-2011	112
2. La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique	119

1. PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2010-2011 : Point 9 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/4)

Le DIRECTEUR RÉGIONAL déclare au Comité régional que le projet de budget programme 2010-2011 pour la Région du Pacifique occidental donne l'orientation opérationnelle, les résultats escomptés et les demandes de crédits budgétaires pour l'exercice biennal. Il a été élaboré en étroite collaboration avec les bureaux de pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS, et s'aligne sur le projet de budget programme 2010-2011 pour l'ensemble de l'Organisation, adopté à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.

S'élevant à 310 millions de dollars, le budget total proposé pour la Région du Pacifique occidental en 2010-2011 est en diminution de 13 % par rapport à l'exercice 2008-2009 et il est en conformité avec la baisse du budget programme pour l'ensemble de l'Organisation. Le contenu et la présentation sont semblables à ceux du budget programme 2008-2009, ce qui garantit la continuité et la comparabilité entre les exercices. Les résultats escomptés au niveau régional restent largement identiques à l'exception de quelques variations dans l'importance de certains domaines, reflétant l'évolution de la situation sanitaire mondiale et les changements correspondants nécessaires pour les activités de l'OMS. Ces variations comprennent de nouveaux résultats escomptés pour certains objectifs stratégiques : action en cas de flambée, redressement et situations d'urgence, effets du changement climatique sur la santé publique et sécurité des patients.

Le défi pour l'Organisation est de parvenir à un financement équitable de l'ensemble du budget programme, comportant les objectifs stratégiques techniques de 1 à 11, ainsi que de permettre la réalisation des objectifs stratégiques 12 et 13. Le budget programme général de l'Organisation, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, doit être considéré comme une « aspiration ». Cela s'applique aussi au projet de budget programme pour la Région du Pacifique occidental. Le Directeur régional explique qu'il utilise le terme d'aspiration parce que, tout en étant nécessaire pour l'Organisation de maintenir ses ambitions, la difficulté réside dans le fait de financer la totalité du budget programme et de veiller à ce que tous les objectifs stratégiques aient un financement équitable. Le Directeur général n'a ménagé aucun effort pour faire entrer davantage le budget dans la réalité des recettes projetées. Néanmoins, la proportion des contributions fixées se réduit dans le total des ressources reçues et, en 2010-2011, elles ne représenteront que 25 % du total budgétisé pour la Région. Pour les 75 % restants, l'OMS doit recourir aux contributions volontaires données par divers partenaires et elles sont, dans la plupart des cas, à objet désigné. Par conséquent, l'Organisation a de grandes difficultés pour aligner équitablement le financement de tous les objectifs stratégiques, ce qui est apparu clairement dans le rapport intérimaire pour 2008-2009, discuté au point précédent de l'ordre du jour. L'exécution réelle pour l'obtention des résultats sera mesurée à l'aide d'indicateurs et de cibles et des efforts considérables ont été faits pour rendre ces indicateurs plus mesurables et plus judicieux.

Bien que le budget programme 2010-2011 ait été en grande partie préparé avant le début de son mandat en février 2009, le Directeur régional estime que c'est un cadre solide pour l'activité de l'Organisation au cours du prochain exercice. Il s'est déjà engagé à collaborer étroitement avec tout le personnel pour la planification opérationnelle et l'exécution du budget, et cet engagement va se poursuivre. Compte tenu de l'évolution de la situation économique, le financement et l'exécution du budget programme seront un défi, mais il ne ménagera aucun effort pour y parvenir avec l'appui des États Membres.

Le Dr REN Míng-hui (Chine) demande tout d'abord comment les allocations budgétaires ont été faites, gardant à l'esprit la nécessité de réagir à l'évolution de la situation sanitaire dans la Région, tout en maintenant simultanément une augmentation zéro du niveau budgétaire, conformément à la résolution adoptée récemment à l'Assemblée mondiale de la Santé. Deuxièmement, relevant que les domaines de préoccupation en santé publique sur lesquels on met traditionnellement l'accent devaient être plus généreusement pourvus aux dépens d'autres, comme les maladies non transmissibles chroniques, il appelle à une étroite coopération entre les États Membres dans l'intérêt de coordonner les allocations budgétaires et de les aligner sur leurs besoins. Troisièmement, il faudra donner à l'avenir davantage d'informations sur l'utilisation véritable des allocations budgétaires et les résultats obtenus.

Mme Sally GOODSPEED (Australie) salue les améliorations apportées au projet de budget programme en ce qui concerne l'orientation opérationnelle, les résultats escomptés et les demandes de crédits budgétaires, ainsi que l'alignement plus rigoureux sur les résultats escomptés à l'échelle de toute l'Organisation. La ventilation du budget selon les États et Territoires est une autre nouveauté bienvenue dans la mesure où il est de plus en plus important de faire ces distinctions. Elle demande des éclaircissements sur la manière dont les cibles fixées seront atteintes avec des allocations de ressources réduites, notamment en ce qui concerne les objectifs stratégiques 4 et 7, dont on sait déjà qu'ils risquent de ne pas être atteints. Ces objectifs sont particulièrement préoccupants car ils sont liés au troisième et au cinquième objectifs du Millénaire pour le développement, qui portent respectivement sur l'égalité des sexes et sur la santé maternelle et qui enregistrent déjà un sérieux retard.

M. Nobuyuki TAKAKURA (Japon) exprime son appui au déplacement des priorités dans le projet de budget programme et se félicite de la garantie d'un engagement plus large dans tous les domaines de la santé publique. L'efficacité est cruciale si l'on veut atteindre les objectifs avec un budget limité, en particulier à une époque de crise économique mondiale. Le Japon est résolu à poursuivre ses contributions volontaires pour financer les activités de l'OMS dans la Région, en particulier dans le domaine des maladies transmissibles et celui des maladies liées aux modes de vie. Il cherche aussi à engager un dialogue actif avec le Bureau régional pour favoriser l'élaboration de programmes horizontaux, conçus pour renforcer et améliorer les systèmes de santé. À cette fin, il est important de développer des ressources humaines suffisamment qualifiées, un autre domaine dans lequel le Japon souhaite coopérer avec le Bureau régional du Pacifique occidental. Enfin, il déclare attendre les résultats de l'engagement pris fermement par le Directeur régional d'éliminer les derniers défauts dans le GSM.

Le Dr Ma. Virginia ALA (Philippines) exprime son soutien à l'approche basée sur les résultats adoptée pour l'ensemble de l'Organisation et dans le projet de budget programme 2010-2011, ainsi que son appréciation pour les indicateurs régionaux finement ajustés et les cibles réalistes qui ont été déterminées et qui serviront d'orientation pour les domaines prioritaires attendus. Les Philippines demandent que leur contributions fixées pour 2010-2011 soient maintenues à leur niveau actuel, afin de poursuivre l'exécution des plans qui doivent permettre de réaliser les objectifs stratégiques et d'assurer un appui plus homogène avec ses plans sanitaires à moyen terme par le biais du projet de développement de l'ensemble du secteur de la santé (Sector Development Approach for Health).

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) reconnaît l'importance de « rafraîchir » les résultats escomptés pour les objectifs stratégiques 1, 5, 8 et 10, et se félicite de la flexibilité du Bureau régional pour intégrer

dans son activité l'évolution de la situation sanitaire mondiale. Il sollicite une explication pour la baisse de 37 millions de dollars dans le projet de budget programme et demande quelle action est prévue face à tout problème susceptible de survenir par suite d'une légère réduction des contributions volontaires régionales, en gardant à l'esprit les effets potentiels d'un ralentissement économique mondial durable dans ce contexte. Il pose un certain nombre d'autres questions : compte tenu des nombreuses activités décrites en relation avec sept objectifs, est-il nécessaire de continuer à établir des priorités entre les principaux domaines d'intérêt ? Quelles interventions spécifiques le Bureau régional envisage-t-il pour s'occuper de la question essentielle de l'inégalité entre les sexes ? Quelle formation et quels moyens le personnel de l'OMS au niveau régional et celui des pays ont-ils pour entreprendre des analyses dans ce domaine et fournir un appui aux États Membres ? Le Bureau régional a-t-il l'intention de s'intéresser plus spécifiquement à l'aide aux pays et aux régions dans les pays où les taux de mortalité de la mère et de l'enfant sont les plus élevés et quelles initiatives sont prévues dans ces domaines ?

Il souscrit sans réserve à l'intention du Bureau régional de coordonner ses activités avec d'autres organisations techniques et partenaires du développement, d'aligner l'aide sur les systèmes et les moyens existants dans les pays et de mieux intégrer la prestation des services, tous ces points étant essentiels dans la situation des systèmes de santé du Pacifique qui ont une envergure et des ressources humaines limitées. La baisse anticipée du financement pour l'objectif stratégique 3 est décevante cependant et il veut en connaître la raison. Il demande aussi des détails sur l'augmentation étonnement grande des contributions fixées et volontaires pour l'objectif stratégique 13. Enfin, il estime que la rénovation de la Salle de conférences du Bureau régional doit être entièrement financée par des dons extrabudgétaires.

Mme GIDLOW (Samoa) déclare que, pour son pays, le projet de budget programme pose le problème du lien avec son programme d'approche sectorielle pour la santé, grâce auquel un cadre de dépenses à moyen terme a été créé, ainsi qu'un manuel de suivi et d'évaluation des résultats du système de santé du Samoa. En association avec la Banque mondiale, l'OMS a aidé le Samoa à établir ses comptes nationaux pour la santé, qui donnent une base claire de ressources pour ce secteur. Elle prie instamment l'OMS de veiller à ce que les principes d'harmonisation énoncés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide soit appliqués, lorsqu'il s'agira d'exécuter le projet de budget programme 2010-2011.

M. Liow Tiong LAI (Malaisie) relève que le projet de budget programme 2010-2011 diffère du budget de l'exercice précédent dans les domaines des situations d'urgence, de l'action en cas d'épidémies, du redressement, du changement climatique et de ses effets sur la santé publique et de la sécurité des patients. Afin de déterminer ce que son pays allait demander en matière d'assistance technique pour le prochain exercice biennal, le Ministère de la Santé a fait une évaluation des besoins et présenté les résultats au Bureau de l'OMS en Malaisie. Le Ministère sera heureux de continuer à apporter sa contribution aux programmes régionaux et mondiaux de l'OMS en accueillant des réunions, en proposant des experts et en recevant des boursiers étrangers. La Malaisie a établi un centre de lutte contre les maladies, principalement pour les maladies tropicales. Elle approuve sans réserve le projet de budget programme 2010-2011.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) se félicite de l'intégration du Plan stratégique à moyen terme dans le cadre de gestion de l'OMS axé sur les résultats, car elle permet de planifier sur plusieurs exercices. Il note avec satisfaction que l'Organisation a mobilisé des contributions volontaires en faveur de ses objectifs de santé publique mais il s'interroge sur le rôle de la Région dans l'acquisition de ces fonds. Il souhaite avoir

l'assurance que les dépenses d'appui associées à l'augmentation du nombre d'activités financées par les contributions volontaires sont correctement recouvrées. Son Gouvernement encourage vivement le Bureau régional à maîtriser les coûts gestionnaires et administratifs et à faire en sorte qu'il y ait suffisamment de fonds pour financer les activités administratives essentielles, par exemple par une redevance commune sur les dépenses de personnel.

Son Gouvernement offre au Secrétariat de l'aider à faire en sorte que les indicateurs de performance figurant dans le projet de budget programme indiquent précisément dans quelle mesure les activités des pays et du Bureau régional contribuent à améliorer la santé, à ce qu'ils ne soient pas subjectifs et à ce qu'ils reposent sur une grille permettant de distinguer succès et échecs. Certains indicateurs devraient être réorientés afin de montrer plus clairement si la couverture des services de santé a augmenté, si leur qualité s'est améliorée et s'ils sont devenus plus accessibles, plutôt que d'indiquer simplement qu'une assistance technique a été fournie.

Mme LEE Kyung-eun (République de Corée) estime que le projet de budget programme 2010-2011 est globalement cohérent même si certaines cibles fixées pour 2008 ont malheureusement été révisées à la baisse. Elle compte que le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 sera bien exécuté et elle promet la pleine coopération de son pays avec l'OMS.

Le Dr Lopeti Paula VIVILI (Tonga), notant que le budget trahit les difficultés financières actuelles, remercie l'Australie, Hong Kong (Chine), la Nouvelle-Calédonie et la Nouvelle-Zélande d'avoir renoncé au financement de l'OMS pour 2010-2011, laissant ainsi davantage de fonds pour des pays en développement comme le sien. Étant donné qu'on prévoit une diminution globale des contributions évaluées et des contributions volontaires, tous les États Membres verront les fonds qui leur sont alloués diminuer sensiblement, ce qui les obligera à revoir leurs priorités. Le Secrétariat a indiqué que le système mondial de gestion fonctionnait mieux et c'est encourageant, mais son pays continue à rencontrer des problèmes importants. Il propose des cibles plus ambitieuses pour la santé de la mère et de l'enfant et constate avec préoccupation que le budget destiné aux maladies non transmissibles est insuffisant étant donné que, d'après les estimations de l'OMS, ces maladies représenteront 73 % de la mortalité totale et 60 % de la charge de la maladie d'ici à 2020. Selon certaines estimations, certains pays et territoires insulaires du Pacifique enregistrent déjà des taux de cet ordre.

Le Dr SHARMA (Fidji) estime essentiel de maintenir voire de renforcer les objectifs, les stratégies et les activités en matière de développement des ressources humaines. Conserver un personnel de santé en nombre suffisant, efficace et compétent est une gageure pour son pays et pour beaucoup d'autres. Un appui devrait être fourni pour renforcer les initiatives de formation en cours d'emploi comme le réseau de formation sanitaire dans le Pacifique. En ce qui concerne le renforcement des capacités institutionnelles, il faut fournir un appui aux pays qui projettent d'instaurer des mécanismes de financement des soins de santé pour compléter les fonds publics. Il se félicite de l'engagement qu'ont pris les gouvernements et d'autres partenaires de verser des contributions volontaires, lesquelles sont cruciales en période de difficultés économiques. Il souscrit au projet de résolution concernant l'approbation du projet de budget programme 2010-2011.

M. ZIBE (Papouasie-Nouvelle-Guinée) estime que tous les pays auraient dû être invités à participer à la préparation du projet de budget programme. Le budget proposé pour son pays se compose essentiellement de contributions volontaires émanant de partenaires du développement, dont beaucoup sont représentés au Comité régional, et qu'il remercie de leur appui continu. Il note que la Papouasie-Nouvelle-Guinée ne recevra aucun

financement pour l'objectif stratégique 9. Le Secrétariat est parfaitement conscient du problème généralisé de la malnutrition chez les mères et les enfants de son pays, en particulier de la carence en micronutriments, et il demande que des crédits spéciaux soient prévus dans le budget définitif pour élaborer des normes et renforcer les capacités techniques. Son pays souscrit au projet de budget programme 2010-2011.

M. PHAM LE TUAN (Viet Nam) remercie l'OMS du soutien qu'elle apporte continuellement à tous les niveaux du système de santé de son pays. Elle a fourni un appui technique pour développer les capacités et pour mettre en place un système de santé stable, conforme aux normes internationales. De plus, l'OMS sert d'intermédiaire entre les donateurs et le secteur de la santé de son pays. Elle a prêté son concours à la lutte contre les maladies transmissibles. Elle a aussi contribué, par une assistance technique, à la sécurité sanitaire des aliments et à la formation de techniciens de laboratoire. Il ne doute pas que l'OMS continuera à fournir un appui au secteur de la santé du Viet Nam pendant l'exercice 2010-2011. Le projet de budget programme définit des objectifs clairs concernant le développement des services de santé et la coopération. Il soutient sans réserve les réformes proposées par le Directeur régional.

Répondant aux observations formulées, le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL explique qu'à cause de la crise financière mondiale le Directeur général a dû prendre des décisions difficiles pour établir le montant global du budget programme 2010-2011. L'augmentation de 15 % possible lors de l'exercice précédent n'a pu raisonnablement être maintenue et il a fallu imposer une discipline budgétaire et financière. Il a donc été décidé de réduire de 10 % tous les programmes de base de l'OMS, réduction qui s'applique de façon égale à toutes les Régions, mais elles continuent à recevoir le même pourcentage du budget global, soit 8,7 % dans le cas de la Région du Pacifique occidental.

On utilise plusieurs mécanismes pour répartir plus équitablement les fonds dans l'ensemble de l'Organisation. Premièrement, un groupe consultatif sur la gestion des ressources financières, composé des sous-directeurs généraux de l'OMS et des directeurs de la gestion du programme dans les Régions, se réunit plusieurs fois par an. Deuxièmement, un réseau mondial rassemblant un sous-directeur général de l'OMS, un directeur régional de la gestion du programme et des membres de chacun des bureaux régionaux examine le financement prévu pour chacun des objectifs stratégiques. Troisièmement, dans chaque bureau régional, un comité du programme veille ce que les crédits soient répartis équitablement entre les objectifs stratégiques et les pays.

Un obstacle à une répartition équitable des fonds est l'affectation des contributions volontaires, car les donateurs ont tendance à financer les activités de lutte contre les maladies transmissibles plutôt que des domaines comme la santé de la mère et de l'enfant. Tous les crédits flexibles provenant des contributions volontaires de base sont alloués à des domaines insuffisamment dotés. Les objectifs stratégiques 12 et 13 sont considérés comme des objectifs visant à instaurer des « conditions propices » et portent sur des aspects administratifs et sur le soutien, et les fonds qui leur sont alloués sont insuffisants. Bien que les coûts d'aide aux programmes couverts par des contributions volontaires soient fixés à 13 %, ce pourcentage est inférieur pour les situations d'urgence et les accords spéciaux ; la moyenne se situe donc aux alentours de 7 %, ce qui est insuffisant pour atteindre les objectifs stratégiques 12 et 13. Plusieurs mesures ont été prises pour allouer davantage de crédits à ces objectifs, comme de leur affecter un pourcentage uniforme des contributions fixées dans l'ensemble de l'Organisation. Pour ramener cette proportion de 44 % environ à 60 %, il a fallu diminuer les crédits affectés à ces objectifs. On a tenté d'absorber cette diminution, mais le budget programme de

certain pays a dû être réduit, comme celui des Philippines par exemple. Parmi les autres mesures prises pour allouer des fonds suffisants aux objectifs stratégiques 12 et 13 figure un prélèvement sur les dépenses de personnel.

Répondant aux questions sur les indicateurs, il dit que le plan stratégique à moyen terme couvrant une période de six ans est fondé sur le budget programme 2008-2009 et que les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont les mêmes pour 2010-2011. L'incidence du plan sur la santé ne sera sensible qu'au bout de six ans ; on ne peut pas attendre des résultats au bout de deux ans. Actuellement, il y a plus d'entrées que de sorties. On s'est efforcé d'améliorer les indicateurs en formant le personnel et en procédant à un examen collégial. Il remercie le représentant des États-Unis d'Amérique d'avoir proposé au Secrétariat de l'aider à affiner les indicateurs.

Notant la préoccupation des délégués au sujet de la baisse des crédits alloués aux maladies non transmissibles, il précise que ce domaine reste une priorité pour le Directeur régional. Malgré une baisse de 6 % dans le projet de budget programme des fonds alloués à cet objectif stratégique dans la Région, cette baisse reste inférieure à la baisse de 10 % appliquée aux programmes de base de l'OMS, et il estime que les crédits alloués aux maladies non transmissibles correspondront aux recettes escomptées.

Répondant au représentant de la Nouvelle-Zélande à propos de la formation aux considérations de sexe, il indique que le personnel du Bureau régional a suivi une formation en 2009 et que des programmes similaires seront assurés dans les bureaux de pays en 2010. La lutte contre la violence au sein de la famille est une composante des objectifs stratégiques 3 et 4. Bien que ce domaine ne figure pas dans les résultats escomptés, les travaux seront étendus.

Il dit au représentant des États-Unis d'Amérique qu'il fournira des chiffres précis sur les ressources qui ont été mobilisées. Le total dépasse celui de l'exercice précédent grâce à une diversification des sources de financement, par exemple les crédits alloués par l'Espagne aux objectifs du Millénaire pour le développement. Les contributions volontaires reçues au Siège de l'OMS sont distribuées au niveau des pays et les bureaux de pays collectent eux aussi des fonds.

Le DIRECTEUR, ADMINISTRATION ET FINANCES, explique que la contribution globale évaluée pour 2008-2009 a diminué suite à la nouvelle procédure d'adoption de la résolution portant ouverture de crédits par l'Assemblée mondiale de la Santé. Les contributions évaluées comprennent maintenant ce que l'on appelait auparavant les contributions provenant du budget ordinaire et les recettes diverses, qui constituent les recettes prévues. En 2008-2009, les recettes se montaient à quelque 30 millions de dollars, contre 15 millions de dollars environ en 2010-2011. La contribution évaluée s'en est trouvée diminuée et le budget de la Région a diminué proportionnellement.

Concernant les objectifs stratégiques 12 et 13, les crédits n'ont pas atteint le niveau prévu de financement au budget 2008-2009. C'est pourquoi certains domaines d'activité ont été placés au rang des priorités. Le représentant de la Nouvelle-Zélande a soulevé le problème de la rénovation de la salle de conférence du Bureau régional qui, tout comme d'autres travaux de réfection nécessaires, font partie du plan global qui n'a pas reçu de fonds. Le financement des objectifs 12 et 13 sera revu dans le budget 2010-2011. Si des fonds supplémentaires sont générés, les travaux se poursuivront, et la remarque du représentant de la Nouvelle-Zélande sera prise en compte.

Le GSM a été considérablement amélioré. Toutefois, il prend note de la remarque du représentant du Japon selon laquelle les transactions initiales sont peut-être toujours en souffrance et il promet de mener une enquête et de les régler le plus rapidement possible.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL formule des observations sur la différence qui existe entre les budgets approuvés par les instances nationales et ceux de l'OMS. La différence majeure est que, dans le cas du premier cité, les budgets approuvés représentent effectivement les fonds qui seront disponibles au début de la période d'exécution. Dans le cas de l'OMS, en revanche, seulement 25 % environ du montant approuvé peut être prévu et disponible dès le début de l'exercice pour lequel il a été approuvé. Ce montant provient des contributions fixées. Le reste provient des contributions volontaires, et sont normalement imprévisibles et allouées de telle manière que les montants approuvés dans le budget programme sont essentiellement ambitieux.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL explique que cela a deux conséquences principales sur la mise en oeuvre des activités et les résultats régionaux escomptés tels qu'approuvés dans le budget programme. Premièrement, ne sachant pas à l'avance si les fonds seront reçus et quand ils seront reçus au cours de chaque exercice, il est virtuellement impossible pour la Région de planifier une exécution complète et détaillée du budget. Deuxièmement, étant donné les contraintes propres aux fonds alloués par les bailleurs, il est également difficile de parvenir à des taux de mise en oeuvre de même niveau pour tous les objectifs stratégiques. Quelles que soient les priorités déterminées par les États Membres dans le processus budgétaire, l'exécution effective est en grande partie déterminée en fonction de la disponibilité des ressources.

Ainsi, pour répondre au représentant de la Nouvelle-Zélande qui souhaite savoir comment la Région va absorber la réduction de 13 %, soit 32 millions de dollars, dans le budget 2010-2011, le Directeur régional estime que cela ne devrait pas être trop difficile car, même avec une réduction de 13 %, le budget prévu pour 2010-2011 s'élève à 312 millions de dollars, ce qui représente toujours un montant bien supérieur aux 250 millions de dollars du budget prévu pour 2008-2009. Les dépenses réelles seraient même moindres comme le montre le besoin de reporter une partie des fonds sur 2010-2011. Ainsi, la Région peut accroître son activité malgré un plafond budgétaire réduit, même si ce plafond est passé théoriquement de 350 millions en 2008-2009 à 312 millions. Il rappelle au Comité régional que sur une période de dix ans, soit cinq exercices biennaux, les contributions fixées sont restées stables, entre 75 et 80 millions de dollars. Cependant, les contributions volontaires sont passées de 47 millions en 2000-2001 à 232 millions en 2010-2011. La Région reçoit habituellement environ 70 % du budget total prévu.

En ce qui concerne la question de flexibilité, le Directeur régional note que les contributions volontaires allouées à la réalisation des objectifs stratégiques varient considérablement et certains programmes clés de l'OMS tels que les maladies non transmissibles, la nutrition, la santé de la mère et de l'enfant et la sécurité sanitaire des aliments, reçoivent moins que ce qu'exigent ces programmes. Il est important de trouver le moyen d'équilibrer cette situation, ce qui explique pourquoi la mobilisation des ressources est un domaine prioritaire. Il suggère d'examiner la possibilité d'un dialogue novateur avec les bailleurs de fonds, la possibilité de reprogrammer les fonds dans le cadre du plan stratégique à moyen terme, et de trouver des méthodes de travail différentes. Par exemple, envisager différentes façons d'atteindre les objectifs stratégiques, les activités étant dirigées par le seul Bureau régional, ou par le Bureau régional et ses partenaires ou encore par

des organismes qui sont prêts à se charger d'activités spécifiques jugées déterminantes pour améliorer la santé des populations des États Membres. Il promet d'identifier les domaines prioritaires et, en collaboration avec les États Membres et le Siège de l'OMS, d'accélérer les progrès et de faire en sorte que les résultats escomptés pour la Région soient obtenus.

En réponse au représentant de la Nouvelle-Zélande qui s'est dit inquiet de la lenteur des progrès accomplis vers les quatrième et cinquième objectifs du Millénaire pour le développement, il fait remarquer que la plupart des pays de la Région ont déjà, en fait, atteint ces objectifs. Toutefois, le Bureau régional s'est engagé à aider ceux qui n'y sont pas encore parvenus. Actuellement, dans le cadre d'un nouveau programme, le Cambodge, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique populaire lao ont été désignés pays hautement prioritaires lorsqu'il s'agit avant tout d'améliorer les systèmes de santé en revitalisant les soins de santé primaires et l'éducation sanitaire, dans le but d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant. De nombreux partenaires internationaux ont accueilli favorablement ce modèle, qui n'en est encore qu'à ses premiers stades, et leur contribution sera particulièrement précieuse au cours des années à venir. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant n'est pas une tâche facile mais exige que l'on agisse sur plusieurs fronts pendant une période prolongée pour parvenir aux meilleurs résultats possibles.

En l'absence de toute autre remarque, le PRÉSIDENT demande aux Rapporteurs de préparer un projet de résolution qui sera examiné ultérieurement au cours de la session.

2. LA CRISE FINANCIÈRE MONDIALE ET SON IMPACT SUR LA SANTÉ EN ASIE ET DANS LE PACIFIQUE : Point 10 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/5)

En présentant le document de travail sur la crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique, le DIRECTEUR RÉGIONAL explique au Comité qu'un document d'information est joint en annexe et présente les données les plus récentes sur la situation, tirées des statistiques du Fond monétaire international et de la Banque asiatique de développement. Le document de travail décrit la crise financière dans le monde et dans la Région du Pacifique occidental. Il présente les actions menées par l'OMS aux niveaux mondial, régional et national et celles proposées par les États Membres et par le Secrétariat.

Cette crise est de nature incertaine et évolutive, tant dans le monde que dans la Région. Le document d'information fait apparaître des différences notables dans les estimations de la croissance économique d'un pays à l'autre, certains étant moins touchés que d'autres. Ces écarts peuvent être liés à l'efficacité des actions menées dans les pays pour faire face à la crise ou ils peuvent être dus au fait que l'économie d'un pays est moins dépendante de l'économie mondiale. Malgré des signes de reprise de la croissance dans certains pays, la plupart risquent toujours de ressentir, avec un décalage, les effets pernicieux de la crise tels que la hausse du chômage, la baisse des exportations et du tourisme et la diminution du volume des fonds envoyés aux familles, au fur et à mesure de son évolution. S'agissant de la santé publique, de nombreux pays ont maintenu voire augmenté leurs dépenses et il rend hommage à tous ceux qui ont pu le faire. Cependant, un certain nombre de pays ont dû ou vont réduire leurs budgets de santé du fait de la crise.

La situation étant donc extrêmement incertaine, l'OMS est restée déterminée à surveiller dans la Région les incidences de la crise sur la santé en évaluant de façon continue les budgets de la santé et les prix des médicaments, et en collaborant avec ses partenaires tels que la Banque asiatique de développement,

l'Organisation internationale du Travail et d'autres organismes des Nations Unies, pour mieux appréhender cette situation en constante évolution.

Il est important que les États Membres continuent d'atténuer les effets pernicioeux de la crise sur la santé. Pour ce faire, ils peuvent maintenir voire même augmenter les investissements dans la santé, tout en protégeant les plus pauvres et les groupes vulnérables. Cette crise peut être vue comme une opportunité d'intensifier la réforme des systèmes de santé, en particulier des politiques de financement de la santé. Il attend avec intérêt les discussions du Comité régional sur ces questions et les conseils et recommandations qui en résulteront,

Le Dr DUQUE (Philippines) fait remarquer que la crise financière a d'abord commencé dans les pays industrialisés et que désormais, les pays en développement sont également touchés. Aux Philippines, les exportations ont baissé de 2,9 % en 2008 et il est probable que les fonds envoyés aux familles diminueront de 7 à 10 % en 2009. Les investissements directs de l'étranger, qui représentaient 2,9 milliards de dollars en 2007, ont baissé de moitié en 2008 et l'on s'attend à ce qu'ils chutent à 500 millions de dollars en 2009. Environ 2,6 millions de personnes sont sans emploi et 6,5 millions sont sous-employés.

La crise financière risque de rendre difficile pour les systèmes de santé la fourniture des biens et services essentiels. Aux Philippines, la crise financière qui a touché l'Asie en 1997 a entraîné une baisse des dépenses de santé de 6 % et une hausse du prix des médicaments et des services médicaux de 40 %. Dans le même temps, la couverture vaccinale est passée de 89,8 % en 1996 à 74,9 % en 1998.

Les Philippines approuvent le projet de cadre d'action sur la crise financière et sur la santé dans le monde, qui devrait les aider à faire sortir le secteur de la santé de la crise dans d'assez bonnes conditions. Le Gouvernement des Philippines a déjà pris les mesures suivantes : préservation de la santé et investissement dans le développement pendant la crise économique, révision des politiques de financement des soins de santé pour assurer une protection financière, notamment en faveur des pauvres et des populations vulnérables, élaboration de politiques de santé favorables aux pauvres en s'inspirant de l'approche des soins de santé primaires et enfin surveillance continue des effets de la crise sur la santé. Les Philippines apprécieront toute l'aide que l'OMS pourra leur apporter pour rendre ces initiatives viables.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) prend acte des actions proposées à la fin du document. Dans son pays, une partie considérable du budget est consacrée à la santé et à l'éducation : 10 % en moyenne alloués à chacun de ces deux domaines qui ont toujours été considérés comme des priorités. Il suppose que le document vise à inciter les gouvernements de la Région à allouer suffisamment de fonds à la santé, pour atteindre les différents objectifs et les cibles liés au développement de la santé. Il conteste le point de vue énoncé dans le document, selon lequel le financement relève de la responsabilité du secteur de la santé.

Le Dr KUARTEI (Palaos) convient que la crise financière aura des répercussions sur la santé tout en faisant observer que les crises sanitaires ont un effet réciproque sur l'économie. Deux études récentes sur le financement des ménages aux Palaos, l'une réalisée par le Programme des Nations Unies pour le développement et l'autre par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, ont conclu que de nombreuses familles pauvres n'ont pas les moyens de faire face aux crises. Les populations vulnérables, qu'elles soient pauvres ou non, ont besoin d'un filet de sécurité mis en place par les pouvoirs publics car l'incapacité de se procurer des produits peut être due à des pénuries plutôt qu'à leur coût. La pauvreté et la

capacité d'adaptation devraient être définies en termes sociaux et non pas uniquement financiers. Les cultures traditionnelles peuvent atténuer les effets du ralentissement de l'activité économique. Les Palaos demandent à l'OMS de se concentrer sur cette question, en espérant que de nouvelles initiatives verront le jour.

M. ZIBE (Papouasie-Nouvelle-Guinée) note que la crise financière affaiblit les systèmes de santé, la fourniture et l'approvisionnement de produits médicaux et le financement de la santé. L'appel lancé en faveur du renforcement des services, en particulier par le biais des soins de santé primaires, est d'une importance capitale en période de crise. Dans les petites économies, les prix des biens et services ont été fortement influencés par les événements ayant secoué la Région et le reste du monde. Il propose à cet égard une nouvelle mesure : « que l'OMS mette en place un mécanisme pour suivre l'impact des prix des médicaments essentiels et du matériel médical, afin de trouver les moyens d'aider ceux qui en ont besoin ». La crise entraîne entre autres l'augmentation immédiate des prix des médicaments et du matériel, qui sont essentiellement fabriqués hors des petits États Membres.

Mme Justina LANGIDRIK (Îles Marshall) indique que son pays appuie sans réserve les priorités de l'OMS concernant la crise financière mondiale. La santé et l'éducation restent les premières priorités du gouvernement. Les maladies non transmissibles imposent une charge au système de santé, notamment en termes de soins de santé primaires. La restructuration des systèmes de santé avec les ressources disponibles n'est pas une tâche facile, surtout lorsque les services de santé ont été dangereusement fragilisés par la flambée des prix des produits alimentaires et les catastrophes économiques. Le Ministère de la Santé procède à l'examen de ces données et politiques pour assurer la pérennité des services de santé malgré la crise financière, en renforçant les soins de santé primaires, afin d'atteindre l'objectif du projet Îles-santé et les objectifs du Millénaire pour le développement. Les Îles Marshall réaffirment leur engagement vis-à-vis de la participation de la communauté et des parties prenantes aux soins de santé et espèrent travailler avec l'OMS et ses partenaires dans le cadre de cette initiative.

Le Dr SKILLING (États fédérés de Micronésie) approuve le rapport, qui décrit bien la situation dans les pays pauvres en développement. Si la crise permet de procéder à une réévaluation et à une réforme, elle recommande toutefois que les indicateurs sur les comptes nationaux de la santé proposés à la réunion soient adaptés à chaque pays. L'indicateur sur le financement de la santé, qui utilise l'augmentation des achats de médicaments délivrés sans ordonnance, ne pourrait pas être appliqué dans les États fédérés de Micronésie car ces médicaments sont plus chers en pharmacie que dans les hôpitaux publics et ne sont pas couverts par l'assurance-maladie.

Les contributions du gouvernement local et des donateurs externes au budget de la santé sont en baisse tandis que le gouvernement a réduit sa main-d'oeuvre et que les agents de santé migrent à la recherche d'un avenir meilleur. Les États fédérés de Micronésie comptent sur l'assistance technique de l'OMS pour exécuter les propositions décrites dans le document.

M. KAHU (Vanuatu) évoque l'effet de la crise financière sur tous les pays insulaires du Pacifique, et en particulier les préjudices liés à l'inflation du prix des carburants et des denrées alimentaires. L'économie du Vanuatu est petite et vulnérable aux forces s'exerçant sur les autres marchés. Elle s'est développée au rythme de 6 % par an pendant les années qui ont précédé la crise et devrait continuer de croître pendant les années à venir.

Le système économique du Vanuatu est double. Il est constitué d'un secteur structuré qui traite avec le monde extérieur et d'un secteur local où la monnaie d'échange est constituée de défenses de sangliers, de coquillages et de nattes. Près de 80 % de la population utilise cette économie traditionnelle, reconnue par le gouvernement, et qui a représenté un dispositif de sécurité important face à la crise financière. Les familles, les collectivités et les réseaux sociaux ont contribué à la protection de la population. À cet égard, les effets de la crise ont été plus durement ressentis en zones urbaines, dans les secteurs de la finance et du tourisme, et par les travailleurs migrants employés à la cueillette de fruits en Nouvelle-Zélande, qui représentent tous d'importantes sources de revenus. En zone rurale, l'augmentation du prix des denrées de première nécessité et des carburants a été plus préoccupante que le manque de liquidités. Le Ministère de la Santé prie instamment le gouvernement d'augmenter son investissement dans les partenariats pour la santé afin de soutenir la croissance économique et d'éviter l'érosion de la santé publique.

Le Vanuatu se félicite des efforts déployés par l'OMS pour aider les pays insulaires du Pacifique et est fier d'accueillir en février 2010 une conférence des Nations Unies sur la crise économique mondiale et ses incidences dans le Pacifique. Le Vanuatu appuie sans réserve les propositions et les résolutions du document à l'examen.

Le Dr GAO (Chine) fait remarquer que le Bureau régional pour le Pacifique occidental a étudié les effets de la crise financière sur les pays et la santé de leurs populations dès son apparition. Les études réalisées par le bureau du représentant de l'OMS en Chine ont montré que la crise a eu un effet quasiment nul sur la santé de la population grâce au plan de relance chinois, notamment à une subvention de l'État de 850 milliards de yuans en faveur d'un élargissement de la couverture du système de sécurité sociale, du renforcement des établissements de santé au niveau local et de la mise en place d'un ensemble de services de santé publique, grâce à la fourniture de médicaments essentiels et à la mise en place d'un projet pilote sur la réforme des hôpitaux publics. Toutefois, la part du cofinancement fournie par les chômeurs a augmenté tandis que l'utilisation des services a diminué. Des mesures correctives ont donc été prises. La Chine appuie la résolution proposée dans le document compte tenu de l'extension continue de la crise financière. Outre la recherche et la surveillance, il espère que le Bureau régional saura prendre les devants et poursuivra son action de renforcement en prenant des mesures pour unir toutes les parties et mobiliser des ressources pour renforcer les systèmes de santé tout en restant fidèle aux soins de santé primaires, à la promotion des médicaments essentiels et des technologies de base et à la formation du personnel de santé.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) se félicite du soutien apporté par l'OMS à l'amélioration des services de santé et recommande des mesures telles qu'un accès plus rapide et subventionné aux médicaments et matériel de santé, compte tenu notamment de l'effet de la crise financière sur les taux de change. Les produits et services de première nécessité, tels que l'eau de boisson propre et l'assainissement, restent essentiels et le problème pour les États Membres consiste à se concentrer sur les activités les plus productives. L'OMS est bien placée pour conseiller les pays lors de l'établissement de priorités visant l'utilisation optimale des ressources. Les budgets de la santé augmentent chaque année plus vite que la croissance, ce qui n'est pas viable même en l'absence de crise. Il invite le Bureau régional à fournir des conseils à cet égard. Il se déclare résolument en faveur de la mesure 3 et de la fourniture d'un rapport à la réunion de l'année prochaine. Les données doivent être désagrégées par sexe, car il est possible que les femmes se privent de soins ou fournissent davantage de soins aux membres de leur famille lorsque certains d'entre eux sont sans emploi et à mesure que le coût des soins de santé augmente. Les variables telles que l'âge et l'appartenance ethnique doivent également être prises en compte.

M. DUNOYER (France) fait remarquer que le document reflète une excellente compréhension de la menace que la crise financière mondiale fait peser sur les plus vulnérables. Cette initiative, prise dès décembre 2008 et approuvée par le Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2009, a permis de souligner les risques pour les pays en développement notamment, dans le contexte des grands problèmes que sont le vieillissement démographique, le changement climatique et les maladies émergentes, et du défi lié à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Compte tenu des liens manifestes entre les crises financières, économiques et sociales, il est important d'appuyer les propositions formulées dans le document, qui montrent que les soins de santé et le soutien social protègent les populations et encouragent la croissance économique. Le Directeur général a observé que le Pacifique occidental est la Région où les malades contribuent le plus et les gouvernements le moins aux coûts des soins de santé. L'OMS pourrait encourager les pays à prendre leurs responsabilités et à mettre en place des systèmes d'assurance pour protéger les plus vulnérables.

M. TAKAKURA (Japon) se félicite de cet appel à l'action pour réduire les conséquences sur la santé de la crise financière mondiale. Le Japon souscrit à l'idée qu'il est capital de protéger les vies, les conditions d'existence et la dignité des populations vulnérables dans les circonstances actuelles. Pour offrir une protection sociale, le Japon a déjà inclus dans son système de sécurité sociale universel des mesures telles que l'ajustement des cotisations individuelles en fonction des revenus. Il a également augmenté les subventions en vue de conserver des emplois et d'accroître le nombre de formations professionnelles offertes aux personnes au chômage. Même si l'on n'a pas encore décelé clairement l'impact négatif de la crise financière sur la santé, le Japon est néanmoins conscient que des besoins nouveaux pourraient se faire sentir. Les États Membres devraient reconnaître l'importance de la santé pour la sécurité humaine et poursuivre leur collaboration avec l'OMS. Il y a lieu de renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires pour assurer l'offre de services de santé aux populations vulnérables. Le Japon a pris note des mesures proposées et exhorte le Bureau régional à apporter son soutien au suivi de l'évolution des conditions sanitaires qui prévalent dans les pays à l'économie fragile, et à formuler des politiques s'appuyant sur des données empiriques et aptes à renforcer les systèmes de santé de ces pays. Il importe de rester vigilants et d'échanger des informations même si, au départ, les méthodes de surveillance diffèrent d'un pays à l'autre.

M. SOLALOI (Îles Salomon) déclare que la crise financière mondiale, conjuguée à l'apparition de la grippe pandémique H1N1 2009, exige que l'on revoie les priorités établies dans les programmes gouvernementaux et le mode d'affectation de ressources limitées, en particulier dans les pays en développement au budget modeste. La crise financière a déjà des répercussions sur la santé aux Îles Salomon. En juillet 2009, une fraction de 35 % de toutes les dépenses publiques a été mise en réserve, ce qui a, en particulier, affecté les neuf services de santé provinciaux qui soignent 87 % de la population. Les services reçoivent des subventions mensuelles du ministère de la santé, dont la plupart sert à payer les salaires, ce qui laisse fort peu pour mettre en oeuvre des programmes sanitaires. Les contributions de l'OMS et de bailleurs de fonds sont donc capitales. Les mécanismes régissant le secteur dans son ensemble et le travail effectué par les agents de liaison du bureau de pays de l'OMS permettent de canaliser les ressources limitées et de faire les ajustements nécessaires en fonction des circonstances. Les pays doivent poursuivre leurs efforts pour soutenir le développement socioéconomique. Les Îles Salomon continueront pour leur part d'appuyer l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies, envers et contre tout.

Le Dr TEH Lei Choo (Malaisie) informe que la Malaisie a pris acte de l'appel à protéger la bonne santé de la population face aux conséquences de la récession économique. La couverture des services de santé est universelle dans le pays, et l'équité de l'accès aux soins est assurée ; les soins sont dispensés gratuitement aux personnes qui n'ont pas les moyens de les payer au dispensaire où elles se rendent, ce qui garantit une protection aux membres vulnérables de la société. L'expérience acquise lors des crises économiques des années 1980 et 1990 a montré que durant ces temps d'épreuve la proportion de la population se tournant vers les services de santé publique augmente. Cet accroissement de la demande est financé par des allocations budgétaires additionnelles qui permettent de réduire au minimum les conséquences néfastes de la crise sur la santé.

Les États Membres devraient veiller à ce que la formation continue d'être assurée pendant la crise financière actuelle pour que les services de santé n'en subissent pas les effets à long terme. Dans les années 1980s, la Malaisie avait fait des coupes sombres dans le budget de la formation ce qui a entraîné une pénurie d'agents qualifiés lors de la création de nouveaux centres de santé au moment de la relance de l'économie.

Les mesures incombant aux États Membres et à l'OMS proposées à la section 4 du document WPR/RC60/5 devraient être décrites de façon plus détaillée de manière à fournir des indicateurs, concernant, en particulier, les progrès sanitaires escomptés. Les pays seraient alors à même de suivre les effets de la crise financière mondiale de manière systématique et avec des éléments de comparaison, et de mettre au point des interventions anticipatoires et plus efficaces si la crise financière devait se prolonger.

Le Dr PHAM LE TUAN (Viet Nam) informe que le Viet Nam a été durement touché par la récession économique, bien qu'à ce jour il n'y ait pas eu d'évaluation de son impact sur la santé. Le prix d'un certain nombre de denrées essentielles a augmenté. Plus de 60 % des médicaments de base sont importés de même que 90 % environ des matières premières utilisées pour la fabrication de ces médicaments dans le pays. Toutefois, le prix des médicaments essentiels n'a augmenté que de 1,8 % alors que la hausse globale des prix est de 2,7 %. Les hausses de prix ont conduit à une diminution de la qualité des biens et des aliments disponibles. On note également une chute de la demande de biens de consommation sur les marchés intérieurs et de l'exportation, ce qui a conduit à une augmentation du nombre de chômeurs. À leur tour, la baisse des revenus et les cotisations d'assurance-maladie à payer ont entraîné une diminution du recours aux services de santé. Les changements écologiques, les catastrophes naturelles et l'apparition de maladies émergentes, dont la grippe pandémique H1N1 2009, ajoutent aux difficultés auxquelles le secteur de la santé doit faire face. Néanmoins le Gouvernement demeure fermement déterminé à soutenir le financement de la santé. Bien que des coupes budgétaires aient été faites dans certains secteurs, les dépenses de santé ont augmenté de 28 % en 2009 par rapport à celles de 2008, et elles devraient encore augmenter en 2010.

Le Dr CHOW (Hong Kong (Chine)) indique que son Gouvernement met en oeuvre un train de mesures destinées à préserver l'emploi, à renforcer le système de soins de santé et à maintenir un développement économique durable dans le but d'atténuer les conséquences de la crise financière mondiale sur la santé. Il poursuit également sa politique qui veut que personne ne doit se voir refuser des soins appropriés du fait d'un manque de ressources, et il s'est engagé à augmenter la part du budget allouée au secteur de la santé en la faisant passer de 15 % à 17 % d'ici à 2012, et à rechercher des moyens de renforcer le système de sécurité sociale en vigueur au profit des segments vulnérables de la population. Reconnaisant l'importance et le

caractère préventif des soins de santé primaires, il prépare actuellement une deuxième phase de consultation publique au sujet de la réforme des soins de santé et a créé un groupe de travail dont le mandat est de proposer des mesures spécifiques pour renforcer les soins de santé primaires. Le Dr Chow exhorte les représentants à ne pas consentir à ce que leur gouvernement réduise les affectations de ressources à la médecine préventive et au personnel soignant car ce genre de décision pourrait entraîner des difficultés plus graves encore à l'avenir.

Le cadre d'action en cinq points proposé et les indicateurs définis pour l'évaluation des effets sur la santé de la crise économique viennent à point nommé et constituent des outils utiles pour suivre l'évolution de la situation et comparer des pays se situant à des niveaux de développement différents. Compte tenu de la rapidité avec laquelle la crise évolue et de l'incertitude entourant ses conséquences, le suivi de la situation est d'une importance capitale. Hong Kong (Chine) continuera d'apporter son soutien à l'OMS à cet égard, et se réjouit de pouvoir travailler en étroite collaboration avec des organisations internationales agissant dans le domaine de la santé.

Sur l'invitation du PRÉSIDENT, le représentant du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme fait une déclaration à l'adresse du Comité.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ, se félicite du soutien exprimé en faveur des actions régionales proposées afin de limiter les conséquences sur la santé de la crise financière mondiale. L'expérience passée a clairement démontré que durant des périodes de récession économique, les gouvernements se doivent d'accroître leurs investissements dans les secteurs de la santé et de la protection sociale, préserver les budgets affectés à la santé et renforcer les systèmes de sécurité sociale afin de protéger les segments de la population démunis et vulnérables. Le Bureau régional tiendra compte, lors de la révision de ce programme de mesures, des précieuses informations communiquées au sujet des situations qui prévalent dans les pays de la Région, et des diverses suggestions constructives qui ont été faites.

Le DIRECTEUR, DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ, remerciant également les États Membres pour leurs observations encourageantes, souligne l'importance de populations en bonne santé pour la prospérité d'un pays, et invite instamment les États Membres à maintenir au même niveau dans leur budget, pendant la récession économique, les sommes qu'ils allouent à la santé. Il convient cependant que l'heure est venue de revoir les priorités à l'échelon national et régional, par exemple en ce qui concerne les soins de santé primaires et la qualité de la prestation des services, et de continuer de centrer son attention sur les segments de la population pauvres et vulnérables qui n'ont pas les moyens de payer de leur poche des frais médicaux importants. Comme l'a indiqué le représentant de Hong Kong (Chine), il est aussi indispensable de maintenir les affectations financières en faveur de la médecine préventive. Le Bureau régional prendra des mesures supplémentaires pour obtenir des données comparables concernant les incidences sur la santé de la crise financière dans les différents pays, notamment les effets sur les prix des médicaments essentiels, ainsi que l'a demandé la Papouasie-Nouvelle-Guinée, et communiquera un complément d'information aux États Membres en temps opportun.

En l'absence d'autres observations, le PRÉSIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger une résolution dans ce sens.

La séance est levée à 16 h 45.

PROCÈS-VERBAL DE LA QUATRIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Mercredi, 23 septembre 2009, à 09 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Rapports d'activité des programmes techniques : Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et Règlement sanitaire international (2005)	128
2. Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique 2010-2015	132
3. Examen des projets de résolutions.....	141
3.1 Projet de budget programme 2010-2011	141
3.2 La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique	142
4. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014).....	142

1. RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES PROGRAMMES TECHNIQUES : STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES ÉMERGENTES POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE ET RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) : Point 15 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/10)

En présentant le rapport d'activité sur la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (SMEAP) et sur le Règlement sanitaire international (2005), le DIRECTEUR RÉGIONAL rappelle au Comité régional qu'il a approuvé la stratégie en septembre 2005 pour qu'elle serve de cadre au développement des capacités nationales et régionales indispensables à l'identification des risques de maladies infectieuses émergentes et aux actions menées en conséquence.

À ce jour, le Pacifique occidental et l'Asie du Sud-Est sont les deux seules Régions de l'OMS à avoir élaboré une telle stratégie. En s'appuyant sur la SMEAP, tous les États Membres de la Région ont désigné des points focaux nationaux RSI. Cette démarche s'est révélée particulièrement utile dans les activités de préparation à la grippe pandémique H1N1 2009. L'enquête annuelle réalisée par l'OMS sur le degré de préparation à la pandémie a montré que près de 90 % des États et des Territoires de la Région disposent maintenant du minimum requis en capacités de surveillance. Le Directeur régional déclare que d'après ce constat, on peut déduire que tous les États Membres de la Région ont vu les effets bénéfiques de la SMEAP et du Règlement sanitaire international (2005), encore dénommé RSI (2005). Il reste toutefois à accélérer la mise en oeuvre de la stratégie et du RSI au cours des années à venir pour maintenir une vigilance dans la lutte contre les maladies émergentes et réémergentes.

Bien qu'à l'origine, l'ordre du jour de la session prévoyait que les États Membres puissent faire le point sur l'avancement de la mise en oeuvre de la SMEAP et du RSI (2005), il invite le Comité régional, s'il le souhaite, à englober la grippe pandémique H1N1 2009 dans les débats.

Le Dr Myrna CABOTAJE (Philippines) confirme la volonté de son pays à appliquer pleinement le Règlement sanitaire international (2005) et la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique. Pour faciliter la réalisation des objectifs du RSI (2005), un point focal national a été désigné au Ministère philippin de la Santé pour tenir le rôle de canal de communication continu avec l'OMS, consolider les informations et les diffuser à tous les partenaires concernés, qu'ils soient implantés localement ou sur la scène internationale. Il prend en compte l'expertise, les points de vue, les conséquences et les fonctions des organismes d'État dans les communications avec l'OMS tout en veillant au respect des dispositions du RSI (2005). Cet engagement indéfectible a conduit : à la notification des cas porcins et humains d'infection par la souche Reston du virus Ebola et des flambées de grippe pandémique H1N1 2009, par le biais du site sécurisé RSI d'information sur les événements ; aux réponses aux demandes de l'OMS pour la vérification des événements ; à l'application de l'instrument de décision présenté dans l'annexe 2 du RSI (2005) pour l'évaluation et la notification des événements ; à la mise en place de systèmes de surveillance et d'action pour les cas d'infection par la souche Reston du virus Ebola et par la grippe H1N1 ; à l'échange sur les meilleures pratiques avec l'OMS et les États Membres et enfin à l'examen de la SMEAP et du degré de son application. Les Philippines sont fermement résolues à préserver la santé dans le monde en appliquant les dispositions du RSI (2005).

Le Dr RAHMAH SAID (Brunéi Darussalam) explique que son pays a notifié son premier cas de grippe pandémique H1N1 2009 le 20 juin 2009 et que depuis, plus de 1000 cas se sont déclarés. Cette pandémie

permet d'éprouver non seulement la résistance du système de santé mais également son degré de préparation et sa capacité de réaction. Malgré quelques difficultés, cette expérience a renforcé la collaboration entre organisations nationales, leur collaboration et leur travail en réseau, mais aussi la coopération du public, tous ces facteurs étant déterminants dans la gestion globale de la situation. La communication régionale assurée par l'intermédiaire des points focaux nationaux est également un aspect important de l'application du RSI (2005). Les démarches visant à assurer la conformité aux dispositions du RSI (2005), guidées par la SMEAP, ont été entreprises avant le début de la pandémie. Ces derniers mois, les progrès se sont poursuivis pour identifier les lacunes et les principaux domaines qui demandent une attention particulière et qu'il conviendra de développer et de renforcer. L'OMS devra tenir son rôle de direction et de conseil pour aider au respect de toutes les dispositions du RSI (2005) face aux enjeux et aux incertitudes qui attendent son pays.

Le Dr CHONG Chee Kheong (Malaisie) dit que son pays a élaboré son propre plan d'action (MySED) dérivé de la SMEAP. Le personnel de santé connaît mieux la SMEAP et le RSI (2005) et les moyens d'actions existants ont été évalués à partir des listes de référence de la stratégie. L'utilisation des dispositifs existants de surveillance entre également dans sa mise en oeuvre. S'agissant de surveillance et d'action, la plupart des normes minimales ou le minimum exigé en matière de capacités essentielles ont été respectés dans les délais impartis. Un plan d'action portant sur les zoonoses a été élaboré avec l'aide du Comité national opérationnel et technique de lutte contre les zoonoses. La Malaisie a mis au point également une application Internet de surveillance par les laboratoires, qui est actuellement utilisée à titre expérimental dans sept laboratoires hospitaliers, deux laboratoires de santé publique et un institut de recherche. La version définitive du projet de plan stratégique national de lutte contre les infections est terminée mais il reste à la faire valider par la Commission nationale sur les Infections et les antibiotiques. La Malaisie a entrepris des sessions de formation sur la communication sur les risques, y compris une formation des formateurs et des enseignants dans le domaine de la santé, et une stratégie nationale de communication sur les risques a été ébauchée. Le renforcement des capacités entrepris pour aider à l'application du RSI (2005) a inclus la formation des 138 techniciens de la santé. La grippe pandémique actuelle a montré l'intérêt de la collaboration entre pays et avec l'OMS, de la communication et de la vérification des informations concernant les risques pour la santé publique, et des contrôles et des inspections systématiques à certains postes de frontières. En 2007, la Malaisie a évalué les trois points d'entrée dans le pays et procède actuellement à l'évaluation des points d'entrée internationaux. Il lui reste à voir si la situation économique remettra en question le plan prévu pour désigner d'autres points d'entrée, les rendre plus représentatifs d'un point de vue géographique, et remettre à niveau les capacités essentielles à l'horizon 2012.

Le Dr Keiko YAMAMOTO (Japon) rend hommage au Bureau régional du Pacifique occidental pour les efforts de mise en oeuvre de la SMEAP en vue de se préparer à la pandémie et de développer les capacités essentielles requises aux termes du RSI (2005). La capacité d'action face aux maladies émergentes s'est considérablement améliorée dans tous les pays de la Région. Pendant la pandémie, les États Membres de la Région du Pacifique occidental ont réaffirmé l'importance du partage des informations et elle est heureuse de constater que le réseau de l'OMS fonctionne bien. La communication est bonne entre l'OMS et les États Membres et l'échange des échantillons de virus avec l'OMS s'est accéléré jusqu'à la mise au point du vaccin. La solidarité n'est pas un luxe mais une nécessité. La pandémie, comme auparavant la flambée de SRAS, n'est pas seulement l'occasion de tester les capacités mais aussi de constituer les capacités essentielles exigées aux termes du RSI (2005). L'OMS doit continuer à apporter son aide aux États Membres dans ce domaine.

Elle se félicite de l'initiative qui prévoit de commencer à regarder au-delà de la SMEAP, conformément aux discussions qui se sont déroulées récemment lors d'une réunion des directeur de programmes, et elle espère que l'OMS et le Bureau régional continueront de diriger la lutte contre les maladies infectieuses dans la région Asie-Pacifique.

Le Dr YU Jingjin (Chine) explique que la priorité doit être accordée aux zoonoses pour se tenir prêts à réagir rapidement aux maladies émergentes. Concernant la grippe pandémique, la Chine est entrée en 1981 dans le réseau international de l'OMS pour la surveillance de la grippe et en septembre 2009, elle avait mis en place un réseau de 411 laboratoires et de 556 hôpitaux spécialisés dans la grippe. Début 2008, le laboratoire pour la grippe du CDC de la Chine a soumis à l'OMS une demande pour devenir un laboratoire de référence de la grippe et un centre collaborateur pour la recherche sur la grippe. Il demande à l'OMS de continuer à apporter une aide technique et financière aux pays en développement dans les zones les plus vulnérables, pour les aider à accroître leurs capacités à faire face à la pandémie de grippe. Comme toujours, la Chine soutiendra la collaboration interrégionale et intergouvernementale dans le domaine des maladies émergentes et elle améliorera ses capacités de surveillance et d'analyse en laboratoire. Il souligne l'importance du renforcement du partage des informations qui permet d'échanger sur les nouvelles méthodes et les dernières technologies permettant de combattre la grippe pandémique.

Mme GOODSPEED (Australie) dit que son pays s'est engagé à continuer à collaborer aux niveaux national, régional et international pour contribuer à la prévention des maladies émergentes et des urgences de santé publique potentielles et pour agir en conséquence. Elle se félicite des progrès réalisés dans la mise en oeuvre de la SMEAP et dans l'application du RSI (2005) en reconnaissant les efforts concertés des pays et l'aide technique apportée par l'OMS et d'autres partenaires du développement. Ces efforts seront poursuivis et l'OMS devra examiner les dispositifs susceptibles de permettre aux parties d'améliorer leur coordination et leur harmonisation, pour une meilleure mise en oeuvre de la stratégie.

La quatrième réunion du Groupe consultatif technique sur les maladies infectieuses émergentes en Asie et dans le Pacifique, qui s'est tenue en juillet 2009, a débouché sur des recommandations sur la mise en oeuvre du programme et notamment : sur l'amélioration de la coordination entre le Bureau régional du Pacifique occidental et celui de l'Asie du Sud-Est ; sur le développement des systèmes de suivi et d'évaluation ; sur le traitement des inégalités entre hommes et femmes, à tous les niveaux ; sur l'accélération de la mise en oeuvre de la SMEAP et enfin sur l'amélioration de la communication avec les partenaires. En retour, les partenaires sont convenus d'envisager l'élaboration d'un système unifié de notification. Ces recommandations seront appliquées en priorité. Elle prie notamment l'OMS de renforcer la gestion de la SMEAP et sa réactivité dans l'échange des informations de mise en oeuvre avec les différentes parties prenantes. La SMEAP doit être évaluée dès que possible, pour apporter des éléments à l'appui de la nouvelle stratégie. Au niveau subrégional, l'OMS continuera de renforcer sa coopération avec le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique pour aider plus efficacement les États et Territoires insulaires du Pacifique à faire face aux pandémies actuelles et futures. Les mesures prises pour élargir la planification et la portée des actions face aux maladies infectieuses émergentes et à une pandémie, au-delà de la grippe aviaire, a aidé à réagir à la grippe pandémique H1N1 2009.

M. IP Peng Kei (Macao (Chine)) dit que Macao (Chine) a élaboré un plan en 2007 pour se doter des principales capacités requises dans le cadre du RSI (2005) et effectuer une évaluation préliminaire des

principales capacités de surveillance et d'action. Le RSI (2005) est entré en vigueur à Macao sous la forme de la dépêche n°4/2008 et on est en train de rédiger une nouvelle loi d'application. Un comité interministériel sur les questions de santé dans les ports sera chargé d'instaurer, de préserver ou de renforcer les principales capacités de surveillance et d'action aux points d'entrée. De nouveaux mécanismes et documents ont déjà été établis pour l'inspection sanitaire dans les ports. Le bureau sanitaire a également recruté et formé de nouveaux agents, révisé les plans d'intervention en cas d'urgence de santé publique, effectué des exercices communs de lutte contre les maladies transmissibles et participé activement à la coopération régionale.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) fait observer que la réaction des médias aux flambées de maladies infectieuses tant à semer la panique au lieu de contribuer à une riposte organisée. Le sensationnalisme nuit au tourisme, secteur important pour son pays. Il estime que les autorités sanitaires tardent à informer le public et ont parfois affolé l'opinion par mégarde. Il se demande comment traiter de ces questions avec les médias.

Le Dr SKILLING (États fédérés de Micronésie) indique que son pays a achevé son plan national RSI conformément aux protocoles du RSI (2005) et a désigné un point focal national pour la communication entre l'OMS et le Ministère de Santé et des Affaires sociales. Un plan national contre la grippe pandémique a été adopté. Trois sommets nationaux sur la grippe pandémique ont été organisés et ils ont permis de coordonner l'action menée face à la pandémie H1N1 2009 et d'améliorer la surveillance. Le pays a également fait sien un plan national de lutte anti-infectieuse qui prévoit des mesures de quarantaine conformes au RSI (2005). Les États fédérés de Micronésie souscrivent aux actions proposées dans la SMEAP.

Mme MATTHEW (Îles Marshall) adhère aux actions proposées dans le document et se félicite de l'ouverture d'un bureau de l'OMS en Micronésie, qui est utile aux Îles Marshall, surtout depuis la pandémie H1N1 2009. Son pays enregistre un ou deux nouveaux cas d'infection à VIH chaque année et un taux élevé de co-infections tuberculose-VIH, en plus des cas de tuberculose multirésistante. Elle remercie l'OMS, le Secrétariat de la Communauté du Pacifique et d'autres encore pour leur soutien continu.

En réponse à la question soulevée par le représentant des Îles Cook, M. KHAW (Singapour) dit que l'interprétation que font les médias d'un problème peut s'avérer plus néfaste que le problème lui-même. Les choses ne vont pas s'améliorer puisque chaque citoyen est aujourd'hui un journaliste qui peut communiquer sur n'importe quel sujet par texto ou twitter. Le silence des responsables politiques n'est pas le bon moyen de répondre à une rumeur. Toutefois, le jargon technique est rébarbatif et les « ne paniquez pas » ne font qu'empirer les choses. Mais les asiatiques peuvent montrer que, comme au tai chi, la meilleure solution n'est pas de riposter à la force par la force, mais de détourner les attaques avec subtilité.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, MALADIES TRANSMISSIBLES : SURVEILLANCE ET ACTION, estime encourageant de constater que la pandémie H1N1 2009 a permis de renforcer encore les capacités. Le document cadre repose sur une évaluation rapide et sur la liste de contrôle de la SMEAP, et la riposte à la pandémie devrait contribuer au renforcement des principales capacités requises dans le cadre du RSI.

À cause de la pandémie H1N1 2009, le point d'entrée est une considération importante et la prochaine réunion avec les pays de l'Association des Nations de l'Asie du Sud-Est donnera des orientations sur la question. La communication est très importante et le cadre d'action définit comme facteurs clés la communication en plus de la surveillance, de l'action et des interventions.

Le DIRECTEUR, LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES, se félicite des progrès accomplis dans de nombreux pays. La SMEAP a indirectement contribué à instituer les principales capacités au titre du RSI (2005). Deux indicateurs montrent le chemin parcouru : depuis 2007, le délai entre la survenue et le signalement d'une flambée a été ramené de 18 à 11,8 jours, tandis que la proportion de pays ayant une capacité de surveillance minimum est passée de 33 % à 90 %. Les pays reçoivent un appui pour augmenter leurs capacités. La stratégie insiste sur la communication au sujet des risques, et des consultations se tiennent au niveau des pays. L'actuelle stratégie prendra fin en 2010, mais elle devrait être étendue à la surveillance des urgences non médicales. Comme l'a fait remarquer le représentant de l'Australie, la coordination et l'harmonisation sont importantes, et l'OMS collabore avec des partenaires comme la Communauté du Pacifique, et avec la Région OMS de l'Asie de Sud-Est, puisque la SMEAP est un plan birégional. Les donateurs et l'OMS ont étudié la question de la notification coordonnée. Puisqu'on ignore encore beaucoup de choses sur la pandémie de grippe H1N1 (2009), il est indispensable d'échanger des informations et de réagir immédiatement. L'OMS doit savoir comment la maladie évolue, s'il y a des cas de pharmacorésistance et, quand commence la vaccination, quels sont les effets indésirables observés. Le Directeur remercie les partenaires et les pays de leur travail, et promet de poursuivre la coopération dans les prochains mois.

2. STRATÉGIE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ POUR LA RÉGION ASIE-PACIFIQUE 2010-2015: Point 11 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/6)

Le DIRECTEUR, POUR DES COMMUNAUTÉS ET DES POPULATIONS EN BONNE SANTÉ, fait observer que le document a été établi après consultation des pays lors de l'examen à moyen terme de la stratégie précédente. De nombreux habitants de la Région ont difficilement accès aux soins de santé ; la couverture universelle de soins de santé de bonne qualité est un principe directeur et constitue le meilleur moyen de faire profiter des progrès sanitaires ceux qui en ont le plus besoin. La stratégie expose en détail les principaux éléments constitutifs du système de santé. Elle prône un meilleur usage des ressources existantes et la réduction des paiements directs pour les populations déshéritées et vulnérables. Elle prévoit également des actions particulières pour les pays qui n'ont pas encore instauré la couverture universelle. L'OMS est consciente que les pays doivent se fixer eux mêmes des objectifs réalistes.

Le Dr DUQUE (Philippines) indique qu'aux Philippines, le Ministère de la Santé a élaboré une stratégie pour 2010-2020 en collaboration avec la Caisse philippine d'assurance-maladie. Comme le projet de stratégie de financement de la santé à l'examen, cette stratégie nationale prône la couverture universelle et vise une réduction de 30 % des paiements directs par l'utilisateur, une couverture de 100 % de la population par la sécurité sociale et le doublement des dépenses de santé publiques, qui doivent passer de 1,2 % à 2,5 % du produit intérieur brut (PIB). Le Ministère de la Santé poursuit ses efforts pour accroître les investissements publics dans la santé et a entrepris d'actualiser son cadre de dépenses dans le secteur de la santé pour 2010-2012, qui fixe les ressources disponibles à moyen terme ; cet instrument sera pris en compte dans le cadre de dépenses du pays à moyen terme. La stratégie de financement des soins de santé 2010-2020 est terminée dans sa version définitive et sa mise en oeuvre peut commencer.

Pour que l'aide apportée au secteur de la santé soit plus efficace, on a abordé les réformes selon une approche sectorielle qui devrait permettre de disposer de dons moins fragmentés, de poursuivre le développement institutionnel et de réduire le coût des processus d'évaluation et de planification. Le Ministère de la Santé a identifié les programmes prioritaires pour rationaliser les dépenses de santé à des fins d'efficience.

On utilise un système de suivi des dépenses et les plans provinciaux d'investissement dans la santé sont coordonnés avec ceux des provinces et des municipalités. Un projet de loi examiné par le Congrès prévoit que le Gouvernement national paie la prime d'assurance-maladie pour les plus démunis et que les autorités locales couvrent les travailleurs du secteur informel « à la limite de la pauvreté ».

Les Philippines sollicitent le concours de l'OMS concernant l'approche sectorielle de la santé, notamment pour adapter toute l'aide reçue du système des Nations Unies au programme du secteur de la santé philippin. Elles demandent également une assistance dans l'analyse des données et une aide pour préparer un projet de loi sur la stratégie de financement des soins de santé qui garantira de la part du gouvernement national la poursuite des cibles de financement des soins de santé recommandées à moyen terme.

Le Dr Prasongsidh BOUPHA (République démocratique populaire lao) souscrit au projet de stratégie de financement de la santé. L'un des grands problèmes du secteur de la santé au Laos est le manque de fonds. Le recouvrement des coûts a été instauré au début des années 90 sous la forme d'un fonds de roulement pour l'achat de médicaments. Les honoraires sont un élément important de ce système, mais aussi un gros obstacle aux services de santé pour les populations déshéritées. Un fonds d'actions a été expérimenté dans plusieurs provinces, grâce à la Banque asiatique de Développement, à la Banque mondiale et au Gouvernement du Luxembourg. De plus, il existe des régimes d'assurance officiels comme celui destiné aux fonctionnaires ou la caisse communautaire mise en place avec le concours de l'OMS et du Gouvernement du Japon. La couverture reste cependant incomplète et l'aide technique et financière de partenaires extérieurs sera nécessaire.

Le Dr FENG Yong (Chine) souscrit au projet de stratégie, qui met l'accent sur l'équité, l'accessibilité physique et financière. Le projet de stratégie offre également une base solide d'évaluation. Le document est dans le même esprit que la réforme de la santé entreprise en Chine, qui a permis de ramener les paiements directs par l'utilisateur de 51,97 % en 2001 à 42 % en 2008. Pendant la même période, la part du PIB dans ce domaine est passée de 4,58 % à 4,7 %. À la fin de 2009, 90 % de la population seront couverts par le régime de base. Mais des améliorations sont nécessaires et le programme prévoit de porter les dépenses à 550 milliards de yuan (80 milliards de dollars) à différents niveaux des instances gouvernementales afin de fournir soins de santé, assurance et médicaments aux populations urbaines et rurales ; il est prévu d'étendre le régime aux hôpitaux publics. La Chine sollicite l'appui de l'OMS pour les aspects techniques du financement de la réforme de la santé.

Le Dr Revite KIRITION (Kiribati) dit que, comme il n'y a pas de cabinets privés dans son pays, Kiribati a atteint le premier des quatre indicateurs proposés pour suivre et évaluer les progrès réalisés en vue d'instaurer la couverture universelle, sans dépenses de santé directes pour l'utilisateur. Par ailleurs, les dépenses de santé représentent au total 7 % du PIB, ce qui est plus que le chiffre de 4 à 5 % suggéré. Pourtant, Kiribati continue d'enregistrer certains des plus mauvais résultats sanitaires de la Région, ce qui montre que le principal problème tient à l'efficacité et à l'efficience avec lesquelles le financement est utilisé. Il compte sur l'assistance et sur les conseils de l'OMS dans ce domaine.

Avec le concours de l'Union européenne, son Gouvernement a créé des centres de santé publique distants au maximum de 500 km de tous les villages du pays. Malheureusement, la gamme de services offerts dans ces centres et leur qualité sont médiocres, et il compte à cet égard sur les conseils et l'appui de l'OMS et d'autres partenaires du développement. Il sollicite également les conseils de l'OMS pour assurer une

meilleure gestion financière à l'aide d'outils de budgétisation et de suivi des ressources tels que les comptes nationaux de la santé.

Mme GOODSPEED (Australie) félicite le Secrétariat pour le processus consultatif qu'il a suivi pour préparer le projet de Stratégie de financement de la santé et note avec satisfaction les orientations énoncées. Son pays considère qu'il faudrait adopter une approche sur le moyen terme pour accroître l'utilisation des systèmes publics, tout en gérant comme il se doit les risques fiduciaires et ceux liés au développement. Parallèlement à l'approbation par son pays du projet de Stratégie, elle demande si l'on a alloué les ressources suffisantes pour fournir l'appui requis aux États Membres pendant l'exercice 2010-2011, en vue d'adapter la Stratégie à leurs besoins.

M. PHAM Le Tuan (Viet Nam) déclare que son Gouvernement fournit ou subventionne l'assurance-maladie pour les populations déshéritées et les enfants de moins de six ans et qu'il a également investi dans des services de soins de grande qualité, les dépenses annuelles dans ce secteur ayant augmenté de 28 à 30 % par rapport à l'année précédente. Son pays a pour but de faire bénéficier l'ensemble de la population de l'assurance-maladie d'ici 2014. Il fait la promotion du secteur privé et la décentralisation des services de santé a instauré une saine concurrence entre les secteurs public et privé, améliorant les traitements et les examens et donnant à la population un plus grand choix en matière de soins. Sur le long terme, le secteur des soins de santé au Viet Nam a pour but de garantir l'égalité, l'efficacité et le développement des services de santé.

Le Dr KUARTEI (Palaos), parlant du Tableau 1 à l'annexe 1 du rapport, dans lequel les pays d'Asie et du Pacifique sont regroupés par niveau des dépenses totales de santé exprimées en pourcentage du PIB, demande pourquoi certains pays dotés de bons systèmes de soins dépensent moins que d'autres. La réponse réside probablement dans une plus grande efficacité et il leur demande de faire connaître leurs meilleures pratiques aux autres pays de la Région. Il relève que le rapport ne donne pas un modèle d'utilisation efficace de l'aide pour s'attaquer aux priorités nationales, par des accords négociés par exemple. Ce point est essentiel, les programmes régionaux de financement étant parfois inadaptés aux petits États insulaires. La collaboration entre les Palaos et le Secrétariat de la Communauté du Pacifique visant à déterminer l'assistance technique et financière nécessaire pour combler les lacunes dans le plan stratégique national de son pays pourrait être un modèle à suivre par d'autres États pour améliorer l'efficacité de l'aide. Les données qui en résulteraient pourraient être utilisées pour déterminer les lacunes et les possibilités d'utiliser efficacement l'aide dans la Région.

Mme GIDLOW (Samoa) déclare que la préparation du premier cadre de dépenses à moyen terme pour son pays et l'actualisation des comptes nationaux biennaux de la santé ont permis au Gouvernement d'y voir plus clair sur le coût des soins de santé et sur les ressources disponibles. Un manuel opérationnel de suivi et d'évaluation a été récemment achevé et il permettra d'évaluer le fonctionnement, comme la réalisation des résultats sanitaires escomptés. Elle déclare que tout mécanisme de financement doit tenir compte de ses effets sur le revenu disponible des ménages et sur d'autres paramètres complexes, tels que l'équité, la faisabilité administrative, l'acceptabilité culturelle et les effets généraux sur le système de santé. Bien que les valeurs et principes régissant la société de Samoa garantissent à chaque habitant le droit de se soigner, quels que soient ses moyens financiers, on admet de plus en plus que la communauté prenne davantage à sa charge les frais de santé.

Son Gouvernement considère que les domaines stratégiques proposés doivent tenir compte de l'expérience et des réalités des pays, chacun d'entre eux ayant développé son propre système de santé depuis l'introduction des réformes sanitaires. Toute réforme proposée pour le financement de la santé doit tenir compte de l'effet sur les prix et, par conséquent, sur les coûts. L'expérience au niveau international a montré que les options impliquant l'assurance-maladie tendent à augmenter les prix et à accroître la demande de soins, ce qui aboutit à des coûts généraux plus élevés pour le système de santé. Son pays se servira de la stratégie proposée pour renforcer sa propre stratégie nationale de financement de la santé et pour établir des liens plus solides avec les initiatives régionales.

Mme Brigitte ARTHUR (France) déclare qu'il est particulièrement important de garantir l'accès universel à des soins de qualité dans le contexte de la crise financière mondiale actuelle. La garantie de la couverture universelle incombe à l'État, en collaboration avec ses partenaires. La France attache une grande importance à l'instauration de programmes de couverture universelle des soins dans le cadre des programmes d'aide au développement qu'elle finance. Elle approuve le projet de Stratégie.

Le Dr Zainal Ariffin YAHYA (Brunéi Darussalam) informe que son pays a commencé à décentraliser les services des hôpitaux vers les communautés en 2000-2001, ce qui a permis de renforcer les soins de santé primaires en fournissant des services plus complets sur l'ensemble du territoire. Un point considéré comme très important par son pays est celui de la pérennité du financement de la santé et de l'impact de la récession mondiale. Le Gouvernement prévoit de renforcer la prise de décision et l'élaboration de politiques par l'utilisation des bonnes informations sur le financement des soins. Ces données ne sont pas encore facilement disponibles et il manque les capacités et compétences requises pour faire des analyses relatives aux coûts, afin de rationaliser l'allocation et l'utilisation des ressources. Il espère donc pouvoir bénéficier de l'expertise technique de l'OMS. Il appuie le projet de stratégie et prie instamment les autres États Membres d'adopter les mesures énoncées.

M. KHAW (Singapour) déclare que, si la couverture universelle, c'est à-dire la santé pour tous, est l'objectif primordial de tous les ministres de la santé, il faut examiner attentivement le niveau des dépenses à la charge des usagers. Si celui-ci est trop élevé, les pauvres souffriront ; en revanche, s'il est trop bas, le système sera victime d'abus avec une surconsommation ou une prestation excessive des services, en particulier s'ils sont rémunérés en fonction du volume de la clientèle. On retrouve dans cette problématique celle du comportement humain : quand un service est gratuit (à l'instar des somptueux buffets fournis par les hôtes de la réunion actuelle), il y a inévitablement des gaspillages. Quand les ressources sont gaspillées, ce sont les groupes à faible revenu qui souffrent, les groupes à revenus intermédiaire et élevé ayant d'autres options. Il convient de se rappeler que c'est toute la population d'un pays qui, au moyen des impôts, finance l'ensemble du système de santé. Si les employeurs n'étaient pas contraints de verser des prestations aux employés, les salaires seraient plus élevés. La solution consiste donc à améliorer les économies nationales de façon à ce que les populations ayant des revenus intermédiaire et élevé soient de plus en plus nombreuses. Le rôle des gouvernements se limite alors à veiller sur ceux qui ne peuvent pas s'en tirer par eux-mêmes.

M. ZIBE (Papouasie-Nouvelle-Guinée) déclare que la stratégie sera un outil utile pour faire pression et augmenter le financement de la santé dans son pays. La Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a pas encore atteint l'objectif des 5 % du PIB pour les dépenses de santé publique, mais il s'engage à chercher à obtenir une

augmentation auprès de son gouvernement. Il remercie l'OMS et les partenaires du développement pour leur aide généreuse et il souligne que sa priorité est de renforcer les soins de santé primaires et d'améliorer l'accès aux services de santé pour la majorité de la population en zone rurale, une tâche redoutable compte tenu de la nécessité de trouver des fonds pour compenser la faiblesse des infrastructures du pays et financer les personnels. Il appuie sans réserve le projet de stratégie.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) se félicite que la stratégie continue de mettre l'accent sur les besoins des plus vulnérables, sur la couverture universelle et sur l'importance des soins primaires pour le renforcement du système de santé. On ne peut sous-estimer l'importance des soins de santé primaires pour la prévention et la prise en charge précoce des maladies non transmissibles dans une région où un certain nombre de pays dépensent jusqu'à 60 % de leurs budgets sanitaires pour les soins curatifs, requérant souvent des traitements à l'étranger. Les trois nouveaux domaines stratégiques sur l'efficacité de l'aide, l'utilisation efficiente des ressources et les méthodes de paiement des prestataires de soins fourniront aux États Membres une assistance technique pratique. Alors qu'un investissement durable dans la santé et de nouvelles réductions dans les dépenses à la charge des malades sont des conditions nécessaires pour parvenir à la couverture universelle, il est important d'encourager les États Membres à faire des efforts concertés pour veiller à l'utilisation la plus efficace possible des ressources disponibles.

Il demande à l'OMS de fournir un appui technique aux États Membres, afin de les aider à établir leurs priorités pour tirer le meilleur parti possible des ressources tout en tenant compte des besoins des plus vulnérables ; de fournir des informations faisant autorité sur les avantages économiques de maintenir la population en bonne santé et la couverture universelle des soins de santé pour tous, afin d'encourager les engagements sur le long terme pour pérenniser les investissements dans la santé ; de plaider pour des programmes de développement ciblant l'aide sur des soins de santé primaires intégrés et sur le renforcement des systèmes de santé, et d'harmoniser cette aide sur les priorités et les systèmes de santé nationaux. L'Organisation doit également veiller à ce que les initiatives de santé soutenues par l'OMS, avec des financements de plusieurs bailleurs de fonds, soient axées sur les priorités régionales et s'intègrent aux stratégies et activités des pays. Il appuie sans réserve le projet de stratégie.

Le Dr Toshiyasu SHIMIZU (Japon) déclare que son Gouvernement croit fermement à la fourniture d'un financement suffisant pour renforcer les soins de santé et l'accès, et il a participé à l'élaboration de la planification stratégique à cet effet au début de l'année 2009. En revanche, les pays sont contraints de travailler à partir de leur situation particulière et il pourrait être utile de faire circuler une compilation des meilleures pratiques dans les différents pays. Les indicateurs cibles pour le suivi et l'évaluation des progrès généraux peuvent ne pas être adaptés à certains pays. Il espère que l'OMS examinera d'autres facteurs qui ont des effets directs ou indirects sur la couverture universelle que le financement de la santé. Il espère que tous les États Membres feront bon usage de la stratégie de financement de la santé dans leurs pays respectifs et il propose de partager l'expérience du Japon. Il approuve le projet de stratégie.

Mme SORENSEN (Tonga) déclare que son pays consacre plus de 5 % du PIB à la santé. En ce qui concerne le point 6 du projet de stratégie, elle souligne que c'est davantage la limitation des ressources financières que la faiblesse des capacités qui empêche les ministères de la santé de planifier et de gérer les activités sanitaires ; les ministères des plus petits pays savent comment gérer des ressources financières limitées. Alors que les Tonga ont bénéficié d'une stratégie de financement de la santé et d'un programme

de travail soutenus par la Banque mondiale, elle insiste pour qu'à l'avenir les programmes soient davantage intégrés avec les budgets des systèmes de santé, au lieu d'être élaborés en parallèle, afin de renforcer l'application pratique. Les soins de santé privés font partie intégrante des systèmes de santé car ils libèrent des ressources pour le secteur public. Le projet de stratégie ne mentionne pas spécifiquement l'harmonisation avec les principaux partenaires financiers et elle demande à l'OMS de veiller à ce que ce soit le cas. Son Gouvernement s'engage à poursuivre ses travaux pour développer un financement durable et équitable du système de santé, afin d'instaurer l'accès universel aux services de santé de base, et elle souscrit sans réserve au projet de stratégie.

Le Dr OTGONJARGAL Baasanjav (Mongolie) se félicite du projet de stratégie, qui sera très utile à la Mongolie et aux autres pays résolus à fournir une couverture maladie universelle et un accès à des services de santé de qualité pour réduire les débours directs des ménages. Il fournira des orientations précieuses pour définir les activités devant être menées par les pays pour renforcer et améliorer les ressources du système d'assurance-maladie de la Mongolie. Elle appuie sans réserve le projet de stratégie de financement de la santé.

M. CHANG Jaehyuk (République de Corée) indique que le système d'assurance-maladie de son pays est financé par les dépenses publiques, à hauteur de 6,5 % du PIB, et par les débours directs des ménages et qu'il fournira bientôt une couverture maladie universelle et des soins de qualité comparables à ceux des autres pays de l'OCDE. L'OMS a entamé en 2007 une analyse du régime mis en place par la République de Corée pour financer son système national d'assurance-maladie, afin d'aider les autres États Membres à établir des systèmes de financement de la santé selon des principes analogues. Ce rapport devrait être publié à la fin de 2009. Il approuve le projet de stratégie.

Le Dr SHARMA (Fidji) indique que la dotation budgétaire de son pays, qui s'élève à 2,5 % du PIB, est la plus faible de la sous-région Pacifique ; son gouvernement a toutefois approuvé une augmentation annuelle progressive de 0,5 % à compter de 2010 jusqu'à atteindre 7 %. Les Fidji entendent réduire les débours directs des ménages, de 45 % actuellement à moins de 30 %, et étudier les possibilités de fournir une assurance sociale d'ici 2011 aux 50 % de la population qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Le pays a mis en place un organe multisectoriel devant travailler avec la Banque asiatique de développement et d'autres organismes internationaux pour fixer des priorités concernant le financement de soins de santé ; cet organe pourrait ensuite devenir l'unité nationale d'action sanitaire d'ici la mi-2010. Il appuie le projet de stratégie.

M. SOALAOI (Îles Salomon) accueille favorablement le projet de stratégie et espère qu'elle pourra être adoptée et mise en oeuvre par tous les États Membres de la Région. L'importance accordée à la couverture maladie universelle, condition préalable à la santé pour tous, devrait aider les pays à obtenir de meilleurs résultats en matière de santé. En octobre 2009, les Îles Salomon prépareront, avec l'assistance de deux consultants de la Banque mondiale, leur premier cadre de dépenses à moyen terme, conformément à l'approche sectorielle de la santé mentionnée lors de l'examen du point 10 de l'ordre du jour. Ce projet bénéficie également du soutien du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique.

Le Dr TAM Lai-fan (Hong Kong (Chine)) se dit favorable au projet de stratégie qui guidera Hong Kong (Chine) dans son processus de réforme des soins de santé. Le gouvernement est fermement résolu à fournir un accès universel à des soins de santé de haute qualité et à appliquer le principe selon lequel personne ne devrait se voir refuser des soins de santé pour des raisons financières. Il est fier de ses indices de santé, qui ont été atteints malgré le vieillissement de la population, la forte charge des maladies transmissibles, des

traitements coûteux et un consumérisme croissant. Le système de santé repose essentiellement sur la fiscalité. Les réformes prévues accorderont une plus grande importance aux soins de santé primaires, à la collaboration intersectorielle, à la participation communautaire, aux partenariats public-privé, aux pratiques de soins de santé fondées sur des données factuelles et à des choix d'un bon rapport coût-efficacité. Hong Kong (Chine) est impatient de présenter les résultats de ses réformes à venir.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) approuve le projet de stratégie et rend hommage aux progrès déclarés dans l'évaluation à mi-parcours 2008 de la stratégie 2006-2010. Il se déclare également favorable à l'importance accordée dans la stratégie aux soins de santé primaires pour renforcer les systèmes de santé afin d'atteindre une couverture maladie universelle. Il souscrit à la vision du Directeur régional selon laquelle la santé devrait être envisagée dans le contexte général du développement social. Il appelle l'attention sur le fait que le recours à l'aide extérieure au développement pour offrir une couverture maladie universelle ne représente qu'une solution temporaire. L'investissement dans le développement économique sera nécessaire pour permettre une telle couverture et réduire les débours directs des ménages. Les cadres législatifs demandés dans les domaines stratégiques 5 (4) et 6 (4) doivent être réalistes pour pouvoir être appliqués par les États Membres. Il souscrit aux observations formulées précédemment concernant le chevauchement entre les domaines stratégiques 7 et 8.

Son gouvernement a augmenté la pension de vieillesse en 2008 et prévoit d'augmenter les allocations destinées aux personnes handicapées et aux nouveau-nés et d'étendre les allocations familiales jusqu'à l'âge de 16 ans. Il prend également des mesures pour augmenter progressivement le salaire minimum. Les soins de santé sont gratuits pour les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans et les adultes de plus de 60 ans et sont subventionnés pour le reste de la population. Un système abordable d'assurance-maladie n'a toutefois toujours pas été trouvé.

Il souscrit aux propos du représentant de Singapour concernant la réduction des débours directs des ménages, la fiscalité et les taux élevés des emprunts qui entravent le développement économique.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) exprime ses remerciements pour le travail qui a abouti à la rédaction de la Stratégie. Les États-Unis s'inquiètent cependant au sujet de quelques détails. Le projet de stratégie semble préconiser une seule approche du financement des soins de santé qui convienne à tous, à savoir que tous les États Membres devraient augmenter la part de leur PIB consacrée aux dépenses de santé. La Stratégie devrait davantage tenir compte de la diversité des États Membres de la Région. L'évaluation à mi-parcours de la stratégie 2006-2010 semble indiquer que la stratégie ne fonctionne pas aussi bien qu'elle le pourrait. Il est difficile de déterminer si la faute en revient à la stratégie elle-même, à une mise en oeuvre lacunaire par le Secrétariat, ou à une faible acceptation par les Pays membres. Il est difficile de voir aussi comment le projet de Stratégie pour 2010-2015 s'accordera avec le budget programme de 2010-2011 et l'indicateur relatif au financement de la santé et l'assistance technique (10.010WP01.01), avec cinq pays pour seul critère de référence. En outre, la Stratégie ne contient pas suffisamment de précisions sur la manière dont la réussite de sa mise en oeuvre sera mesurée au regard des indicateurs et des cibles. Il souscrit à l'avis du représentant des Îles Cook selon lequel dépendre de l'aide au développement de l'étranger n'est pas un moyen durable de progresser vers l'instauration de la couverture universelle, et ce d'autant plus que les faits montrent que lorsqu'un pays reçoit des dons de l'étranger, son gouvernement réduit souvent les fonds budgétaires qu'il affecte à la santé.

Le Dr Stephen HOMASI (Tuvalu) accueille favorablement le projet de Stratégie, en particulier les trois nouveaux domaines d'action. Son Gouvernement croit en l'efficacité d'investissements soutenus dans les systèmes de santé pour réussir à instaurer une couverture universelle et il a à coeur d'offrir des soins de santé du meilleur niveau possible. Malgré la récession économique, il continue d'allouer 10 % du budget annuel aux services de santé, et la dernière planification budgétaire pour l'exercice 2010 fait apparaître une hausse dans les imputations relatives à des postes importants de la prestation des services de santé, notamment les services cliniques essentiels et les services de santé publique. Tuvalu est en train de mettre en place des comptes nationaux de la santé en vue d'améliorer le suivi du financement de la santé. Grâce à l'engagement du Gouvernement et au soutien de l'OMS et des partenaires bailleurs de fonds, le pays accomplit des progrès sensibles dans l'établissement d'indicateurs clés de la santé. L'heure n'est toutefois pas venue de se reposer sur ses lauriers et il ne fait pas de doute qu'une aide extérieure pour le maintien des investissements sera toujours nécessaire.

M. SOAKAI (Nauru), appuie le projet de Stratégie, approuve les observations émises par l'Australie au sujet des ressources qui seront nécessaires pour mener à bien les activités proposées, et demande que le Secrétariat réagisse à cet égard. Son pays aura besoin d'une aide de l'OMS pour élaborer une stratégie nationale de financement des soins de santé.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ, remercie les représentants de leur accueil favorable de la Stratégie et de leurs commentaires constructifs. Il se réjouit que la Stratégie soit reconnue comme un outil qui contribuera à améliorer les résultats des services de santé en centrant l'attention sur la réalisation d'une couverture universelle des soins de santé et l'accès à ces soins au moyen d'une combinaison de financements publics et privés pour la santé. Il n'est pas acceptable que des personnes soient contraintes de payer de leur poche des montants excessifs au centre où elles se font soigner, et il est indispensable de chercher des moyens d'éviter cela et de parvenir à assurer une couverture universelle des services par des stratégies de financement de la santé appropriées. La Région a des valeurs communes en partage, comme le désir de voir l'offre d'une couverture universelle des soins, et elle devrait être capable de s'accorder sur les conditions de base du financement de la santé, notamment la part des dépenses de l'État dans la santé et la part des contributions privées pour que cette couverture universelle perdure.

Certes, le niveau des dépenses est élevé, et il y a en général un bon rapport entre les revenus et les dépenses de santé, mais la prodigalité en matière de santé n'est pas nécessairement synonyme de plus grande performance des services. Il convient d'analyser soigneusement les conditions à réunir pour que la couverture universelle entraîne un accès équitable et des services de bonne qualité. Il faut espérer que le projet de Stratégie donnera des orientations à cet effet. Les mécanismes de recouvrement des dépenses ne devraient pas créer des obstacles financiers à l'accès aux soins. Les caisses d'assurance-maladie communautaires, mentionnées par le représentant de la République démocratique populaire lao, constituent un des moyens d'améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones rurales.

À l'évidence, le financement de la santé est lié à la crise financière qui frappe le monde aujourd'hui. Les quatre indicateurs cibles proposés pour le suivi et l'évaluation des progrès accomplis vers l'instauration d'une couverture universelle sont complexes et interdépendants, et devraient être analysés ensemble. Les comptes nationaux de la santé offrent un outil précieux pour la conduite de cette analyse. Pour répondre au représentant des États-Unis d'Amérique, le Conseiller régional convient qu'il y a lieu de mener un travail plus

approfondi concernant les indicateurs de référence. L'évaluation à mi-parcours de la Stratégie 2006-2010 a fait apparaître des éléments utiles pour l'élaboration du projet de Stratégie 2010-2015. Le Bureau régional diffusera dans la Région des informations concernant les meilleures pratiques.

Le DIRECTEUR, DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ, remercie les représentants de leur soutien en faveur de la Stratégie et de leur collaboration dans son élaboration. Dans bon nombre de pays l'instauration de la couverture universelle est en bonne voie et ces pays sont prêts à déterminer des points de repère à l'aune desquels seront établies les allocations et les dépenses sanitaires. La Stratégie est axée sur une couverture universelle faisant fond sur l'approche des soins de santé primaires. Toutefois, il ne s'agit pas seulement d'augmenter les dépenses de santé. Il est capital, et les ministères des finances insisteront certainement sur ce point, de tirer le maximum de profit de ces dépenses et de l'aide au développement extérieure, autrement dit, d'accroître la rentabilité grâce à une planification harmonisée, des mesures de suivi et d'évaluation.

Plusieurs représentants ont mentionné la capacité de mettre en oeuvre la Stratégie. Peut-être, en effet, le manque de capacité a-t-il été une des raisons de la lenteur de l'application de la Stratégie 2006-2010 dont le représentant des États-Unis d'Amérique a fait état. Même si l'OMS peut apporter un soutien technique, c'est, bien entendu, aux États Membres qu'il appartient de déterminer comment ils souhaitent financer leurs soins de santé.

Il importe de veiller à une bonne communication des informations sur les résultats obtenus de manière à pouvoir exploiter les stratégies en vigueur. On dispose déjà de données fiables sur les débours directs dont les patients doivent s'acquitter, la proportion des dépenses par rapport au PIB et les mécanismes de prépaiement, de sorte qu'il devrait être possible d'établir des indicateurs de référence. Il conviendrait néanmoins de présenter ces informations plus clairement dans les futurs rapports.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL remercie les représentants pour l'intérêt considérable qu'ils ont manifesté pour ce point de l'ordre du jour, sujet important mais difficile, compte tenu en particulier de la crise financière mondiale actuelle. Le financement de la santé est un pilier fondamental des systèmes de santé et une gestion rationnelle des fonds disponibles s'impose donc. Le financement de la santé est aussi tributaire du niveau de développement socioéconomique général du pays, de la volonté des politiques et de la détermination de sa société. Un grand nombre des cibles fixées dans le projet de Stratégie caractérisent une ambition, voire un idéal. Néanmoins, les États Membres ont le devoir d'essayer de les atteindre. Certains pays de la Région ont déjà réussi à ouvrir à tous l'accès aux soins de santé et à assurer une couverture universelle. D'autres s'approchent de ce but. Pour les pays qui n'ont pas encore atteint ce stade, le projet de Stratégie donne des orientations sur les mesures à prendre et devrait s'avérer un instrument utile pour plaider la cause du financement de la santé auprès des administrations publiques. Bien entendu, les États Membres de la région ne sont pas tous au même stade de développement socioéconomique et devront adapter la Stratégie à leurs conditions propres sur la base d'un accord sur les buts à poursuivre. L'OMS se tient prête à offrir son soutien, et il espère que pour sa part il pourra mettre au service des pays sa longue expérience de l'établissement de régimes d'assurance-maladie et de systèmes de santé en République de Corée, pour qu'ils progressent dans la mise en oeuvre de la Stratégie.

Le PRÉSIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger un projet de résolution approprié qui sera examiné plus tard dans la session.

3. EXAMEN DES PROJETS DE RÉSOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants.

3.1 Projet de budget programme 2010-2011 (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 1)

Le RAPPORTEUR DE LANGUE ANGLAISE annonce que des propositions d'amendements ont été soumises par la Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'Australie. La Papouasie-Nouvelle-Guinée propose d'insérer au paragraphe 2 du dispositif les mots « élaborés avec les États Membres respectifs » après « plans opérationnels détaillés ». L'Australie propose l'ajout d'un cinquième paragraphe au dispositif, comme suit : « Prie le Directeur régional de poursuivre son action pour renforcer les indicateurs afin de mieux démontrer leur impact. »

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL explique que le projet de résolution entérine le projet de budget programme 2010-2011 et qu'il n'est pas possible de modifier les indicateurs pour cette période biennale. Il propose de modifier la proposition de l'Australie comme suit : « Prie le Directeur régional, lors de l'élaboration de futurs budgets programmes, de renforcer les indicateurs afin de mieux démontrer leur impact. »

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) se prononce en faveur de l'amendement proposé par le représentant de l'Australie. Bien que le paragraphe 1 du dispositif semble entériner le projet de budget programme 2010-2011, le paragraphe 2 demande au Directeur régional de le réviser. Etant donné cette contradiction interne apparente, si le Directeur régional est prié « de réexaminer et de réviser, le cas échéant », rien n'empêche que ce réexamen et cette révision ne couvrent également les indicateurs.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL précise que le paragraphe 2 du dispositif, qui prévoit « de réexaminer et de réviser, le cas échéant, les crédits alloués aux États et Territoires ainsi qu'aux programmes inter pays », ne prévoit pas de réexaminer et de réviser le projet de budget programme 2010-2011 mais plutôt les divers plans opérationnels, élaborés par le Bureau régional et les bureaux de pays en liaison avec les gouvernements respectifs, qui forment ensemble le budget pour 2010-2011. Il est possible de réviser certaines allocations portant sur des activités spécifiques sans avoir à réviser l'ensemble du budget programme ou les chiffres de ce budget programme concernant les objectifs stratégiques.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) attire l'attention sur un débat antérieur au cours duquel plusieurs États Membres ont demandé l'amélioration des indicateurs ; l'ajout du paragraphe proposé signifierait que les États Membres n'ont pas besoin d'attendre deux ans avant de voir l'amélioration de ces indicateurs.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL prend note des observations des représentants de l'Australie et des États-Unis d'Amérique et propose que le libellé d'un cinquième paragraphe du dispositif soit examiné plus avant.

Le PRÉSIDENT suspend les débats sur le projet de résolution concernant le projet de budget programme 2010-2011 et demande que les rapporteurs préparent un texte révisé devant être examiné par le Comité à une date ultérieure.

3.2 La crise financière mondiale et son impact sur la santé en Asie et dans le Pacifique
(document WPR/RC60/Conf. Paper N° 2)

Le RAPPORTEUR DE LANGUE ANGLAISE annonce que des propositions d'amendement ont été soumises par Tuvalu : au sous-paragraphe 1.1, insérer « à continuer » avant « à plaider » et au sous-paragraphe 2.1 insérer « continuer » avant « d'aider ».

Décision : Le projet de résolution, tel qu'amendé, est adopté (voir résolution WPR/RC60.R1).

4. PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN FAVEUR DE L'INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL (2010-2014) : Point 12 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/7)

Présentant le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014), le DIRECTEUR RÉGIONAL explique que depuis 2005 toutes les parties habilitées dans la Région ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, premier traité de portée mondiale ayant trait à la santé publique, qui réaffirme le droit de tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible grâce à un instrument réglementaire international destiné à lutter contre le tabagisme.

L'OMS vient de conduire une consultation de pays, d'experts, de parties prenantes et de partenaires concernant le nouveau plan présenté au Comité régional, qui guidera les travaux de l'Organisation durant les cinq années à venir, intitulé le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014). Ce plan contient des orientations claires sur ce qu'il faut faire pour parvenir à une parfaite mise en oeuvre de la Convention-cadre.

Bien que la Région du Pacifique occidental, seule région à ce jour dont tous les pays sans exception ont ratifié la Convention-cadre, ait déjà fait d'énormes avancées dans la lutte contre le tabagisme, des progrès restent encore à faire. À cet effet, le Plan d'action régional indique plus précisément comment les États Membres peuvent appliquer la Convention. Le plan fixe des objectifs mesurables et des indicateurs pour le suivi des progrès accomplis. Il définit également des décisions spécifiques qui peuvent et devraient être prises pour contrer l'influence de l'industrie du tabac.

Le Directeur régional appelle le Comité régional à étudier et à entériner le Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) le présentant comme un guide d'action à suivre dans les cinq années à venir et comme le fondement du renforcement des efforts menés par l'OMS dans les pays.

La séance est levée à 12 h 00.

PROCÈS-VERBAL DE LA CINQUIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Mercredi, 23 septembre 2009, à 14 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) (suite)	144
2. Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	151

1. PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN FAVEUR DE L'INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL (2010-2014): Point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/7) (suite)

Le Dr O Heng Kin (Macao (Chine)) dit que la loi antitabac appliquée à Macao vient d'être amendée et entrera en vigueur dès que l'Assemblée législative l'aura adoptée. Aux termes de cette loi, un nouveau bureau de lutte antitabac sera chargé de son application et sera doté de 40 inspecteurs, qui suivent déjà un cours de formation intensive. En mai 2009, les taxes sur le tabac ont été multipliées par trois et tout sera mis en oeuvre pour défendre le principe d'une nouvelle hausse des taxes sur les produits du tabac. De plus, Macao (Chine) cherchera à appliquer et à rendre exécutoire le programme MPOWER (Monitor, Protect, Offer help, Warn, Enforce advertising bans et Raise taxes – Surveiller, protéger, offrir une aide, avertir, faire appliquer l'interdiction de la publicité pour le tabac et prélever des taxes) un ensemble de politiques destinées à sensibiliser le public aux méfaits du tabac.

Le Professeur Judith MACKAY (Hong Kong (Chine)) explique que les données sur la prévalence, la santé et l'économie liées à la lutte antitabac sont maintenant plus complètes, le comportement des fabricants de tabac se trouve désormais sous les projecteurs et la consommation de tabac est réduite par l'introduction de mesures telles que l'augmentation des taxes, l'instauration de zones non-fumeur et l'interdiction de la publicité sur le tabac. Comme l'ont montré les mesures efficaces prises par certains pays d'Asie, la lutte antitabac n'est pas une prérogative des pays occidentaux. Les pays à revenu faible ou intermédiaire ont reçu des sommes importantes pour financer la lutte antitabac. La Région OMS du Pacifique occidental est unique dans la mesure où tous ses États Membres, sans exception, ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et à cet égard, elle rend hommage aux actions de mobilisation du Dr Sang Tae Han, Directeur régional émérite. La législation et les politiques destinées à compléter le programme MPOWER sont en cours de rédaction. Ainsi, Hong Kong (Chine) a amendé sa loi antitabac et a introduit d'autres mesures législatives dont la force exécutoire est confiée à un bureau spécial et renforcée régulièrement. De plus, la taxe sur le tabac a été doublée et un programme pilote de sevrage tabagique à assise communautaire a été mis en place. Ces mesures ont eu pour résultat de diviser de moitié la prévalence du tabagisme qui est désormais de 11,8 %.

Néanmoins, la Région compte le plus grand nombre de fumeurs au monde et le projet de plan d'action régional en faveur de l'initiative Pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) était nécessaire et arrive donc à point nommé. Centré sur la mobilisation et le renforcement des capacités pour appliquer pleinement la Convention antitabac, ce plan d'action fixe des cibles spécifiques mesurables que l'OMS, les gouvernements et les organisations non gouvernementales devront atteindre. Il pourra donc aider les États Membres à relever les défis soulevés par l'épidémie de tabagisme.

Le Dr SKILLING (États fédérés de Micronésie) explique que son pays a désigné un point focal national tabac et a déjà entrepris la mise en oeuvre des différents volets de la Convention-cadre. Il applique les actions stratégiques énoncées dans le plan d'action régional en partant du principe que la « prévalence zéro du tabagisme » est l'objectif final. Dans les États fédérés de Micronésie cependant, une planification prudente et une démarche conduite avec diplomatie sont indispensables pour atteindre cet objectif, compte tenu du fait que la culture du tabac à petite échelle, pratiquée comme source complémentaire de revenus, n'est actuellement pas réglementée. Par ailleurs, la taxe sur le tabac est la seule source de financement des bourses d'étude qui permettraient de constituer une pépinière de diplômés d'études supérieures dont le pays

a désespérément besoin. Compte tenu de ces facteurs, les États fédérés de Micronésie auront besoin de temps pour atteindre cet objectif. Néanmoins, ils soutiennent sans réserve le projet de plan d'action régional, ne serait-ce que pour alléger la charge du tabagisme.

Le Dr VIVILI (Tonga) évoque les journées passées dans les wagons enfumés et le parrainage des manifestations sportives par les fabricants de tabac, ce qui démontre les progrès encourageants réalisés ces dernières années dans la lutte antitabac, grâce au rôle central de la Convention-cadre de l'OMS. La ratification de cette Convention par toutes les parties éligibles de la Région est digne d'éloges mais il est essentiel de préserver notre capacité d'adaptation et de renforcer nos actions, face aux tentatives persistantes de l'industrie du tabac de s'adapter au fur et à mesure de l'évolution de l'environnement. À cette fin, le projet de plan d'action régional sera un outil capital puisqu'il couvrira totalement l'ensemble des objectifs à atteindre.

Les Tonga sont pleinement conscients des conséquences d'un échec éventuel de la lutte contre le tabagisme et contre les maladies non transmissibles liées au tabac. Malheureusement, le processus est souvent entravé par des facteurs extérieurs qui échappent à tout contrôle. Malgré cela, les Tonga ont voté une loi antitabac très contraignante et ont mis en place d'autres dispositifs connexes, notamment une Fondation pour la promotion de la santé. Ces initiatives pour contrer la pandémie de maladies non transmissibles exigent que l'on déploie tous les efforts possibles et il invite instamment les autres à se joindre à lui pour soutenir le plan d'action régional.

Le Dr CABOTAJE (Philippines) confirme l'appui et l'engagement de son pays en faveur du projet de plan d'action régional et présente dans les grandes lignes les mesures clés de lutte antitabac prises à l'échelon national, qui recouvrent notamment l'introduction d'un système de surveillance du tabagisme, le renforcement des capacités, les initiatives pour des environnements sans tabac, une démarche antitabac à l'échelle du secteur et enfin la remise d'un prix annuel aux centres de santé et aux hôpitaux « sans tabac ». Des campagnes de plaidoyer en faveur de la nouvelle loi antitabac sont en cours et la législation actuelle antitabac est appliquée de façon efficace. Le Ministère philippin de la Santé s'est par ailleurs engagé à formuler un plan d'investissement à moyen terme en faveur de la lutte antitabac, pour apporter une assistance technique aux initiatives de lutte contre le tabagisme à l'échelle des provinces, et pour institutionnaliser et rendre viables les mesures de lutte antitabac.

Le Dr KIRITION (Kiribati) explique que fumer constitue le plus grand risque de santé publique dans son pays, où les progrès obtenus dans la lutte antitabac sont plus ou moins freinés par la dépendance de son pays à l'égard d'experts extérieurs pour la mise à jour et l'élaboration de la loi applicable à la santé. Pourtant, Kiribati a prévu l'entrée en vigueur de la nouvelle loi antitabac dans les prochains mois. Il n'existe pas de solution unique pour atteindre l'objectif commun de la lutte antitabac et Kiribati se heurte à un obstacle de taille puisque la consommation de tabac est fortement intégrée à la culture – par exemple on offre traditionnellement du tabac aux aînés d'un village et aux dieux locaux. Il est donc impératif d'obtenir l'appui des masses, en particulier celui des anciens dont l'influence est telle qu'ils pourraient faire perdre un siège parlementaire au parti du gouvernement si celui-ci adoptait une mesure insuffisamment prudente pour faire respecter la loi sur le tabac. La campagne menée actuellement pour obtenir l'appui de ces anciens est un exercice laborieux qui demande un grand déploiement de ressources, compte tenu de la géographie des îles de son pays. Kiribati accueillera donc favorablement toute aide supplémentaire, en plus de l'assistance déjà fournie par le Bureau régional du Pacifique occidental, à qui il témoigne toute sa gratitude. En conclusion, il se dit totalement favorable au projet de plan d'action régional.

Mme GOODSPEED (Australie) accueille favorablement le projet de plan d'action régional mais souhaite faire remarquer que les données qui portent sur la ratification, par toutes les parties de la Région d'ici à 2014, de tous les protocoles de la Convention-cadre de l'OMS et identifiées comme un indicateur global, risquent d'être prématurées. Le premier de ces protocoles sur le commerce illicite des produits du tabac, par exemple, est toujours en cours de négociation. Il lui semble que les progrès significatifs réalisés par tous les États Membres de la Région dans l'application des directives de la Convention-cadre seraient un indicateur plus réaliste. Concernant la cible (e) du programme régional, l'Australie est un peu gênée par le lien direct qui est fait entre les taxes sur le tabac et les dépenses des revenus dérivés de ces taxes, son ministère des Finances ne permettant pas, en règle générale, l'affectation des taxes. S'agissant des indicateurs des pays et territoires, elle demande si la réglementation mentionnée qui préconise l'interdiction totale de fumer signifie une interdiction de fumer dans la totalité des lieux publics.

Comme pour les cibles (b) et (c) du programme régional, l'Australie considère que les réunions annuelles de planification avec tous les partenaires et les parties prenantes et les programmes de remises de prix risquent d'être excessifs, en particulier lorsque les plans s'articulent bien les uns aux autres et ont été mis en application sur une longue période. Il en va de même des indicateurs (b) et (c) des pays et territoires. Dans la mise en oeuvre du plan d'action régional, il faut déterminer quelle période sera la plus appropriée pour tenir ces réunions et effectuer ces examens. Il serait judicieux également d'apporter quelques éclaircissements, de rationaliser et d'homogénéiser les activités préconisées dans la Convention-cadre, dans le programme MPOWER et dans le plan d'action régional. Compte tenu du fait que les obligations de transmettre des rapports annuels stipulées respectivement dans la Convention-cadre et dans le programme MPOWER, exigent de nombreuses ressources et sont redondantes, il serait préférable de prévoir une seule demande de rapport annuel qui couvrirait les deux documents. Enfin, considérant ces obligations de faire rapport et leur nature, elle demande des précisions sur l'examen de 2012 de la mise en oeuvre du plan d'action régional et sur le niveau d'activités exigé des États Membres.

Le Dr KUARTEI (Palaos) déclare que l'application de la Convention-cadre de l'OMS puise dans les ressources limitées des petits pays insulaires, tendant parfois les relations politiques et retardant le développement d'autres programmes nécessitant un appui politique. L'application des lois pose un autre problème. Les Palaos soutient le projet de plan d'action régional mais insiste sur la nécessité de mettre davantage l'accent sur la prévention primaire, en privilégiant les enfants. Les cultures traditionnelles tiennent compte des différences entre les sexes, ce qu'on peut également utiliser pour lutter contre le tabac. Il faut également se rappeler que, dans certains pays, le tabac à chiquer présente un risque sanitaire plus grand que le tabac à fumer, car il oblige à cracher contrairement au tabagisme passif. Par ailleurs, la simplification du langage utilisé dans la Convention-cadre en améliorerait la compréhension et peut-être même l'application. Enfin, il faut mettre à l'ordre du jour de la Région la question du commerce et de la santé, l'ironie étant que ce sont souvent les pays qui exportent le tabac qui fournissent aussi l'aide financière et technique pour la lutte antitabac.

Le Dr Isimeli TUKANA (Fidji) fait part de l'appui sans réserve de son pays à l'action visant l'application complète de la Convention-cadre de l'OMS. Les initiatives antitabac des Fidji comprennent l'amendement de sa législation, la réalisation d'une enquête sur les jeunes et le tabac, la promotion des environnements sans

tabac et l'application de sa législation antitabac par une unité spéciale. Les Fidji soutiennent le projet de plan d'action régional et espèrent poursuivre leur collaboration avec l'OMS pour sa mise en oeuvre.

Le Dr RAHMAH (Brunéi Darussalam) déclare apprécier particulièrement les principes d'orientation, les indicateurs et les mesures pratiques énoncés dans le projet de plan d'action régional ; ils peuvent être adaptés à la situation particulière des États Membres et aideront ceux-ci à appliquer la Convention-cadre d'une manière efficace et en temps voulu. La lutte antitabac occupe une place de choix dans les priorités sanitaires de son pays. La législation antitabac est maintenant en place pour lutter, entre autres, contre l'importation, la vente, la promotion, le conditionnement et l'utilisation des produits du tabac. L'application soulève un problème cependant et les activités sont actuellement examinées avec l'aide des organismes chargés de l'application des lois. Un comité national de la lutte antitabac a également été fondé pour développer la coopération multi-institutions dans le domaine des initiatives antitabac. Le Brunéi Darussalam soutient le projet de plan d'action régional et espère que l'OMS poursuivra son aide si précieuse, sous quelque forme qu'elle soit dispensée.

Le Dr SODNOMPIL Tserendorj (Mongolie) dit que les grands principes de la Convention-cadre de l'OMS sont repris dans la loi antitabac de son pays. Différentes enquêtes ont été menées pour déterminer la prévalence du tabagisme et un groupe de travail technique a été créé dans le but de lutter plus efficacement contre le tabac. Les produits du tabac sont maintenant importés uniquement sous licence et une fondation pour la promotion de la santé, financée par une taxe sur le tabac, a été créée. Les organisations gouvernementales, non gouvernementales et les organisations administratives locales collaborent de plus en plus aux mesures et aux activités antitabac, qui comprennent notamment un travail de sensibilisation des communautés et de persuasion des responsables politiques et des décideurs visant à créer des environnements sans tabac. Malheureusement, l'ingérence de l'industrie du tabac a augmenté en conséquence et gêne la mise en oeuvre de la Convention-cadre et de la législation sur le tabac dans le pays.

Le Dr LI Xinhua (Chine) rappelle que le Pacifique occidental a été la première Région de l'OMS dans laquelle toutes les parties concernées ont ratifié la Convention-cadre de l'OMS. Il accueille avec satisfaction le projet de plan d'action détaillé pour 2010-2014, qui a été examiné lors de consultations entre huit ministères de son Gouvernement. Sa délégation approuve le projet de plan dans son ensemble. Étant donné que les fumeurs de la Région représentent plus du tiers de tous les fumeurs dans le monde, son Gouvernement souscrit à l'objectif général de réduire la prévalence le plus possible et d'assurer une protection maximale contre le tabagisme passif. Dans le cadre du projet de plan d'action régional, la Chine continuera à promouvoir la lutte antitabac, avec pour but « des populations, des communautés et des environnements sans tabac ». La Convention-cadre constituant la base juridique de la lutte antitabac, les dispositions du plan d'action ne doivent pas excéder celles de la Convention. Le projet de plan d'action régional est un plan de sensibilisation dans la Région et, en tant que tel, fournit des orientations aux organisations de lutte antitabac dans les États Membres ; il ne doit pas être considéré comme obligatoire. Son Gouvernement convient que les taxes sur le tabac devraient être majorées progressivement, mais estime qu'elles devraient représenter en moyenne 60 % du prix de détail et qu'elles ne devraient pas s'appliquer à tous les produits du tabac. Il pense, comme le représentant de l'Australie, que les recettes fiscales provenant des taxes sur le tabac devraient être utilisées dans le cadre du budget national plutôt qu'être destinées à un usage particulier.

Mme MATTHEW (Îles Marshall) dit que, bien que tous les États Membres de la Région du Pacifique occidental aient ratifié la Convention, les habitants de la Région continuent à mourir de maladies liées au tabagisme comme le diabète. Le Ministère de la Santé de son pays a intégré la lutte antitabac dans sa stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et dans son programme général de lutte contre le cancer. L'un des problèmes apparus récemment est l'augmentation de la consommation de noix de bétel mélangées à du tabac, surtout parmi les jeunes, y compris le personnel médical. Le Ministère espère avoir accès aux taxes sur le tabac et l'alcool pour financer les soins de santé primaires et les mesures de prévention. Elle se réjouit à la perspective de collaborer avec l'OMS et les partenaires internationaux à l'exécution du plan d'action proposé.

Le Dr BALACHANANDRAN Satiamurti (Malaisie) informe le Comité que, depuis qu'elle est devenue Partie à la Convention-cadre en 2005, la Malaisie a intensifié son action contre le tabac. Elle a adopté de nouvelles dispositions législatives, renforcé les mesures existantes, notamment la diffusion de messages de promotion de la santé et de messages antitabac dans l'ensemble du pays, et continué à augmenter les prix et les taxes. La Malaisie a participé à de nombreux processus en rapport avec la Convention-cadre, notamment à des consultations sur l'élaboration du projet de plan d'action régional à partir du programme MPOWER de l'OMS, composé de six politiques, programme qu'elle approuve. Le Ministère malaisien de la Santé a mis au point un programme national intitulé « MPOWER » (« PEKASA Malaysia »), fondé sur ces six politiques éprouvées et qui est sur le point d'être adopté. Le plan multisectoriel sera exécuté par six comités de travail dirigés par des hauts responsables des organismes concernés, un comité pour chacune des composantes. Cette large participation devrait inciter tous les secteurs à s'engager en faveur de la lutte antitabac.

Le Dr Teiji TAKEI (Japon) dit que le Japon a renforcé ses mesures de lutte antitabac afin de s'aligner sur la Convention-cadre et conformément à sa politique et à sa législation nationales en matière de promotion de la santé. La fréquence du tabagisme diminue chez les adultes en général, mais reste plus élevée chez les hommes que dans d'autres pays. La proportion de fumeuses chez les femmes est plus faible que dans d'autres pays, mais relativement élevée chez les jeunes femmes. Il est donc urgent de prendre des mesures supplémentaires. Le Japon continuera à soutenir l'action de l'OMS au niveau mondial et espère que les discussions sur la Convention-cadre se poursuivront à la quatrième session de l'organe intergouvernemental de négociation d'un protocole sur le commerce illicite des produits du tabac et lors de la quatrième Conférence des Parties à la Convention-cadre en 2010. Le Japon souscrit au projet de plan d'action régional.

Le Dr NGUYEN QUOC TRIEU (Viet Nam) dit que le Viet Nam, qui enregistre l'un des plus forts taux de tabagisme, appuie le projet de plan d'action régional. Le pays a pris des mesures contre le tabagisme et applique actuellement un programme national de lutte antitabac 2000-2010, qui sera évalué en 2010. Il a signé la Convention-cadre de l'OMS en 2004 et le Premier Ministre a approuvé le plan de mise en oeuvre de la Convention en août 2009. Les activités ont été axées sur l'augmentation des taxes et sur l'interdiction de la publicité en faveur du tabac. Un projet de loi sera soumis à l'Assemblée nationale en vue de son approbation à la fin de 2010. Le Viet Nam s'inspirera des stratégies du projet de plan d'action régional pour élaborer ses futures politiques antitabac. Il est demandé à l'OMS, à d'autres organisations internationales et aux pays de la Région de coopérer davantage pour lutter contre le commerce illicite des produits du tabac et pour éviter que les producteurs de tabac n'interviennent dans l'élaboration des politiques antitabac.

M. ABDON (États-Unis d'Amérique) dit que son pays est déterminé à réduire la morbidité et la mortalité liées au tabagisme et applique la loi de 2009 sur la prévention du tabagisme et la lutte antitabac.

au sein des familles, et qui habilite la Food and Drug Administration des États-Unis à réglementer le tabac et les produits du tabac. Les États-Unis restent également résolus à collaborer avec les partenaires dans la Région et dans le monde, comme l'illustre sa collaboration avec 164 pays dans le cadre du système mondial de surveillance du tabagisme, et ils sont disposés à fournir un appui technique et financier aux États Membres pour renforcer leurs capacités dans les domaines du suivi et de la surveillance. Il salue le rôle dirigeant assumé par le Bureau régional dans la lutte contre le tabagisme et les efforts qu'il fait pour maintenir cette question parmi les priorités de santé publique. Le projet de plan d'action régional s'articule judicieusement autour de la Convention-cadre de l'OMS et du programme MPOWER et il orientera les priorités et les actions au cours des cinq prochaines années.

Mme GIDLOW (Samoa) souscrit au projet de plan d'action régional et à la proposition de faire le point sur son exécution lors de la session du Comité régional de 2012. Le plan guidera les États Membres, y compris le Samoa, dans l'élaboration de stratégies nationales conformes à l'approche mondiale. Le Samoa a adopté une législation antitabac en 2008 et entrepris des activités de sensibilisation, de communication et de persuasion. Mais d'autres efforts s'imposent pour améliorer la planification des investissements et la gestion des ressources, la formation des ressources humaines, la surveillance, le suivi, la gestion du savoir et le traitement des dépendances tabagiques. La ratification de la Convention-cadre par le Samoa entraîne des obligations qui exigent une bonne discipline en matière de suivi et de notification. Le Samoa remercie les partenaires extérieurs de l'appui qu'ils leur ont fourni et se félicite de l'aide que leur a apporté l'OMS pour élaborer une législation antitabac, qui sera parachevée avant la fin de l'exercice en cours. Le Parlement samoan a créé un groupe de défense des modes de vie sains qui présentera son plan d'activité en octobre 2009, au début de la prochaine session parlementaire.

Le Dr LEE Seon Kui (République de Corée) appuie le projet de plan d'action régional, qui guidera la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS. Les États Membres auront besoin d'un appui technique pour atteindre les cibles et les indicateurs définis dans le plan et les progrès devront être suivis de près. La République de Corée est disposée à faire profiter de son expérience en matière de politiques antitabac, pour ce qui est notamment de son programme national de sevrage tabagique et de ses campagnes antitabac.

M. SOALAOI (Îles Salomon) souscrit au projet de plan d'action régional. Les informations communiquées dans le document sont très préoccupantes. On y apprend en effet que, pendant le temps que durera son intervention, deux personnes mourront de maladies liées au tabagisme dans la Région et que les États Membres dépensent des sommes colossales contre ces maladies. Son pays a entrepris des programmes de promotion de la santé et une politique de lutte antitabac, et un projet de loi antitabac doit être approuvé par le Gouvernement avant d'être présenté au Parlement dans les mois qui viennent. M. Soalaoi s'est engagé à faire adopter et appliquer le projet de loi, car il est très préoccupé par la forte prévalence du tabagisme parmi les jeunes de son pays. Le Gouvernement a augmenté la taxe sur le tabac et l'alcool de 20 %. Son pays perçoit des recettes de fabricants du tabac, mais a conscience qu'il y a de meilleurs moyens d'obtenir des fonds.

Le Dr HOMASI (Tuvalu) soutient le projet de plan d'action régional. Des études récentes dans son pays ont montré une prévalence de 33 % du tabagisme chez les jeunes. Une coalition multisectorielle contre le tabac a vu le jour en 2007 pour diriger la lutte dans son pays et elle a pris une part active dans l'adoption d'une loi contre le tabagisme en 2008. L'ensemble du Gouvernement et toutes les organisations

non gouvernementales dans le pays participent à la lutte contre le tabac. Il remercie l'OMS et les partenaires internationaux pour leur aide.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) déclare que les Îles Cook soutiennent depuis longtemps la lutte contre le tabac dans la Région et elles ont adopté il y a quelques temps une loi interdisant de fumer dans les transports publics. Il exprime son soutien au projet de plan d'action régional. Toutefois, le combat pour réduire la consommation de tabac sera difficile et demandera de gros efforts pour éduquer les populations, s'opposer aux allégations selon lesquelles le tabagisme fait partie de la tradition et de la culture et lutter contre le commerce illicite des produits du tabac. Les cibles doivent donc être réalistes. Les Îles Cook perçoivent déjà des taxes sur l'importation des produits du tabac et de l'alcool et interdisent la publicité directe. Néanmoins, l'apparition de ces produits dans les films incite les jeunes à considérer le tabagisme et la consommation d'alcool comme quelque chose de désirable et devrait peut-être aussi être interdite. Les contribuables financent actuellement les soins de santé pour les fumeurs ; il a parfois le sentiment qu'il faudrait demander aux fumeurs de payer leur propre assurance-maladie. Enfin, il faut demander aux pays qui ont des producteurs de tabac d'agir à ce niveau.

M. SOAKAI (Nauru) remercie l'OMS de l'aide qu'elle fournit à Nauru et qui a permis d'adopter une législation antitabac en juillet 2009. Les moyens locaux de la faire appliquer et d'entreprendre d'autres activités de lutte antitabac sont cependant limités, et cette aide devra donc être étendue. Nauru soutient le projet de plan d'action régional.

À l'invitation du PRÉSIDENT, des représentants de la University of Hong Kong, de l'Alliance de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et de la International Federation of Medical Students Associations font des déclarations au Comité.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC, remercie les intervenants pour leur soutien au projet de plan d'action régional et pour les informations qu'ils ont données sur les mesures novatrices prises par les pays malgré les difficultés auxquelles tous sont confrontés. L'OMS espère continuer à collaborer avec les États Membres dans les domaines de la politique et de la réglementation, ainsi que pour changer les normes sociales et surmonter les obstacles culturels, afin de mieux lutter contre le tabac. Pour l'essentiel, le projet de plan d'action donne des orientations et prend en compte un grand nombre de préoccupations et d'intérêts, reflétant les besoins divers et les réglementations variées des différents pays, par exemple en ce qui concerne la taxation. Il ne sera pas obligatoire, mais il semble qu'il y ait une ferme volonté d'atteindre les cibles qu'il a fixées. La question a été soulevée de savoir ce que signifiait 100% des règlements pour un monde sans tabac : compte tenu du fait qu'il existe de nombreux « environnements sains », « villes-santé » ou « écoles-santé » par exemple, qui n'appliquent pas des réglementations interdisant le tabac, le projet de plan d'action propose d'interdire le tabagisme, la promotion, la publicité et le parrainage du tabac.

Le DIRECTEUR, POUR DES COMMUNAUTÉS ET DES POPULATIONS EN BONNE SANTÉ, déclare que l'OMS renforcera ses efforts pour atteindre les cibles fixées dans le projet de plan d'action régional, au moyen d'une action multisectorielle. De nombreux pays et territoires de la Région du Pacifique occidental ont obtenu d'excellents résultats dans la lutte antitabac, et l'OMS favorisera l'échange de leurs expériences et de leur expertise technique.

Le DIRECTEUR, INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC/MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET SANTÉ MENTALE, SIÈGE DE L'OMS, apprécie les observations constructives sur le projet de plan d'action. Lorsque l'OMS a lancé, il y a dix ans, le processus qui a abouti à la Convention-cadre pour la lutte antitabac, elle s'est avancée sur des territoires inconnus. Jamais encore les États Membres de l'OMS n'avaient négocié un traité. Après l'éradication de la variole, la Convention-cadre de l'OMS s'est inscrite dans les dix plus grandes réalisations de l'Organisation. La Région du Pacifique occidental est en tête de cette lutte avec un taux de ratification de la Convention de 100 % et elle a un plan d'action fixant des cibles ambitieuses pour la mettre en oeuvre dans les cinq prochaines années. L'harmonisation des efforts de mise en oeuvre de la Convention, en particulier par le programme technique MPOWER, est l'une des plus grandes priorités de l'OMS. Le but est d'étendre les efforts, en particulier par une réduction de la demande. Une réunion mondiale aura lieu en novembre 2009 pour garantir au maximum l'harmonisation, la complémentarité et la synergie, de façon à réduire la charge pour les pays. Il souligne que la taxation est une source potentielle énorme de revenus pour le développement de la santé dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL remercie les représentants pour leur appui au projet de plan d'action régional. Il apprécie l'engagement des Ministres de la Santé de la Région du Pacifique occidental dans la lutte antitabac, rappelant que dans cette Région 100 % des pays ont ratifié la Convention. Il félicite l'organisateur, Hong Kong (Chine), qui a été et continue d'être un pionnier en matière de politique et d'action pour une lutte efficace et globale contre le tabac, non seulement dans la Région mais également dans le monde entier. Il reconnaît également la contribution exceptionnelle du Dr Judith Mackay, de Hong Kong (Chine), célèbre défenseur de cette cause à l'échelle mondiale, qui a été nommée « l'une des personnalités les plus influentes du monde » par Times magazine en 2007, pour son travail pour la lutte antitabac et qui a reçu récemment le premier prix du groupe British Medical Journal pour son oeuvre de toute une vie. Le Dr Mackay a été l'un des premiers architectes de la Convention-cadre de l'OMS et une personne essentielle pour la formulation du projet de plan d'action régional. Il la remercie pour ses efforts et espère qu'elle continuera à diriger sans relâche la lutte antitabac dans la Région du Pacifique occidental. Des progrès sensibles ont été accomplis, mais il faudra un engagement soutenu et continu pour atteindre les objectifs communs.

Le PRÉSIDENT demande aux rapporteurs de rédiger une résolution à étudier plus tard au cours de la session.

2. PLAN D'ACTION RÉGIONAL POUR COMBATTRE ET ÉLIMINER LE PALUDISME DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL (2010-2015) : Point 13 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/8)

Le DIRECTEUR RÉGIONAL présente le projet de plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) informant le Comité régional que le paludisme continue de représenter une charge importante pour la santé publique dans la Région du Pacifique occidental, malgré des baisses sensibles de la morbidité et de la mortalité ces dernières années. L'endémie persiste dans dix pays de la Région. De plus, de nouvelles menaces sont apparues, comme la résistance aux médicaments antipaludiques les plus efficaces, l'émergence de moustiques résistants aux insecticides et une marée de médicaments contrefaits inefficaces.

Malgré tout, au cours des dix dernières années, de nombreux pays de la Région du Pacifique occidental ont réduit avec beaucoup de succès la charge du paludisme. Une ferme volonté politique, une expertise

technique accrue et l'intégration de la lutte antipaludique dans les systèmes de santé à base communautaire ont été les clés de ce succès.

S'appuyant sur l'expérience, le projet de plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015) demande de consolider les réalisations récentes de la lutte antipaludique dans la Région et de s'appuyer sur celles-ci pour passer, si possible, à l'élimination de la maladie, plutôt que de se contenter de lutter. C'est une étape cruciale pour s'assurer une volonté politique soutenue, garantir des ressources suffisantes et améliorer la coordination entre les États Membres et d'autres parties prenantes.

Le plan d'action, élaboré par le Bureau régional en collaboration étroite avec les États Membres et en consultation avec le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, a pour mission de fournir une feuille de route aux deux Régions, un cadre de mise à jour des plans nationaux et un outil de suivi des programmes nationaux et de mobilisation des ressources.

Le Directeur régional demande au Comité régional d'examiner et d'approuver le projet de Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015), en tant que document d'orientation pour les cinq années à venir, et d'utiliser le Plan d'action pour intensifier les efforts de l'OMS dans les pays.

M. Len TARIVONDA (Vanuatu) approuve le projet de Plan d'action régional sur le paludisme, en notant que cette maladie continue de représenter un important problème de santé publique dans son pays. Au cours des 20 dernières années, et surtout des cinq dernières, la morbidité et la mortalité associées au paludisme ont fortement baissé grâce au soutien continu de l'OMS, du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, du gouvernement australien et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En 2008, le taux d'incidence annuel du parasite du paludisme était de 14 cas pour 1000 habitants tandis qu'aucun décès n'a été déclaré. La situation au Vanuatu est telle que la lutte intensifiée et l'élimination peuvent maintenant remplacer la lutte systématique. Ce nouvel objectif a été formellement annoncé en 2008 et la réorientation des interventions vers l'élimination sera progressive et visera dans un premier temps des zones géographiques sélectionnées à cette fin.

Profitant du regain d'intérêt pour l'élimination du paludisme à l'échelle mondiale (par le biais du Réseau d'élimination du paludisme) et au niveau régional (par le biais du Réseau Asie-Pacifique d'élimination du paludisme) et de l'existence de nouveaux outils, le Vanuatu s'est déjà engagé aux niveaux politique et décisionnel les plus élevés à réaliser le rêve d'éliminer le paludisme du pays. Cela nécessitera toutefois une coordination et une harmonisation appropriées. Vu l'importance des financements, et le processus de mise en oeuvre attendu, le Ministère de la Santé pourrait facilement perdre son rôle directeur s'il doit déployer des efforts démesurés pour satisfaire les exigences des donateurs. Il demande donc que les exigences des donateurs en matière de rapports et de gestion soient simplifiées au niveau national, pour alléger la charge de travail des agents nationaux, de sorte qu'ils puissent concentrer leurs efforts sur la réalisation des résultats escomptés. L'assistance technique devrait par ailleurs être notablement renforcée dans les domaines des finances, de la gestion des programmes et des rapports, en raison des capacités strictement limitées dont dispose le pays. Pour vaincre le paludisme et atteindre l'objectif de son élimination, des plans et stratégies précis et harmonisés sont indispensables aux niveaux national, régional et mondial.

Le Dr SHIMIZU (Japon) accueille favorablement le projet de plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental, en précisant que l'intégration des mesures antipaludiques dans les systèmes de santé des pays est préférable à des programmes verticaux. L'établissement, au sein de programmes intégrés, de liens entre les activités de lutte antipaludique et les soins de santé maternelle et infantile semble être l'approche la plus efficace. Il est également important de tenir compte du contexte spécifique de chaque pays. La lutte antipaludique repose sur l'utilisation de moustiquaires à imprégnation durable et sur un traitement précoce mais ces mesures ne constituent pas une panacée. Il importe de sélectionner les mesures les plus efficaces et les mieux adaptées à chaque pays en se fondant sur des données scientifiques. Il souligne par ailleurs le besoin d'ancrer les activités dans la communauté grâce à la sensibilisation. Le projet de plan d'action envisage à juste titre de poursuivre l'utilisation des moustiquaires mais les gens doivent également apprendre à les utiliser correctement. Le Japon continuera de soutenir la lutte contre le paludisme grâce à ses contributions à l'OMS et au Fonds mondial, à la coopération bilatérale et à la recherche.

Le Dr YU (Chine) rend hommage aux efforts déployés par le Bureau régional pour le Pacifique occidental et ses partenaires pour combattre et éliminer le paludisme dans les États Membres, y compris en Chine. Le Ministère de la Santé de son pays a défini une stratégie visant l'élimination du paludisme d'ici 2015 et, depuis 2007, a fourni près de 50 millions de yuans (soit 7,3 millions de dollars) pour réaliser des tests sanguins sur les patients atteints de fièvre, former le personnel et fournir gratuitement des médicaments et des pesticides. Il espère que l'OMS actualisera la liste des médicaments essentiels en tenant compte de l'efficacité du traitement par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et aidera la Chine à obtenir la présélection des médicaments de ce type produits sur son territoire. Il approuve le projet de Plan d'action et espère que le Bureau régional pour le Pacifique occidental continuera de fournir une assistance technique à tous les États Membres.

Le Dr RAHMAH (Brunéi Darussalam) se félicite de l'inclusion du paludisme dans le programme de l'année en cours du Comité régional et rend hommage aux efforts inlassablement déployés par le Directeur régional pour aider les pays d'endémie et mobiliser des fonds externes. Ces efforts ont été récompensés par une réduction encourageante de la morbidité et de la mortalité. Bien que le Brunéi Darussalam soit indemne de paludisme depuis 1987, des motifs de préoccupation subsistent, notamment en ce qui concerne la résistance aux médicaments et aux insecticides, ainsi que la circulation de médicaments contrefaits inefficaces susceptibles d'entraver, voire d'annuler, les progrès accomplis à ce jour. Il convient en effet d'améliorer l'intégration et les liens entre les efforts menés dans la lutte antipaludique et ceux déployés pour renforcer le système de santé. Ces préoccupations doivent être prises au sérieux compte tenu des effets de la mondialisation, des nombreux déplacements de personnes et du changement climatique. Le projet de Plan d'action arrive à point nommé et fournira un cadre pertinent d'évaluation et de révision des initiatives nationales de surveillance du paludisme.

Le Dr Azmi ABDUL RAHIM (Malaisie) se déclare favorable au projet de plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental. La Malaisie est sur le point d'établir la version définitive d'un plan stratégique d'élimination du paludisme, conforme au plan régional, et veillera à dégager des ressources humaines et financières appropriées. Concernant le paludisme pharmacorésistant, les mesures prévues comprennent la promotion du traitement par associations médicamenteuses et le renforcement des contrôles médicamenteux pour veiller à la bonne utilisation des antipaludéens dans les secteurs public et privé. Toutes les communautés, y compris les populations marginalisées et migrantes, bénéficieront d'une lutte antivectorielle appropriée, d'un diagnostic précoce des parasites et d'un traitement efficace et sans

danger par associations médicamenteuses. Le système de surveillance sera renforcé en suivant les tendances, l'efficacité des antipaludéens et la résistance aux insecticides, ainsi que l'évaluation des impacts et la lutte contre les flambées de paludisme. La coopération et la collaboration intersectorielles seront également renforcées. L'assistance fournie par l'OMS aux pays de la Région est fort appréciée, en particulier les efforts visant l'amélioration de la coopération entre les pays pour lutter contre le paludisme au sein des populations migrantes et dans les zones frontalières.

Le Dr Minerva MOLON (Philippines) indique que la morbidité attribuable au paludisme est en baisse constante dans son pays et a diminué de 35 % entre 2007 et 2008 ; 22 des 58 provinces impaludées de son pays ont été déclarées indemnes de paludisme. Les Philippines sont ainsi sur le point d'atteindre l'objectif de l'OMS concernant la réduction de la mortalité associée au paludisme pour 2010. La baisse de la morbidité et de la mortalité associées à cette maladie peut être attribuée aux réformes du système de santé engagées dans le pays et, en particulier, à l'initiative « zone indemne de maladie » qui comprend de vastes stratégies prévoyant l'application de mesures d'élimination au niveau des provinces, avec la pleine participation des pouvoirs locaux et des partenaires de développement. Ces stratégies comprennent une évaluation entomologique et clinique dans les provinces d'endémie, une série de mesures antivectorielles, la constitution de réserves de matériel antipaludique, le renforcement de la surveillance et la mise en place d'un système d'assurance de la qualité applicable aux microscopistes.

M. CHANG (République de Corée) annonce que son pays met en oeuvre actuellement un plan de moyen à long terme pour réduire l'incidence du paludisme dans les zones endémiques, près de la Zone démilitarisée, à moins de 1 pour 100 000 habitants d'ici à 2015, et que l'incidence a diminué de 53 % entre 2007 et 2008. Il remercie l'OMS et les États Membres pour leur soutien dans cette action et s'engage à poursuivre les efforts pour éliminer le paludisme, aussi bien dans d'autres pays que dans le sien.

Le Dr Lester ROSS (Îles Salomon) indique que le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité dans son pays. Il remercie l'OMS et les autres partenaires pour leur soutien, exprimant aussi sa reconnaissance envers les organisations non gouvernementales, les organismes sociaux en milieu communautaire et les associations confessionnelles qui apportent leur contribution. Il propose que ces derniers soient aussi inclus dans le Plan d'action régional. Un projet pilote d'éradication du paludisme a démarré dans la Province de Temotu, avec pour objet l'élimination du paludisme d'ici à 2013. La deuxième province choisie est celle d'Isabel, où le Gouvernement, l'Eglise et les collectivités travaillent de concert pour parer aux besoins des populations. Les Îles Salomon continueront d'oeuvrer de pair avec l'OMS et ses partenaires dans le développement pour éradiquer la maladie dans le pays.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) fait l'éloge du Plan d'action régional ainsi que des objectifs, activités et indicateurs établis. Les États Membres devraient fixer leurs priorités dans leurs programmes nationaux sur la base des données factuelles et veiller à ce que leur système de surveillance et de suivi fournisse des informations de grande qualité. Il se déclare vivement favorable à un renforcement de la coordination des diverses actions entreprises pour lutter contre le paludisme et d'autres maladies comme le VIH/sida, ainsi qu'à toutes mesures qui seront prises pour améliorer la santé maternelle et infantile. Il exprime également son soutien à des interventions dont l'efficacité est éprouvée pour la prévention du paludisme, le dépistage des cas et leur traitement. Son Gouvernement prévoit d'appuyer l'action régionale conduite au Mékong pour

juguler la propagation du paludisme multirésistant. L'élimination progressive du paludisme conduira à son éradication complète à long terme.

Le Dr Jeffrey CUTTER (Singapour) se félicite de l'élaboration du projet de plan d'action exhaustif proposé par le Secrétariat. Il fait cependant observer qu'en regard des sept objectifs cités à l'appendice 1 de l'annexe 1 on dénombre 182 activités, ce qui pourrait faire perdre de vue les activités vraiment essentielles contenues dans les plans de lutte nationaux. Il suggère de mettre en relief deux ou trois activités particulièrement importantes sous chaque objectif stratégique.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, PALUDISME, AUTRES MALADIES À TRANSMISSION VECTORIELLE ET MALADIES PARASITAIRES, prend acte de ce que la majorité des intervenants a approuvé le plan. Il a pris note des observations du Vanuatu à propos de la coordination. Le Japon a évoqué des questions liées au contexte local, faisant valoir qu'un élément clé de la réussite est le fait que ce soient des associations travaillant en milieu communautaire qui lancent des initiatives, ce type d'actions suscitant des progrès à part quelques exceptions. Il a pris note également des suggestions faites au sujet des spécificités nationales: le plan régional a été amplement étudié par les États Membres et les parties prenantes, mais des interventions de pays faisant connaître leurs particularités seraient les bienvenues.

Il félicite la Chine pour être passée de la monothérapie à une polythérapie à base d'artémisinine. Brunei Darussalam, qui n'est pas un pays où le paludisme est endémique, se demande s'il doit maintenir une veille sanitaire car il est entouré de pays endémiques. Cela est important non seulement pour les dix pays endémiques mais aussi pour les autres. En Malaisie, les plans national et régional sont en accord, et l'élimination de la maladie y est possible. En ce qui concerne les Philippines, la réforme du système de santé a été un élément déterminant dans les progrès accomplis, et l'OMS y organise la conduite des actions de pair avec le Département de la santé pour garantir la pérennité des améliorations. La République de Corée travaille sur l'infection à *Plasmodium vivax*; les scientifiques essayent de mieux comprendre son épidémiologie et de savoir comment prendre en charge les cas de rechute. Aux Îles Salomon, la stratégie consiste à cibler certaines zones; l'OMS travaillera de concert avec le Gouvernement et d'autres parties prenantes. Vanuatu s'emploie aussi à éliminer le paludisme, de façon ciblée.

Il remercie le représentant des États-Unis d'Amérique pour avoir mentionné le travail effectué pour l'établissement d'indicateurs. Les indicateurs de Kunming en ont réduit la liste à un nombre plus facile à gérer. La remarque de Singapour a été bien prise en compte: le nombre excessif des activités est un point à reconsidérer, bien que ces activités aient été l'objet d'amples débats et que leur liste soit le résultat d'un consensus entre les chefs de projets. De nombreuses activités devront être menées à bien. L'élimination de l'infection réclame la réalisation de projets parfaits. Les éléments fondamentaux de cette action nécessitent des moyens financiers et une volonté politique, et l'approbation de ce document sera un atout complémentaire.

Le DIRECTEUR, VIH/SIDA, TUBERCULOSE ET MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES/ PROGRAMME MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME, SIÈGE DE L'OMS, rend hommage à la Région pour avoir été une source d'innovation dans la lutte contre le paludisme, et avoir élaboré ce plan bien pensé, qui devrait contribuer non seulement à atteindre les objectifs de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Partenariat Faire reculer le paludisme, mais également des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015. L'augmentation des fonds pour la lutte antipaludique, conjuguée à de nouveaux

outils de lutte, offre aux zones fortement impaludées la chance de gagner du terrain vers l'élimination de la maladie. Les victoires enregistrées sont néanmoins précaires et c'est pourquoi il importe de renforcer les systèmes de surveillance. Une chute brutale du nombre des transmissions incite à relâcher ses efforts alors que la résistance aux médicaments et aux insecticides, ainsi que la mauvaise qualité des médicaments, des diagnostics et des services de santé pourraient compromettre tous les progrès obtenus. La résistance à l'artémisinine dans la Région demeure un danger réel pour le monde.

La suggestion du Japon de couvrir les lits de moustiquaires et de distribuer ces moustiquaires est importante, tout comme celle de la Chine de mettre à jour les listes de médicaments en donnant la primauté à la prescription de polythérapies à base d'artémisinine. Comme la Malaisie l'a fait remarquer, même lorsque les financements et les approvisionnements sont adéquats, les ressources humaines ne sont pas toujours là pour acheminer les fournitures à tous les niveaux. Il convient d'exploiter davantage la collaboration intersectorielle, par exemple, avec les secteurs de l'éducation, de l'agriculture et de la défense. La collaboration aux frontières en matière de surveillance sera particulièrement importante si la prévalence chute. Lorsque la prévalence connaît un recul important, la surveillance ne sert pas seulement à assurer un suivi, elle est aussi un moyen de lutte. Comme l'a fait remarquer le représentant des Îles Salomon, les organisations non gouvernementales et les associations confessionnelles jouent un rôle majeur dans cette action, sous réserve qu'elles se conforment au plan.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL attire l'attention sur deux points: le premier est que l'élimination du paludisme, entamée par de nombreux bailleurs de fonds et partenaires agissant à l'échelle mondiale, pourra induire un renforcement des soins de santé primaires. Aux Îles Salomon et à Vanuatu, au mois de juin dernier, il a visité des sites où se réalise un projet lancé avec le soutien de l'AUSAID et d'autres partenaires. Il s'est rendu compte qu'il ne s'agissait pas là d'un projet politique de plus, mais d'une action que s'appropriait et dirigeait le gouvernement pour redonner vie au district et aux soins de santé primaires périphériques. Le travail était effectué par des agents de santé, des bénévoles d'associations socioéducatives, d'églises et d'organisations non gouvernementales. On pourrait user d'une même approche pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant, les campagnes de vaccination, la prévention de l'infection à VIH et l'accomplissement d'autres tâches. Il a demandé au Bureau de pays du Pacifique Sud aux Fidji de prêter une attention particulière à l'action en faveur des soins de santé primaires.

Son second point porte sur le fait que la résistance aux antipaludéens, en particulier aux zones frontalières du Mékong, est une préoccupation mondiale qui exigera de gros efforts. Il importe de s'engager à empêcher son expansion et de traiter tous les cas résistants à l'aide d'une polythérapie à base d'artémisinine, puisque la monothérapie n'a plus d'effet.

Le PRÉSIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger un projet de résolution sur la question qui sera examiné avant la fin de la session.

La séance est levée à 16 h 45.

PROCÈS-VERBAL DE LA SIXIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Jeudi, 24 septembre 2009, à 09 h 00

PRÉSIDENT : Dr Kautu TANAU (Kiribati)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	158
2. Examen de projets de résolution	164
2.1 Projet de budget programme 2010-2011	164
2.2 Stratégie de financement de la santé pour la région Asie-Pacifique (2010-2015)	164
2.3 Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014)	164
2.4 Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2015)	164
3. Rapports d'activité des programmes techniques (suite)	164

1. STRATÉGIE DE RENFORCEMENT DES SERVICES DE LABORATOIRE DE SANTÉ POUR L'ASIE ET LE PACIFIQUE (2010-2015) : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/9)

Le DIRECTEUR RÉGIONAL présente le projet de stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015), expliquant qu'elle s'était basée sur des consultations approfondies entre les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental durant les derniers 18 mois.

Il fait remarquer que les laboratoires jouent un rôle primordial, par exemple, dans la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et le Règlement sanitaire international (2005). On reconnaît de plus en plus leur importance, avec un appui croissant de la part des initiatives mondiales de santé pour renforcer les laboratoires dans le cadre des programmes spécifiques de lutte contre les maladies. Les liens entre la santé publique et les services cliniques ont laissé souvent à désirer, ce qui a été source d'inefficacité et de duplication des efforts. Le projet de stratégie a pour but de renforcer ces liens en créant des cadres nationaux cohérents, dotés de suffisamment de moyens et de ressources.

Tandis que le projet de stratégie donne des orientations explicites dans ce domaine, il tient également compte des stades divers de développement des pays de l'Asie et du Pacifique et reconnaît que « ce qui convient à l'un ne convient pas nécessairement à l'autre ». Le projet de stratégie a été si bien reçu que les collègues de la Région africaine et du Siège de l'OMS envisagent de l'adapter à leurs propres besoins.

Le Dr Suzuki TAKASHI (Japon) déclare que son Gouvernement reconnaît l'importance de renforcer les services de laboratoire de santé dans la Région. Le contrôle de la qualité est important pour tout service de santé, mais il est indispensable pour les laboratoires, et il convient d'appliquer des normes nationales pour garantir leur qualité. Il est nécessaire de renforcer le mécanisme de coordination internationale pour fournir une assurance qualité externe. Le renforcement des services de laboratoire contribuera à améliorer les systèmes d'information sanitaire et le développement des ressources humaines. Son Gouvernement appuie le projet de stratégie.

Le Dr Wei-ling Wilina LIM (Hong Kong (Chine)) déclare que la pandémie actuelle de grippe illustre bien le rôle des laboratoires pour la détection comme pour la prévention des maladies. Elle reconnaît le travail considérable de l'OMS pour améliorer les laboratoires de santé dans la Région. Ces services fournissent rapidement des informations fiables pour prendre des décisions en temps réel. Les autorités de Hong Kong (Chine) se sont mobilisées pour renforcer les capacités des laboratoires et fournir des services de grande qualité, et elles expriment leur soutien au projet de stratégie. Elles seront heureuses de collaborer avec l'OMS dans un certain nombre de domaines, notamment la formation du personnel technique et l'élaboration d'un système de contrôle-qualité.

Le Dr ALA (Philippines) déclare que le projet de stratégie propose toute une gamme d'initiatives dont les États Membres pourront se servir pour améliorer la qualité et éviter la fragmentation de leurs services de laboratoire. Dans son pays, le Ministère de la Santé va bientôt présenter son cadre national pour les services de laboratoire, incluant une structure solide pour la gouvernance, un financement viable, l'assurance d'un usage rationnel et la sécurité des patients. Le Ministère renforce déjà les laboratoires de référence nationaux, en établissant un réseau de laboratoires pour veiller à la disponibilité des services, en développant les moyens pour la fourniture de tous les services de laboratoire et en renforçant les capacités institutionnelles et

opérationnelles des laboratoires, au moyen d'une amélioration des diagnostics, de la surveillance et du suivi. Elle espère que l'OMS continuera d'apporter son appui à ces efforts.

Le Dr FENG (Chine) déclare que son pays soutient le projet de stratégie dans son principe, mais qu'il considère qu'il devrait mettre davantage l'accent sur l'importance d'évaluer les risques d'exposition aux agents pathogènes dans les laboratoires. Les laboratoires hospitaliers devraient renforcer leur gestion de la sécurité biologique, en particulier pour les échantillons d'agent pathogènes inconnus. Le Bureau régional devrait jouer un rôle plus important dans la promotion de la sécurité biologique dans les laboratoires, par des échanges d'informations et des formations.

Le Dr SHARMA (Fidji) dit qu'on ne peut pas sous-estimer l'importance de services de laboratoire efficaces. Dans son pays, la volonté de renforcer les services de laboratoire, au plus haut niveau politique et chez les professionnels, a abouti à la préparation d'un projet de loi sur les agents de santé dite « allied health worker », qui fait l'objet de vastes consultations et sera présenté début 2010. Un audit interne a été effectué et l'achat et la conservation des produits chimiques et des réactifs ont été optimisés. De nouveaux équipements de biologie médicale sont en cours d'installation et des opérations préventives d'entretien sont réalisées dans tous les laboratoires. Les Fidji demanderont à l'OMS de les aider à préparer une cartographie et une analyse de la situation, à élaborer une politique sanitaire nationale avec des modes opératoires normalisés, à faire une analyse des besoins budgétaires et à mettre en place une procédure de suivi et d'évaluation. Il déclare que les Fidji sont volontaires pour accueillir des projets pilotes pour la Région et que, compte tenu de l'existence de l'École régionale de Médecine à Suva, elles peuvent démarrer au pied levé une formation pour le renforcement des capacités techniques.

Le Dr CHONG (Malaisie) estime que le projet de stratégie est à la fois approprié et faisable. La Malaisie a mis en place six des sept principaux éléments décrits dans le document et il ne lui manque plus qu'un cadre national officiel pour les services de laboratoire. Son pays appliquera les principes énumérés dans la section intitulée « À l'avenir », avec certaines modifications pour les adapter aux besoins locaux. Dans les stratégies mises en place par la Malaisie pour lutter contre les maladies émergentes, les services de laboratoire représentent l'un des cinq programmes devant être développés, avec un plan détaillé, des cibles et un calendrier. Il espère que l'OMS continuera sa coopération à cet égard.

Le Dr KUARTEI (Palaos) déclare qu'en dehors des services de laboratoire pour la biologie clinique, la santé publique et la sécurité sanitaire des aliments, il faut aussi inclure les services pour l'analyse des échantillons animaux, afin de fournir des informations cruciales sur les liens entre la santé et l'agriculture. En ce qui concerne les six « éléments constitutifs » du Cadre OMS pour les systèmes de santé, son Gouvernement considère qu'il faut donner la priorité à l'encadrement et à la gouvernance, des résultats de laboratoire obtenus rapidement et de qualité n'arrivant pas simplement en agréant des prestataires ; il faut aussi pour cela un appui clinique et administratif, comme pour tous les autres résultats sanitaires. Les Palaos a entrepris d'instaurer l'agrément de tous les agents de santé, personnel clinique, technique, administratif, personnel d'appui et ministère de la santé, dans le cadre d'un programme coordonné de développement des professions de santé.

Le Tableau 2 du projet de stratégie énonce qu'il faudrait inclure une norme minimale dans le dispositif national de réglementation. Il espère que ce point couvre la création d'un inventaire des éléments essentiels d'un laboratoire, afin de garantir la disponibilité des réactifs, le fonctionnement du matériel et la présence

d'un personnel suffisant. Ces inventaires minimum doivent s'appliquer à tous les secteurs des ministères de la santé, à l'instar de ce qui se fait aux Palaos, afin d'améliorer les résultats sanitaires.

Mme GOODSPEED (Australie) soutient le projet de stratégie, reconnaissant que l'accès à des services de laboratoire fiables et efficaces est essentiel pour dispenser des soins sûrs et d'une manière rentable. En particulier, elle soutient le renforcement des services de laboratoire en tant qu'élément important d'une plus vaste approche pour le développement des systèmes de santé, afin d'en améliorer le fonctionnement général au niveau des pays. Elle félicite l'OMS pour la méthode exhaustive qu'elle a adoptée pour élaborer le projet de stratégie, qui donne des orientations que les États Membres peuvent adapter à leur propre situation. Les services de laboratoire sont essentiels pour une mise en oeuvre efficace du Règlement sanitaire international (2005), aussi appelé RSI (2005) et pour renforcer la sécurité sanitaire aux niveaux national, régional et mondial. Les diagnostics des laboratoires sont importants pour la surveillance des maladies, y compris celles qui doivent être notifiées dans le cadre du RSI (2005). Elle demande à l'OMS d'établir, au moment de mettre en oeuvre la nouvelle stratégie, des liens plus solides et de développer des gains d'efficacité entre les aspects ayant trait aux laboratoires dans la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, la surveillance et l'action pour les maladies non transmissibles et le Programme élargi de vaccination. Le renforcement des services de laboratoire, tel qu'il est décrit dans la stratégie, aidera les États Membres à atteindre les objectifs énoncés dans la résolution WHA58.29 de l'Assemblée mondiale de la Santé pour le renforcement de la sécurité biologique dans les laboratoires, ce qui par répercussion sera bénéfique à la santé publique mondiale. Elle invite l'OMS à fournir une assistance technique aux États Membres pour élaborer des plans de mise en oeuvre, étape importante pour rendre la stratégie opérationnelle dans les pays. La coordination de l'assistance technique sera essentielle. Dans le contexte du Pacifique en particulier, l'OMS, le Secrétariat de la Communauté du Pacifique, l'Association des Responsables de Santé des Îles du Pacifique et d'autres partenaires techniques devront communiquer efficacement pour veiller à ce que leurs approches en matière d'élaboration des normes et d'appui technique aux laboratoires soient fondées sur la stratégie birégionale, ainsi que sur les cadres nationaux pour les laboratoires, deux aspects en évolution.

Le Dr Mayleen EKIEK (États fédérés de Micronésie) estime qu'en l'absence de services de laboratoire, les services médicaux et ceux de santé publique ne pourraient pas fonctionner. La Micronésie soutient tous les éléments du projet de stratégie. Une politique nationale des laboratoires a été élaborée et la procédure de suivi et d'évaluation qui se déroule actuellement couvrira toute la gamme des services offerts par les laboratoires. Elle relève que son pays continue d'avoir besoin des orientations et de l'appui de l'OMS.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) convient que des laboratoires fiables et efficaces sont un élément essentiel d'un système de santé puissant et efficace et il soutient le projet de stratégie. En revanche, là où les améliorations de ces services se sont axées sur des programmes spécifiques de lutte contre les maladies, il y a eu parfois une fragmentation ou une duplication des services, l'accent portant alors davantage sur le court terme que sur des moyens durables. Les principaux éléments du projet de stratégie renforceront les services de laboratoire.

Les laboratoires de santé dans le Pacifique sont confrontés à des difficultés particulières, dont le manque de personnel, de sorte qu'un cadre distinct de suivi et d'évaluation pourra s'avérer nécessaire. Le Bureau régional du Pacifique occidental devrait travailler en étroite collaboration avec le Secrétariat de la

Communauté du Pacifique pour mettre en oeuvre la stratégie dans le Pacifique. L'application sera également renforcée par un engagement actif du Centre de formation du Pacifique pour les professions paramédicales et par la coordination avec les programmes régionaux et bilatéraux concernés. Il demande s'il y a des plans pour fournir des ressources au bureau de l'OMS à Suva, afin d'aider à mettre en oeuvre la stratégie dans le Pacifique.

Mme GIDLOW (Samoa) se félicite du projet de stratégie et attend l'assistance technique promise par l'OMS pour aider le Samoa à établir et à moderniser les capacités de ses laboratoires selon les orientations décrites dans la stratégie. L'investissement dans les produits et la technologie médicale, en tant qu'éléments constitutifs pour l'amélioration des systèmes de santé, supposera des politiques, des stratégies, des réglementations et une gestion adaptées, au moyen d'une direction et d'une gouvernance efficaces, avec une volonté politique. Il est encourageant de constater que l'orientation prise par la réforme de la santé au Samoa complète le projet de stratégie. L'OMS donnera au Samoa des orientations pour examiner les normes de laboratoire à des fins de suivi et de réglementation, et son pays demande un avis sur la manière de faire un audit clinique des services nationaux de laboratoire.

M. Mark MAULUNDU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) accueille avec satisfaction le projet de stratégie. Un réseau de laboratoires fiables est essentiel pour garantir la qualité des soins de santé, mais la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a pas un système de santé opérationnel et manque des services de laboratoire de base, en particulier en zone rurale. Le pays est confronté à une crise, pas seulement pour la santé, mais dans l'ensemble du secteur social, à cause de la décision prise peu après l'indépendance, il y a 34 ans, de déléguer des compétences gouvernementales aux provinces. La fragmentation et la stagnation ont été le résultat, pas seulement pour les laboratoires. Les efforts des 15 dernières années pour lutter contre la dégradation des services de santé ont été infructueux, mais des réformes sont actuellement mises en oeuvre pour améliorer les services vitaux, comme le système des laboratoires de santé. La législation pour unifier le système de santé sous une autorité unique dans les provinces a été adoptée à l'unanimité par le Parlement national en juillet 2007 et elle est mise en oeuvre au moyen d'une procédure consultative. Le projet de stratégie représente une étape cruciale pour obtenir la volonté politique et l'allocation des ressources nécessaires à l'amélioration de la qualité des services de laboratoire. La Papouasie-Nouvelle-Guinée s'attachera à garantir que tous les plans pour améliorer ses services de santé nationaux suivront bien le cadre décrit dans le projet de stratégie.

Le Dr HOMASI (Tuvalu) soutient le projet de stratégie. Les laboratoires sont un élément essentiel de la médecine et de la santé publique et la stratégie sera une plateforme sur laquelle élaborer un cadre national pour Tuvalu. Il demande à l'OMS de continuer à renforcer les moyens des laboratoires de référence dans les îles du Pacifique, en raison de leur importance pour les petits États insulaires comme Tuvalu.

Le Dr ENKHBAT (Mongolie) souligne l'importance de développer les services de laboratoire, cruciaux pour l'efficacité du système médical, et il soutient le projet de stratégie. La Mongolie demande l'aide technique et financière du Bureau régional pour moderniser son laboratoire au niveau 3 de sécurité biologique.

Mme LANGIDRIK (Îles Marshall) soutient le projet de stratégie énonçant clairement les mesures à mettre en oeuvre, tout en reconnaissant que ce qui convient à l'un ne convient pas nécessairement à l'autre. Elle est heureuse de constater que le plan pour pérenniser les services de laboratoire couvre les ressources humaines. Elle signale que les distances sont un obstacle dans le Pacifique. Aussi bonne que puisse être

l'implantation de ces services, les fournitures arrivent souvent tard, après avoir été bloquées dans les aéroports du fait que les vendeurs ou les agents chargés des expéditions connaissent mal la région. La communication est essentielle pour garantir que les fournitures de laboratoire arrivent à temps. L'entretien des matériels de laboratoire est également difficile à gérer, de nouveau à cause des distances. Il arrive qu'un vendeur ne mette pas des petits pays comme les Îles Marshall au rang des clients prioritaires à servir.

Le Dr PRASONGSIDH BOUPHA (République démocratique populaire lao) soutient le projet de stratégie. En République démocratique populaire lao, le contrôle de qualité des laboratoires, les tests standards et la surveillance n'ont commencé qu'en 2006. L'absence d'un plan national a néanmoins entraîné des doublons, une fragmentation et des services insuffisants. Il faut des ressources financières et techniques pour renforcer, au niveau national, les capacités et le fonctionnement des laboratoires. Il y a également besoin d'une cartographie et d'une analyse détaillée de la situation actuelle de ces services. On doit aussi élaborer une politique nationale des laboratoires et un programme de formation pour les professionnels de ces établissements.

M. SOALAOI (Îles Salomon) soutient le projet de stratégie. Ne disposant pas de services complets, les Îles Salomon apprécient pleinement leur valeur, comme cela a été le cas, par exemple, dans les débuts de la grippe pandémique H1N1 2009. Grâce à l'OMS et au Gouvernement de l'Australie, les Îles Salomon ont pu faire appel aux laboratoires de référence à Melbourne, mais elles ont dû, bien sûr, attendre plus longtemps les résultats. Son pays espère pouvoir continuer de collaborer avec l'OMS et avec d'autres parties prenantes pour l'élaboration de plans et de programmes dans ce domaine.

Mme PEARCE (Tokélaou) déclare qu'il n'est pas rentable pour Tokélaou, très petit pays de trois atolls qui compte trois hôpitaux, d'avoir des services de laboratoire complets. Tokélaou a opté pour des tests au point de contact et s'adresse aux laboratoires du Samoa et de la Nouvelle-Zélande pour les services de laboratoire plus complexes. Elle souscrit au projet de stratégie, qui améliorera la qualité et la prestation des services, et elle compte sur l'aide de l'OMS dans ce domaine.

Le Dr VIVILI (Tonga) dit que les Tonga ont investi dans les services de laboratoire depuis cinq à dix ans en se concentrant sur le contrôle de la qualité, mais qu'il reste encore beaucoup à faire. Par exemple, les résultats des tests concernant la pandémie H1N1 2009 mettent deux à quatre semaines à arriver. Il ne doute pas qu'avec le concours de l'OMS, les Tonga continueront à améliorer leurs services de laboratoire, et il souscrit au projet de stratégie.

Le Dr Tearikivao MAOATE (Îles Cook) souscrit au projet de stratégie et reconnaît l'importance des services de laboratoire, mais fait observer que les autres services de diagnostic comme la surveillance et les services cliniques et radiologiques doivent tous s'inscrire dans une action visant à renforcer les services de santé. Il faut faire attention à ne pas élaborer un trop grand nombre de stratégies. Les services de laboratoire font partie des services de diagnostic et ne doivent pas être considérés séparément.

Le Dr KIRITION (Kiribati) reconnaît l'importance du rôle que jouent les services de laboratoire à la fois du point de vue clinique et du point de vue de la santé publique, et il souscrit au projet de stratégie. La stratégie définit des orientations générales que chaque pays devra adapter, mais elle aidera aussi l'OMS à repérer les groupes de pays similaires et à leur donner des conseils plus précis. Par exemple, les soins de

santé sont organisés de façon similaire à Kiribati et à Tuvalu, où l'on trouve des médecins et des services de laboratoire complets uniquement dans la capitale, tandis que la plupart des autres centres de santé sont séparés les uns des autres par la mer et ne peuvent effectuer que des tests de laboratoire de base. Il est probable que ce qui fonctionne à Tuvalu et dans d'autres États et Territoires insulaires du Pacifique, par exemple le manuel de Tuvalu pour les flambées épidémiques, fonctionnera aussi à Kiribati. Il va de soi que quelques adaptations mineures seront nécessaires. L'OMS devrait faciliter l'échange d'informations afin que les pays puissent apprendre les uns et des autres. L'OMS devrait notamment veiller à ce que les consultants demandent toujours si des lignes directrices, un plan ou une politique ont déjà été élaborés dans un autre pays où le contexte sanitaire est similaire avant de puiser dans des ressources limitées pour réinventer la roue.

Le CONSEILLER RÉGIONAL POUR LA TECHNOLOGIE DE LA SANTÉ remercie les représentants de leur soutien et de leurs suggestions constructives et il indique que le projet de stratégie a été élaboré suivant un vaste processus de consultation. Ce projet définit les éléments essentiels d'une stratégie nationale pour les laboratoires en mettant l'accent sur la définition d'un cadre d'action national, la gestion des risques, la sécurité biologique, le renforcement des capacités, la recherche et l'éthique, et il présente une approche que les autorités nationales peuvent facilement adapter à la situation de chaque pays. Comme il a été demandé, les services de laboratoire analysant des échantillons animaux seront inclus dans la stratégie révisée. Le Bureau régional continuera à collaborer avec les États Membres pour renforcer les services de laboratoire nationaux et accueille favorablement les offres qui ont été faites de former des personnels de laboratoire.

Le DIRECTEUR, DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ, remercie les représentants de leurs observations et d'avoir collaboré à l'élaboration de la stratégie. Il convient que les États Membres devraient consacrer suffisamment d'attention aux services de laboratoire et les inclure dans leurs plans de santé nationaux, sans oublier qu'ils doivent être accessibles dans les zones rurales. Le Bureau régional reconnaît qu'il est difficile de renforcer ces services dans les îles du Pacifique et collabore avec la CPS et le Centre de formation paramédicale du Pacifique – centre collaborateur de l'OMS pour l'évaluation extérieure de la qualité et la formation aux services d'analyses médicales – pour déterminer la meilleure façon de fournir un appui. Il collabore également avec des partenaires pour trouver des moyens d'améliorer l'intégration et d'oeuvrer ensemble pour éviter les doubles emplois et les morcellements. Les flambées de SRAS et de grippe aviaire et la pandémie H1N1 2009 ont fait largement prendre conscience de la nécessité de renforcer les services de laboratoire, mais il importe que tous les aspects de ces services bénéficient d'un large soutien. En réponse au représentant de la Chine, il dit que le Bureau régional a créé en 2007 un consortium pour la sécurité biologique qui collabore avec l'Association de sécurité biologique Asie-Pacifique et qui assure une formation et un appui technique. Le consortium peut également effectuer des évaluations des risques dans les pays.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL remercie les représentants de leur encouragement et de leur soutien. Il se réjouit à la perspective de collaborer avec les États Membres pour adapter et mettre en oeuvre la stratégie selon les besoins de chacun d'entre eux.

Le PRÉSIDENT demande aux Rapporteurs de rédiger un projet de résolution sur la question qui sera examiné au cours de la session.

2. EXAMEN DE PROJETS DE RÉOLUTION

Le Comité examine les projets de résolution suivants :

2.1 Projet de budget programme 2010-2011 (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 1 Rev.1)

Décision : La résolution est adoptée (voir la résolution WPR/RC60.R2).

2.2 Stratégie de financement de la santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015) (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 3)

Le RAPPORTEUR DE LANGUE ANGLAISE dit que, dans le deuxième paragraphe du préambule, le mot « mais » devrait être remplacé par « et ».

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) fait observer que l'équité est un principe directeur alors que l'accès universel est un objectif des soins de santé primaires. Il propose donc de modifier le premier paragraphe du préambule en remplaçant « les principes directeurs » par « le principe directeur et l'objectif ».

Décision : La résolution, telle qu'amendée, est adoptée (voir la résolution WPR/RC60.R3).

2.3 Plan d'action régional en faveur de l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2010-2014) (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 4)

Mme GOODSPEED (Australie) propose de modifier la dernière phrase des paragraphes 2.6 et 3.5 du dispositif dans la version anglaise comme suit « qui contribueront à réduire, d'ici 2014, la consommation du tabac chez les adultes et les jeunes de 10 % par rapport aux données de prévalence les plus récentes ».

Mme SENGEBAU (Palaos) propose de remplacer « des taux élevés de prévalence du tabagisme » par « une forte consommation de tabac (avec et sans fumée) » dans le deuxième paragraphe du préambule.

Décision : La résolution, telle qu'amendée, est adoptée (voir la résolution WPR/RC60.R4).

2.4 Plan d'action régional pour combattre et éliminer le paludisme dans le Pacifique occidental (2010-2011) (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 5)

Mme GOODSPEED (Australie) propose d'ajouter « et de faire rapport sur les ajustements nécessaires, le cas échéant. » à la fin du paragraphe 3.3 du dispositif.

M. ABDOO (États-Unis d'Amérique) propose d'insérer les mots « à interdire la commercialisation des monothérapies à base d'artémisinine et » au début du paragraphe 2.4 du dispositif.

Décision : La résolution, telle qu'amendée, est adoptée (voir la résolution WPR/RC60.R5).

3. RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES PROGRAMMES TECHNIQUES : Point 15 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/10) (suite)

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, présente les rapports d'activité sur quatre domaines de travail : les maladies évitables par la vaccination ; le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles ; la tuberculose ; et les maladies non transmissibles.

Le Programme élargi de vaccination continue à progresser dans la lutte contre la poliomyélite, la rougeole et l'hépatite B. Les représentants se souviendront qu'à sa cinquante-sixième session, en 2005, le Comité régional a engagé les États Membres à rester exempts de poliomyélite et a fixé la date de 2012 pour atteindre l'objectif double d'élimination de la rougeole et de maîtrise de l'hépatite B. Le poliovirus sauvage est demeuré absent de tous les pays de la Région depuis que le dernier cas a été enregistré en 1997. Mais comme le risque d'importation du poliovirus sauvage demeure, les États Membres doivent maintenir un niveau élevé d'immunité contre la maladie et assurer une bonne surveillance de la paralysie flasque aiguë. Même si la rougeole a probablement été éliminée ou presque éliminée dans 24 États Membres, tous les États Membres devront faire des efforts supplémentaires dans les années à venir. Vingt-six États et Territoires, représentant 87 % de la population de la Région, ont atteint le taux visé pour l'hépatite B chronique, à savoir un taux inférieur à 2 % chez les enfants âgés de moins de cinq ans. À quelques exceptions près, tous les autres pays devraient atteindre l'objectif fixé pour l'hépatite B d'ici à 2012.

La mise en oeuvre, à la date butoir de juin 2009, par tous les pays de la Région d'au moins un volet du programme de surveillance du VIH de deuxième génération a permis de se faire une idée plus précise de l'épidémie de VIH/sida. Seul un pays de la Région connaît une épidémie généralisée, et dans quatre autres, l'épidémie se concentre chez les personnes ayant des comportements à haut risque. Les 32 autres États et Territoires de la Région appartiennent à la catégorie dite de faible prévalence. La transmission du VIH est principalement due à des comportements à haut risque, notamment la prostitution sans moyen de protection, les rapports non protégés entre hommes et l'injection de drogues selon des pratiques dangereuses. La transmission de la mère à l'enfant est aussi à l'origine de nouveaux cas d'infection à VIH. La Région continue à progresser régulièrement vers l'accès universel à la prévention du VIH, au traitement et aux soins, mais il est peu probable que la cible fixée à l'horizon 2010 sera atteinte.

D'importants progrès ont été réalisés au cours des dix années qui se sont écoulées depuis que le Comité régional a déclaré que la situation de la tuberculose était critique dans la Région du Pacifique occidental. Il est clair cependant que l'objectif de réduire de moitié la prévalence et la mortalité enregistrées en 2000 ne sera pas atteint comme prévu en 2010, et il faut faire davantage d'efforts pour, notamment, combattre la tuberculose multirésistante et la co-infection tuberculose-VIH. Il faut faire mieux prendre conscience du problème que posent les formes multirésistante et ultrarésistante de la tuberculose, s'engager plus énergiquement à les prévenir et à les traiter et financer suffisamment l'assistance technique pour pouvoir lutter efficacement contre la tuberculose.

Les activités de lutte contre les maladies non transmissibles s'appuient sur le plan d'action régional du Pacifique occidental contre les maladies non transmissibles, approuvé par le Comité régional en septembre 2008, et d'importants progrès ont été accomplis. Le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète et les maladies respiratoires chroniques ont des facteurs de risque communs, parmi lesquels le tabagisme, une mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Ces déterminants sont, pour la plupart, extérieurs au secteur de la santé et il faut faire un travail de sensibilisation plus important dans d'autres secteurs pour créer des environnements qui contribuent à réduire les risques. L'OMS continuera à soutenir la lutte contre les maladies non transmissibles au moyen d'approches globales et intégrées telles que les « îles-santé » et les « environnements sains ».

Il est demandé au Comité régional d'examiner les quatre rapports d'activité.

M. NGUYEN THANH LONG (Viet Nam) est satisfait de l'appui fourni par le Bureau régional au Viet Nam pour la lutte contre le VIH/sida. Le programme d'atténuation des conséquences a été rapidement étendu : 22 millions de seringues et d'aiguilles ont été distribuées et près de 34 000 personnes vivant avec le VIH/sida ont été mises sous traitement antirétroviral. Il existe des services de conseil et de dépistage volontaire et de prévention de la transmission mère-enfant dans tout le pays. Le Bureau régional devrait accorder une plus grande attention à la co-infection tuberculose-VIH – au Viet Nam, 15 % des porteurs du VIH sont atteints de tuberculose – et fournir un appui plus important aux États Membres pour établir les demandes de financement présentées au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et exécuter les projets financés.

Le Dr Abdullah DUMAMA (Philippines) se félicite des progrès réalisés dans les domaines sur lesquels portent les quatre rapports d'activité et il souscrit aux actions proposées. Les Philippines ont élaboré et appliqué des politiques pour éliminer la rougeole et le tétanos néonatal, éradiquer la poliomyélite et maîtriser l'hépatite B et d'autres maladies évitables par la vaccination, et ces objectifs demeurent prioritaires. Les Philippines sont exemptes de poliomyélite depuis huit ans. La lutte contre le VIH/sida est axée sur des interventions globales comprenant notamment le renforcement des systèmes de soutien et elle suit le quatrième plan à moyen terme contre le sida (2006-2010), qu'on est en train d'actualiser. On actualise également le plan stratégique à moyen terme de lutte contre la tuberculose, en tenant compte des résultats du programme national de lutte antituberculeuse, qui prévoit des stratégies pour mesurer la performance des systèmes de santé, obtenir un financement suffisant et en faire un meilleur usage. Le plan devrait permettre de préserver les acquis de 2008, à savoir un taux de dépistage de 71 % et un taux de succès thérapeutique de 90 %. Des projets de politique nationale ont également été rédigés pour lutter contre la tuberculose chez l'enfant, contre la tuberculose pharmacorésistante et la co infection tuberculose-VIH. Une initiative de lutte contre les maladies non transmissibles intitulée « MDGmax Initiative » a été adoptée en 2008 en vue d'atteindre plus rapidement les objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine. Le Ministère de la Santé a également publié des lignes directrices nationales pour réduire de 2 % la mortalité liée aux maladies non transmissibles, conformément à la cible fixée au niveau mondial.

Le Dr SIA Ai Tee (Brunéi Darussalam) est satisfait des rapports d'activité présentés par le Directeur régional et déclare que le Brunéi Darussalam demeure résolu à progresser dans les quatre domaines considérés, et notamment à intégrer la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles dans son système de soins de santé primaires. Son pays effectue actuellement sa deuxième enquête nationale auprès de la population sur la santé et la nutrition. Cette enquête fournira des données factuelles sur l'état nutritionnel et la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles, informations qui aideront à élaborer des politiques de santé. Il faut toutefois s'efforcer d'aligner les activités sur les plans d'action régionaux du Pacifique occidental visant à combattre les maladies transmissibles et non transmissibles. Le Brunéi Darussalam serait heureux de bénéficier d'un appui technique pour la planification, le suivi et l'évaluation des interventions sanitaires et pour la recherche, et il compte participer activement aux réseaux régionaux et infrarégionaux de lutte contre les maladies.

Le Dr YU Jingjin (Chine) rend hommage au travail fourni par le Bureau régional pour favoriser la progression dans les domaines couverts par les quatre rapports. La Chine est toujours préoccupée par le risque d'importation d'un poliovirus sauvage. Son inquiétude porte également sur les cas liés au vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) et il est demandé au Bureau régional d'élaborer des politiques visant

à remplacer le VPO par le VPI (vaccin antipoliomyélitique inactivé). Le programme d'élimination de la rougeole mené par son pays progresse rapidement bien qu'il reste quelques cas graves chez des nourrissons de moins de 12 mois et des jeunes de plus de 15 ans. Les programmes de prévention et de lutte contre le VIH/sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles sont en cours de consolidation. L'OMS doit intensifier les efforts pour coordonner ses activités avec celles menées par d'autres organisations internationales concernées pour éviter la redondance des investissements et des efforts. Concernant la lutte antituberculeuse, la Chine a réussi à élargir la couverture du DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) et à améliorer la détection et la prise en charge des cas. Elle a élaboré un plan d'action national pour s'attaquer à la tuberculose multirésistante. Les maladies non transmissibles deviennent un problème majeur et, dans certains domaines, elles mettent en péril des acquis obtenus dans la réduction de la pauvreté. La lutte contre ces maladies et les mesures de prévention ont été intégrées dans le plan de santé national et un plan d'action spécifique est en cours d'élaboration. Il est demandé à l'OMS d'apporter un soutien technique supplémentaire pour élaborer des stratégies de lutte et des mesures de prévention efficaces dans tous les domaines examinés.

Le Dr Isimeli TUKANA (Fidji) dit que son pays est déterminé à atteindre en 2012 l'objectif régional d'élimination de la rougeole et de lutte contre l'hépatite B. Avec l'appui technique de l'Australie et du Japon, son Programme élargi de vaccination est déjà parvenu à une large couverture. De plus, Mataika House (le Centre fidjien de lutte contre les maladies transmissibles) est en bonne voie d'être accrédité comme laboratoire subrégional de la rougeole, grâce à la fourniture rapide par l'OMS de matériel d'amplification génique (PCR). Compte tenu de la charge de morbidité liée au cancer du col utérin, les Fidji vont poursuivre la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) dont le prix fait l'objet de négociations avec les fabricants et les donateurs potentiels. De plus, elles cherchent à compléter leurs informations et à combler leurs lacunes dans le domaine du VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles. La législation s'y rapportant est en cours de révision pour intégrer l'infection par le VIH dans la liste des maladies à déclaration obligatoire, dans le respect de l'anonymat. Les Fidji procèdent à une redéfinition de la santé génésique en donnant la priorité à la communication et à la facilité d'accès aux établissements de soins de santé primaires.

Concernant la lutte antituberculeuse, les Fidji ont un taux satisfaisant de détection des cas et aucun cas de tuberculose multirésistante n'a été signalé, résultat de la priorité qu'elles accordent à l'application du DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) dans les soins de santé primaires. Un financement de près de 4 millions de dollars a été approuvé dans le but de renforcer davantage le système. Les Fidji ont entrepris également la rédaction de leur prochain plan stratégique national contre les maladies non transmissibles, conformément au plan d'action régional du Pacifique occidental contre les maladies non transmissibles et au cadre océanien de lutte contre les maladies non transmissibles. À cet égard, l'amélioration des initiatives des îles-santé et des soins de santé primaire sera déterminante. Il demande instamment une aide pour que les Fidji procèdent à leur deuxième évaluation nationale par une approche graduelle des maladies non transmissibles, qui devrait commencer début 2010, tout en exprimant sa gratitude pour l'aide déjà apportée par l'OMS et certains organismes partenaires à plusieurs autres programmes techniques.

Mme GOODSPEED (Australie) se félicite des progrès accomplis dans la Région dans la lutte contre le VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, en particulier dans les actions de plaidoyer pour que le secteur de la santé prenne des mesures à l'égard des relations sexuelles entre hommes. En accordant la priorité absolue à l'éducation, à la prévention, au traitement et aux soins, l'Australie se montre fermement

déterminée à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement qui porte sur la lutte contre le VIH/sida et à cette fin, elle est en train d'élaborer de nouvelles stratégies nationales. Elle a également produit une nouvelle stratégie internationale de lutte contre le VIH, dont les priorités essentielles correspondent à celles définies par l'OMS et continuera de collaborer étroitement avec des partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour renforcer les systèmes de prestation des services au niveau du pays au travers d'une aide coordonnée en faveur des plans de santé nationaux.

Confrontée à l'augmentation des cas d'obésité et de diabète de type 2, l'Australie reconnaît qu'il est important de s'attaquer aux facteurs de risque, notamment à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique. C'est pourquoi elle approuve le plan d'action régional du Pacifique occidental contre les maladies non transmissibles et apporte une aide significative aux activités de prévention et de lutte contre ces maladies, au travers du cadre océanien de lutte contre les maladies non transmissibles. De plus, elle rend hommage au rôle moteur joué par les États insulaires du Pacifique pour améliorer l'accès à des aliments de qualité et obtenir ainsi de meilleurs résultats dans les domaines de la santé et du développement. À cet égard, il est important d'associer la nutrition aux activités plus larges de promotion de la santé ; c'est pourquoi elle attend avec intérêt l'insertion d'autres déterminants de la santé comme l'exercice physique dans l'ordre du jour des futurs sommets de l'alimentation nationaux et régionaux.

Mme Joanne SENGEBAU (Palaos) explique que, conscient de la prévalence croissante de la tuberculose multirésistante dans la Région, son pays demande à l'OMS de l'aider à faciliter la surveillance continue des cas et le partage des informations en totale transparence, meilleur moyen de prévenir la propagation de la tuberculose multirésistante. Le problème de la co-morbidité est particulièrement préoccupant non seulement dans le cas du VIH/sida mais aussi dans le cas de plusieurs maladies chroniques.

M. KAHU (Vanuatu) en s'attachant aux maladies non transmissibles et aux maladies pouvant être évitées par la vaccination, dit que dans son pays, les principaux problèmes résident dans la faiblesse du système de vaccination et dans l'insuffisance de la couverture vaccinale. Le Vanuatu est donc obligé de recourir périodiquement à des campagnes de vaccination supplémentaire qui constituent sa principale stratégie d'élimination de la rougeole, à laquelle ont été intégrées dernièrement des activités de prévention au niveau des soins de santé primaires. Cependant, le Vanuatu pense que les campagnes de vaccination supplémentaire antirougeoleuse finiront par aboutir à l'amélioration du Programme élargi de vaccination, surtout si l'on considère le regain d'intérêt manifesté par ses partenaires dans les activités de vaccination. Concernant l'hépatite B, il demande expressément une assistance technique et financière à l'OMS pour fournir des vaccins quand la chaîne du froid ne peut pas être assurée, en gardant à l'esprit que près de 20 % des naissances se produisent en l'absence d'une accoucheuse qualifiée.

Le plan d'action régional du Pacifique occidental contre les maladies non transmissibles et le cadre océanien de lutte contre les maladies non transmissibles constituent une base de référence essentielle pour les activités menées dans les pays. Grâce à une aide financière et technique, le Vanuatu étend ses propres interventions de lutte contre les maladies non transmissibles aux zones rurales en s'attachant tout particulièrement à certains domaines comme les cancers, les accidents et la santé mentale. Il va également tenir fin septembre 2009 son tout premier Sommet national de l'alimentation et a posé sa candidature pour accueillir le Sommet océanien de l'alimentation en 2010, deux forums importants pour faire le point sur la situation et aller de l'avant.

Le Dr YAMAMOTO (Japon) indique que son pays, qui a connu une importante flambée de rougeole en 2007, a pris une série de mesures pour atteindre l'objectif de l'élimination de cette maladie d'ici 2012, notamment par le biais de la création d'un groupe spécial multisectoriel. Son pays réalise également des activités de vaccination supplémentaires de sorte que toutes les personnes de moins de 22 ans aient reçu deux doses. Dans le cas de l'hépatite B, la situation évolue de manière satisfaisante. Le Japon appuie également les activités du Programme élargi de vaccination, dont la fourniture de vaccins, par le biais de la coopération internationale. Concernant le VIH/sida, elle attire l'attention sur l'importance des activités préventives et éducatives visant les jeunes en particulier ; le renforcement des mesures de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ; le besoin de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination à l'égard des personnes séropositives pour le VIH ou risquant fortement de contracter le VIH/sida ; et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, de préférence en collaboration étroite avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et d'autres organisations internationales afin d'obtenir la meilleure assistance technique possible.

Concernant la tuberculose, le Japon a participé aux actions préventives et de lutte menées à l'échelle mondiale en tirant parti de la précieuse expérience acquise par son pays dans ce domaine à la fin de la seconde guerre mondiale. Des mesures efficaces doivent être prises d'urgence pour lutter contre la tuberculose MR, la tuberculose ultrarésistante et la co-infection tuberculose-VIH dans la Région, pour lesquelles un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) représente la stratégie de base. Son pays s'engage à continuer de soutenir les efforts menés par les États Membres pour lutter contre la tuberculose. Concernant les maladies non transmissibles, le Japon partagera avec la communauté internationale les enseignements tirés de sa politique de promotion de la santé intitulée « Healthy Japan 21 », qui couvre neuf disciplines, dont la nutrition, l'exercice physique et la lutte antitabac. Il continuera par ailleurs de soutenir les actions régionales et internationales de lutte contre les maladies non transmissibles.

Mme Louisa HELGENBERGER (États fédérés de Micronésie) remercie l'OMS de sa précieuse assistance, qui a permis l'instauration rapide d'un système de surveillance ainsi que l'adoption de mesures de lutte contre la grippe pandémique H1N1 2009 dans son pays. Une campagne vaccinale a été mise en place et des systèmes de surveillance des syndromes de type grippal ont été établis tandis que le personnel de laboratoire des quatre états fédérés a été formé. Malgré les difficultés rencontrées par les États fédérés de Micronésie, due à un personnel de santé réduit, à l'augmentation du prix des carburants et aux problèmes logistiques liés à la dispersion des populations sur de nombreuses villes, le pays est résolu à respecter l'échéance de 2012 concernant l'élimination de la rougeole et la réduction de la prévalence de l'hépatite B chronique, à rester indemne de la poliomyélite et à augmenter la couverture vaccinale. Les campagnes de vaccination supplémentaire et antirougeoleuse, recommandées par l'OMS, sont en cours d'élaboration et une campagne de vaccination antirougeoleuse de masse est prévue pour le premier semestre 2010. Bien qu'aucun cas de paralysie flasque aiguë ou de syndrome fébrile aigu et éruptif n'ait été déclaré, il est important que le pays renforce la surveillance et son système de notification compte tenu du risque continu d'importation du poliovirus.

Bien que les États fédérés de Micronésie soient réputés être un pays où la prévalence du VIH/sida est faible, une récente étude a indiqué une augmentation des infections sexuellement transmissibles chez les jeunes. L'amélioration de la communication sur les informations et les services sanitaires, et de l'accès des jeunes à ces informations et services, est donc devenue une priorité. D'importants progrès ont été accomplis

en vue de la fourniture d'antirétroviraux pour les nouveaux cas de VIH et de la réalisation de tests de dépistage de la gonorrhée et des infections à Chlamydia. Elle demande que l'OMS continue d'appuyer le renforcement des capacités et la surveillance concernant le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles.

Elle remercie l'OMS, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique de l'assistance fournie pour gérer les défis présentés par les cas nouveaux et émergents de tuberculose MR et fournir des médicaments antituberculeux de deuxième indication ainsi que la rénovation des services d'isolement et la recherche continue des sujets contacts pour les cas de tuberculose et de tuberculose MR. À ce jour, 21 cas suspectés et confirmés de tuberculose MR ont été recensés dans son pays. Des traitements de brève durée sous surveillance directe sont administrés à tous les patients atteints de tuberculose et de tuberculose MR.

Concernant les maladies non transmissibles, le gouvernement réalise actuellement une enquête STEPwise et se tient prêt à prendre les mesures nécessaires dès que l'OMS aura terminé son analyse. Le tabagisme est une importante cause de décès prématurés dans son pays et la lutte antitabac est un domaine d'action prioritaire pour la santé. Une loi interdisant la consommation de tabac dans les bâtiments administratifs et les autres lieux publics a récemment été promulguée.

Le Dr LAM Chong (Macao (Chine)) déclare que les résultats du système de surveillance généralisée indiquent que la prévalence du VIH à Macao (Chine) reste inférieure à 0,1 % mais que le nombre de nouveaux cas détectés augmente d'année en année. Suite à la propagation rapide du VIH chez les toxicomanes en 2004, le gouvernement a constitué une commission multidépartementale et multisectorielle de lutte contre le sida, financée par le Bureau de la santé qui avait exécuté le premier programme de traitement à la méthadone dans la région. Une nouvelle loi antidrogue, entrée en vigueur en septembre 2009, a légalisé les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues tandis que des cours d'éducation sexuelle ont été introduits dans les programmes scolaires. Le Bureau de la santé a également subventionné des organismes non gouvernementaux en vue de l'exécution de programmes d'éducation et de lutte concernant le VIH et de la fourniture de services de conseils et de dépistage plus accessibles. Macao (Chine) est fortement résolu à continuer d'améliorer l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH.

Mme GIDLOW (Samoa) remercie l'OMS des orientations techniques et du soutien financier fournis concernant les activités de la SMEAP et de son excellente coordination régionale du RSI (2005). Son pays a la ferme volonté d'améliorer les efforts nationaux de couverture des maladies à prévention vaccinale et de lutte contre le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles. Le Samoa a réalisé, avec le concours de l'OMS et de la CPS, l'enquête de seconde génération 2008, qui a fourni des données pour planifier l'amélioration de la lutte contre la tuberculose et la prise en charge de la tuberculose MR.

La lutte contre les maladies non transmissibles est une importante priorité sanitaire au Samoa. Les mesures locales sur les quatre facteurs de risque courants ont été multipliées tandis que le renforcement de l'approche nationale et communautaire visant à enrayer la dégradation de la situation du pays concernant les maladies non transmissibles bénéficie d'un ferme soutien politique. Un premier Sommet de l'alimentation s'est tenu en août 2009 tandis qu'une consultation parlementaire sur les maladies non transmissibles s'est soldée par la constitution d'un groupe parlementaire de promotion des modes de vie sains.

Son gouvernement espère renouveler l'enquête STEPwise, tandis que les données de l'enquête démographique et sanitaire de 2009 seront utilisées pour réaliser des interventions efficaces. Elle souscrit à la demande proposant que la lutte contre les maladies non transmissibles soit financée en priorité et tienne une place importante dans les programmes de l'OMS, semblable à la promotion de la prévention du VIH/sida qui a obtenu de notables succès dans ce domaine.

M. SOAKAI (Nauru) déclare que son pays est confronté au double problème des maladies transmissibles et non transmissibles. Il rend hommage à l'assistance reçue du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; de l'OMS et de l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA) pour les maladies à prévention vaccinale ; et des gouvernements de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande pour le Programme 2-1-22 du Pacifique sur les maladies non transmissibles, géré conjointement par l'OMS et la CPS. Il demande que ce soutien se poursuive pour que Nauru puisse maintenir ses efforts dans ces domaines.

Le Dr BALACHANDRAN (Malaisie) remercie l'OMS d'avoir aidé son pays à réaliser l'étude de séroprévalence sur l'hépatite B et certifié que la Malaisie a atteint l'objectif de la lutte contre l'hépatite B. Il est également reconnaissant de l'assistance technique fournie pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance et de suivi. Il rend par ailleurs hommage aux conseils techniques fournis par l'OMS et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida pour produire des estimations et des projections fiables sur l'infection par le VIH/sida en Malaisie. Son pays accorde actuellement une importance accrue à la lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles dans les populations les plus exposées, y compris le soutien aux services de dépistage et de conseils volontaires, aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et aux centres de traitement à la méthadone. L'augmentation préoccupante de la prévalence de la co-infection tuberculose-VIH a donné lieu à des activités de collaboration sur les programmes de dépistage et à l'inclusion du traitement prophylactique de la tuberculose dans la prise en charge du VIH/sida. Les cas de tuberculose rencontrés chez les professionnels de la santé sont préoccupants et la lutte contre la tuberculose, ainsi que l'évaluation régulière des risques et la formation à la lutte contre les infections, ont été mis en place.

Il se déclare pleinement favorable à la mise en application du plan d'action régional du Pacifique occidental concernant les maladies non transmissibles. Son pays a élaboré un plan stratégique national contenant sept domaines d'action, dans la ligne à la fois de ce plan et du plan d'action de l'OMS pour la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles. Il procède actuellement à l'intégration du dépistage, du traitement et de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les systèmes de santé existants au niveau des soins primaires. La Malaisie a participé au cinquième Programme de visiteurs pour la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies, qui s'est tenu à Saitama (Japon), en août 2009. L'échange de connaissances et le dialogue entre des membres des personnels techniques des pays de la Région sont indispensables si l'on veut renforcer les capacités, convaincre les décideurs et impliquer des secteurs autres que celui de la santé.

Le Dr VIVILI (Tonga) informe que son pays a atteint un taux de couverture des vaccinations des maladies évitables par un vaccin très élevé grâce à un Programme élargi de vaccination complet, et il remercie l'OMS et les autres partenaires pour leur assistance. La prévalence du VIH reste faible, avec seulement 13 cas confirmés, mais il y a lieu de rester prudents car d'autres infections sexuellement transmissibles sont nombreuses. L'incidence de la tuberculose demeure faible et on n'a pas enregistré de cas polychimiorésistant, mais la stratégie DOTS reste en vigueur.

Les Tonga sont conscients qu'il faut s'attaquer aux maladies non transmissibles, et c'est pourquoi il a inclus ces maladies parmi les six domaines prioritaires de son cadre stratégique à moyen terme. Les maladies non transmissibles représentent jusqu'à 75 % des causes de décès, alors que le traitement ne bénéficie que d'un pourcentage beaucoup plus faible de fonds. Les États Membres, surtout les petits pays insulaires, n'ont pas les moyens de mobiliser des ressources qui leur soient propres, et il demande à l'OMS de continuer à essayer de recueillir des fonds destinés spécifiquement à la lutte contre ces maladies.

Le Dr TSANG Ho-fai Thomas (Hong Kong (Chine)) remercie le Bureau régional pour son aide pour l'éradication de la poliomyélite, la lutte contre hépatite B et les initiatives menées pour enrayer la tuberculose et le VIH/sida. Les objectifs de l'OMS dans ces domaines ont été largement atteints. La rougeole devrait être éliminée d'ici à 2012.

Le Département de la Santé a publié l'année dernière un Cadre stratégique pour la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies. Un Comité directeur, présidé par le Secrétaire pour la santé et l'alimentation et composé de représentants de divers secteurs, a été créé avec pour rôle d'examiner des questions telles que les régimes alimentaires, l'exercice physique, les blessures et l'alcool, ainsi que des problèmes liés à la santé, en vue d'établir un plan d'action durable.

Le Dr ROSS (Îles Salomon) rapporte que le taux de couverture des campagnes de vaccination est inférieur à 90 % aux Îles Salomon mais qu'il est prévu d'élever ce taux. Il remercie l'OMS, l'UNICEF et d'autres bailleurs de fonds pour le concours qu'ils ont apporté à la campagne nationale de lutte contre la rougeole. Au sujet du VIH/sida, son pays a présenté neuf demandes de financement au Fonds mondial, et il espère que le programme national de lutte contre la tuberculose bénéficiera aussi d'un financement. Le nouveau projet de stratégie sur la nutrition et les maladies non transmissibles sera géré par un secrétariat chargé de coordonner les travaux sur tous les facteurs de risque, en se référant à un modèle de développement communautaire intégré. Un nouveau système national d'enregistrement des cas de cancer a été inauguré, et la Conférence sur la santé nationale, qui se tiendra en 2010, aura pour objet d'élaborer le Plan stratégique national pour la santé 2010-2015, dans l'optique du projet « Îles-santé et développement ». Il remercie l'OMS et d'autres partenaires pour leur assistance.

Le Dr SODNOMPIL (Mongolie) remercie le Bureau régional et le Fonds mondial pour leur aide dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et les maladies non transmissibles. En Mongolie, la structure de la mortalité a changé depuis 1993 : les maladies cardiovasculaires sont devenues la principale cause des décès, le cancer occupant la deuxième place et les accidents corporels et empoisonnements la troisième. La prévalence du diabète s'est accrue.

Une enquête conduite en 2005 a révélé que neuf personnes sur dix présentent au moins un facteur de risque conduisant à une maladie non transmissible ; une personne sur cinq en présente au moins trois, et un homme sur deux, âgés d'au moins 45 ans, présente des risques élevés. Le Gouvernement a donc pris une résolution en 2005 pour mettre sur pied un programme destiné à lutter contre les maladies non transmissibles, contenant l'établissement d'un système de surveillance et prévoyant une réduction des facteurs de risque les plus courants. Le but visé est de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires, du cancer et du diabète, en promouvant des modes de vie sains et en renforçant les soins de santé primaires et les services de santé en

milieu communautaire. Avec le soutien de l'OMS, le Ministère de la Santé a fourni des équipements pour le dépistage précoce et le traitement des maladies non transmissibles, et il a également annoncé qu'un concours serait organisé entre les hôpitaux de provinces afin de promouvoir la mise en place d'un environnement sanitaire favorable, stimulant ainsi la participation de la population locale et des organisations non gouvernementales, et promouvant l'amélioration de la santé. Une Fondation pour la promotion de la santé, financée à hauteur de 2 % par les taxes levées sur le tabac, a également été créée. Elle entreprendra, entre autres, des activités liées à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme. Plusieurs directives ont été rédigées sur la base de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, comprenant notamment des conseils sur les exercices physiques recommandés à l'école et au travail.

Le Dr HOMASI (Tuvalu) fait remarquer que le premier cycle de la surveillance de deuxième génération dans le Pacifique a fait état de taux de prévalence très élevés de l'infection à chlamydia et de l'hépatite B, et il déplore que l'on passe au deuxième cycle avant d'achever le premier. L'hépatite B chez les adultes est un problème particulièrement préoccupant à Tuvalu, qui a besoin également d'un programme de lutte anticancéreuse, avec l'aide de l'OMS. Le laboratoire référent des Îles Fidji a prouvé sa valeur, mais des retards se font encore sentir dans la confirmation de l'infection à VIH. Le plan de lutte contre les maladies non transmissibles vient d'être achevé et le représentant de Tuvalu demande que l'OMS continue d'aider son pays dans cette action, de même que pour la réalisation du programme de vaccination contre le papillomavirus humain.

Mme MATTHEW (Îles Marshall) exprime ses remerciements à l'OMS et aux autres partenaires pour le soutien continu qu'ils apportent dans la lutte contre les maladies. Les Îles Marshall ont lancé un plan national stratégique applicable aux maladies non transmissibles, de même qu'une action de promotion de la santé à l'école ; par ailleurs, la tenue d'un sommet national sur l'alimentation a été proposé pour 2010. Un système d'enregistrement des cas de cancer est en place et un front commun contre le cancer s'est organisé. Toutefois un changement de comportement reste à promouvoir, seul moyen de réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles. Le Ministère a besoin du soutien de la collectivité pour tout ce qui concerne les activités associées aux soins de santé primaires, notamment la lutte contre le VIH/sida et les maladies évitables par la vaccination.

Le Dr BOUPHA (République démocratique populaire lao) informe que son pays s'emploie à lutter contre l'hépatite B, la rougeole et le tétanos, visant leur élimination d'ici à 2012. Le vaccin pentavalent sera administré à partir de septembre 2009. Le Programme élargi de vaccination a été intégré dans l'ensemble des services de santé maternelle, néonatale et infantile. Le Gouvernement a créé un comité national de lutte contre le VIH/sida, et le Ministère de la Santé met actuellement en oeuvre un plan directeur de lutte contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles 2007-2012. Les ressources humaines affectées à la lutte antituberculeuse, fondée sur la stratégie DOTS, ont été étoffées. Les services antituberculeux sont subventionnés ce qui a permis un net recul de la prévalence. Les informations sur les maladies non transmissibles en République démocratique populaire lao sont rares car ce sont les maladies transmissibles qui jusqu'à il y a peu constituaient le problème majeur. Toutefois, dans le sillage de la croissance économique, les maladies non transmissibles apparaissent et deviennent à leur tour le problème le plus préoccupant. Il remercie l'OMS et les autres partenaires pour leur soutien.

Le Dr COJAN (France) explique qu'en Polynésie française la vaccination contre la poliomyélite et l'hépatite est obligatoire, c'est pourquoi le taux de couverture du Programme élargi de vaccination tout entier est de 95-97 %, ce qui devrait permettre une éradication à moyen terme des maladies combattues. La prévalence de la tuberculose, en particulier des cas actifs, a chuté. L'Institut Pasteur met à disposition les antibiotiques nécessaires. Grâce au suivi des directives de l'OMS, l'incidence du VIH se stabilise. Les maladies non transmissibles demeurent un problème majeur et le nombre de diabétiques a fortement augmenté. Il demande l'aide de l'OMS pour parvenir à traiter ces problèmes.

La séance est levée à 12 h 03.

PROCÈS-VERBAL PROVISOIRE DE LA SEPTIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)

Jeudi, 24 septembre 2009, à 14 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
1. Rapports d'activité des programmes techniques (suite)	176
2. Orientations relatives à la création de centres du Bureau régional dans les pays	179
3. Procédure de désignation du Directeur régional	182
4. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional	185
5. Annonce du gouvernement du Japon	188

1. RAPPORTS D'ACTIVITÉ DES PROGRAMMES TECHNIQUES : Point 15 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/10) (suite)

M. MAULUNDU (Papouasie-Nouvelle-Guinée) fait savoir qu'en Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'épidémie de VIH/sida est généralisée et a déjà fait de nombreuses victimes parmi les jeunes et la population active et met en péril la croissance et le développement du pays à long terme. La prévalence de la transmission du VIH a légèrement diminué depuis 2007, mais l'épidémie continue de progresser dans les zones rurales et touche davantage les femmes qu'auparavant. Le virus se transmet principalement lors des rapports sexuels non protégés (transmission hétérosexuelle essentiellement), mais le personnel de santé est lui aussi exposé si les mesures de lutte anti-infectieuse ne sont pas respectées lors des soins aux patients VIH-positifs. Il remercie l'OMS et d'autres partenaires de leur financement et de leur soutien. Certaines activités sont sous-traitées à des organisations non gouvernementales et à des églises, et le secteur privé joue un rôle actif dans la prévention et la lutte. L'engagement du Gouvernement est cependant nécessaire pour intensifier le programme et garantir la viabilité des services.

Le Dr KIRITION (Kiribati) dit que la tuberculose reste un problème de santé majeur à Kiribati, qui a enregistré le taux de notification le plus élevé du Pacifique pendant la période 2002-2006. Au cours des dix dernières années, près de la moitié des cas ont été enregistrés dans la tranche d'âge 15-34 ans. Le plan sanitaire stratégique du pays pour 2008-2011 reflète l'importance que le Gouvernement attache à la tuberculose et, depuis 2006, un projet de lutte contre l'épidémie a été financé par le Gouvernement de l'Australie et administré par le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS). Le traitement des cas de tuberculose diagnostiqués est supervisé dans le cadre du projet et le taux de guérison est de 90 %. Enregistrant un taux de dépistage supérieur à 80 %, Kiribati devrait atteindre la cible régionale fixée à l'horizon 2010 par l'OMS. Depuis la mise en place du projet, la fréquence de la tuberculose a diminué à un rythme annuel de 5 à 7 %. Kiribati collaborera avec l'OMS et d'autres partenaires pour appliquer les mesures proposées dans le rapport.

Mme PEARCE (Tokélaou) dit que Tokélaou maintient une couverture vaccinale de 100 % contre les maladies évitables par la vaccination. En ce qui concerne le VIH/sida, l'accent est mis sur la sensibilisation et sur l'exploitation du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus mis en place récemment, car le dépistage pose des problèmes de sensibilité culturelle et religieuse. Aucun cas de tuberculose n'a été signalé. Dans le domaine des maladies non transmissibles, cependant, Tokélaou enregistre certaines des plus mauvaises statistiques de la Région du Pacifique occidental. Un projet de plan sanitaire pour 2009-2015 a été élaboré et l'on cherche des donateurs pour financer différents programmes communautaires dans le cadre du plan. Un premier atelier sera organisé en octobre 2009 sur quatre facteurs de risque : le tabac, une mauvaise alimentation, le manque d'exercice physique et l'usage nocif de l'alcool.

À l'invitation du PRÉSIDENT, des représentants de la Chinese University of Hong Kong, du Conseil international des Infirmières, du Secrétariat de l'ASEAN, de la International Planned Parenthood Federation, de l'Agence internationale pour la prévention de la cécité, du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique et de la International Confederation of Midwives font des déclarations.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION, prend note de l'importation du poliovirus sauvage dans des régions indemnes de poliomyélite, et de l'utilisation plus fréquente du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI). Le virus continue à se transmettre au sein des

réservoirs qui restent dans quatre pays seulement, mais le virus a été réintroduit dans 16 pays par des cas en provenance de ces réservoirs. Cela montre que tant que le virus continuera de circuler où que ce soit dans le monde, il y aura un risque pour la Région du Pacifique occidental. La Région doit donc maintenir une couverture vaccinale élevée et continuer à dépister et à notifier la paralysie flasque aiguë au sein du réseau de laboratoires. De plus, les pays doivent conserver un plan national de riposte et les personnes se rendant dans des zones où sévit la poliomyélite doivent être entièrement vaccinées. Toutes les vaccinations par le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) devront être arrêtées une fois que la maladie aura été éradiquée à l'échelle mondiale. Certains pays sont déjà passés du VPO au VPI, tandis que d'autres attendent des informations supplémentaires, notamment sur les incidences financières. L'OMS fournit des analyses de la situation et soutient la recherche sur l'utilisation future du VPI dans les pays.

En ce qui concerne la lutte contre l'hépatite B, l'OMS fournira un appui pour la mise en oeuvre d'une stratégie de vaccination contre l'hépatite B quand la chaîne du froid ne peut être assurée, stratégie qui permettra aux enfants de bénéficier d'une dose à la naissance dans les zones où les services hospitaliers sont insuffisants, comme l'a demandé le Vanuatu. Le Conseiller régional prend note également de la demande de Tuvalu concernant la vaccination de rattrapage et l'aidera à faire le point sur la situation et formulera des recommandations à partir des résultats d'analyse des données du pays.

Concernant l'élimination de la rougeole, l'OMS et d'autres institutions continueront de fournir un appui technique aux pays, y compris aux États fédérés de Micronésie, sous la forme d'activités de vaccination supplémentaires. En ce qui concerne la forte incidence de la rougeole chez les enfants de moins de huit mois et de plus de 15 ans, il faudra envisager des activités de vaccination complémentaires en se fondant sur les données issues de la surveillance locale.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, VIH/SIDA ET INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, se concentre sur cinq points clés. La co-infection tuberculose-VIH continue de poser des problèmes au Viet Nam et en Malaisie. Les activités conjointes de lutte contre la co-infection tuberculose-VIH sont clairement définies dans des documents d'orientation sur la tuberculose, en particulier dans la Région du Pacifique occidental, où un cadre d'action mis à jour a été publié en 2008 en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et avec la contribution d'experts de différents États Membres. Lors de la Conférence régionale sur le VIH/sida qui a eu lieu en août 2009, une réunion de deux jours a été consacrée à la collaboration entre le programme de lutte contre le VIH et le programme de lutte contre la tuberculose. Toutefois, le seul moyen d'atteindre l'objectif est de faire en sorte que les deux programmes coopèrent au niveau des pays, surtout du point de vue de la coordination et des synergies.

Il remercie le représentant du Japon et d'autres représentants d'avoir insisté sur la nécessité de privilégier la prévention, étant donné qu'il est de plus en plus attesté que même restreints, les comportements à haut risque entretiennent l'épidémie. Les interventions qui s'appuient sur de solides bases factuelles doivent être considérées comme prioritaires. La consultation conjointe sur le VIH et les rapports homosexuels masculins, organisée par l'OMS et le Ministère de la Santé de Hong Kong (Chine), en est un bon exemple. Le secteur de la santé a participé à ce travail, les partenariats ont été renforcés dans la Région et une collaboration s'est instaurée entre les organismes gouvernementaux techniques et la société civile. Jusqu'à présent, les actions visant les rapports homosexuels masculins ont été trop morcelées et de trop courte durée.

En ce qui concerne l'infection à VIH de l'enfant et la prévention de la transmission mère-enfant, l'OMS approuve sans réserve l'appel lancé par l'ONUSIDA au nom du système des Nations Unies pour éradiquer cette forme de transmission d'ici à 2015, puisqu'elle peut être totalement évitée. Toutefois, comme pour la co-infection tuberculose-VIH, les couplages entre différents programmes et services de santé publique doivent être rendus effectifs.

La recrudescence des infections sexuellement transmissibles dans l'ensemble de la Région du Pacifique, surtout parmi les jeunes, a incité l'OMS à développer son potentiel en dotant l'équipe basée à Suva d'un nouveau membre, avec l'appui financier de la CPS. Pour davantage responsabiliser et augmenter les demandes d'assistance technique, un réseau pluridisciplinaire appelé « VIH et santé » a été mis en place dans la Région.

Le CONSEILLER RÉGIONAL, HALTE À LA TUBERCULOSE ET ÉLIMINATION DE LA LÈPRE, dit que, malgré les progrès accomplis ces dix dernières années, la cible fixée à 2010 ne sera pas atteinte. La co-infection tuberculose-VIH et la tuberculose multirésistante sont des obstacles importants. En réponse au Viet Nam et à la Malaisie, il reprend les propos du Conseiller régional pour le VIH/sida et assure les États Membres que le programme de collaboration offre toutes les garanties de succès dans ce domaine. L'OMS s'efforce de mieux soutenir les États Membres par des mesures efficaces de lutte anti-infectieuse et le développement des moyens diagnostiques qui permettront de réduire la tuberculose multirésistante, mais compte tenu de leur coût, ces mesures nécessitent un engagement important de la part des gouvernements. L'OMS collabore également avec les partenaires et les États Membres afin d'atteindre plus rapidement les objectifs du Millénaire pour le développement dans ce domaine. Les laboratoires, les hôpitaux et d'autres centres de soins doivent intensifier encore le dépistage.

Il note que les pays de la Région du Pacifique occidental reçoivent un financement important du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et ont besoin, de ce fait, d'une assistance technique. L'OMS collaborera avec les États Membres et les partenaires pour fournir cette assistance.

Le RESPONSABLE TECHNIQUE, MALADIES NON TRANSMISSIBLES, prend note des préoccupations des États Membres suscitées par la progression de ces maladies. Il est difficile de réduire les facteurs de risque, car beaucoup d'entre eux ne relèvent pas du secteur de la santé. L'OMS collaborera avec les États Membres pour surveiller ces facteurs de risque selon une approche par étapes et tiendra compte des résultats dans les politiques, l'action de sensibilisation et les programmes d'intégration de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL remercie tous les représentants de leur soutien. En ce qui concerne les maladies évitables par la vaccination, les États Membres ont fait des efforts importants pour atteindre l'objectif d'éradication de la rougeole et de maîtrise de l'hépatite B fixé à 2012 et il espère, qu'à cette date, de très bons résultats auront été obtenus.

Pour ce qui est du VIH/sida, même si la prévalence est faible, avec un peu plus d'un million de cas parmi les 1,8 milliard d'habitants de la Région, les consommateurs de drogues, les personnes qui ont des rapports sexuels à risque et les personnes qui se prostituent demandent une attention particulière. L'infection à VIH progresse de façon inquiétante parmi les hommes qui ont des rapports homosexuels. Il félicite Hong Kong (Chine) d'avoir appelé l'attention du Bureau régional sur ce problème et d'avoir organisé la toute

première consultation régionale sur la riposte du secteur de la santé au VIH, les hommes qui ont des rapports homosexuels et les populations transgenres.

Les infections sexuellement transmissibles sont préoccupantes, car elles sont très répandues dans certains pays, et des mesures intenses doivent être prises pour combattre ces infections évitables.

La tuberculose reste un problème important. Bien que la Région du Pacifique occidental puisse être fière des succès qu'elle a obtenus au cours de la décennie écoulée, 140 000 cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante surviennent chaque année dans la Région. Ces cas sont difficiles à diagnostiquer et bien plus longs à soigner, et le traitement coûte jusqu'à cent fois plus que le traitement normal. On a besoin de nouveaux outils de diagnostic.

La Région a fait des maladies non transmissibles l'une de ses priorités. Il est heureux de constater que les États Membres sont d'accord avec cette conclusion, énoncée dans son rapport au Comité régional. On sait bien que le mode de vie et les comportements sont des facteurs importants, de sorte que l'Organisation doit agir dans de multiples secteurs. Il a soutenu le Plan d'action et il est heureux que de nombreux États Membres aient déjà élaboré leurs propres stratégies nationales et utilisent l'outil STEPwise que propose l'OMS pour déterminer les facteurs de risque. Au mois d'août, de nombreux hauts responsables politiques se sont rencontrés à Tokyo (Japon) pour étudier les plans d'action contre les maladies non transmissibles et une réunion s'est tenue à Hong Kong (Chine) le 20 septembre, avant l'ouverture de la soixantième session du Comité régional pour relancer l'initiative des Îles-santé. Il souhaite discuter d'un plan spécifique avec les États et Territoires insulaires du Pacifique et, en novembre 2009, il convoquera une réunion d'experts pour la Région sur les villes-santé et les environnements sains.

Comme la CPS l'a expliqué, de nombreux États Membres du Pacifique ont organisé des sommets nationaux sur l'alimentation ; en avril 2010, l'OMS, en collaboration avec l'Organisation mondiale des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture, l'UNICEF et la CPS, organisera au Vanuatu un sommet sur l'alimentation réunissant les États et Territoires insulaires du Pacifique auquel participeront les ministères de la santé, de l'agriculture et du commerce, le but étant d'améliorer la sécurité sanitaire des aliments et de réduire les facteurs de risque.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) estime que, bien que les exposés aient été utiles, les États Membres ont eu une possibilité limitée d'exprimer leurs préoccupations. Il propose qu'à l'avenir ces présentations soient distribuées aux représentants sous la forme de documents d'information avant la réunion. Cela réduirait le temps nécessaire pour en discuter et permettrait aux délégués de mieux se préparer.

2. ORIENTATIONS RELATIVES À LA CRÉATION DE CENTRES DU BUREAU RÉGIONAL DANS LES PAYS : Point 16 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/11)

LE CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL rappelle que ce point a été discuté à la cinquante-neuvième session du Comité régional, à la demande du Secrétariat, parce qu'il n'y a pas de politique bien définie, à l'échelle mondiale ou dans la Région, concernant la création de centres du Bureau régional dans les pays. En conclusion de cette discussion, le Président a demandé au Secrétariat de poursuivre l'analyse et de présenter une proposition à la soixantième session du Comité régional.

Le document présenté au Comité renferme les observations et les conclusions du Secrétariat, à partir d'une étude des expériences des Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe, qui ont respectivement sept et cinq centres. Ces centres font indubitablement un travail important et de grande qualité, approfondissant l'activité de l'OMS dans ces Régions.

Dans la Région des Amériques, ces centres constituent un aspect important de la coopération technique. À cause de problèmes concernant leur gouvernance, le financement, la mission technique et l'appui aux pays, la tendance a été cependant ces dernières années de diminuer le nombre de ces centres ou de les transférer au gouvernement du pays d'accueil, ou à des groupes de gouvernements.

Dans la Région européenne, le Comité régional a adopté des lignes directrices pour la création et l'administration de bureaux géographiquement dispersés et toutes ces propositions sont soumises à son comité d'orientation pour évaluation. La pérennisation du financement reste toutefois un problème fondamental.

L'analyse faite par le Bureau régional du Pacifique occidental a montré les avantages et les inconvénients de la création de ce type de centres en termes de financement et d'utilité potentielle pour faire progresser l'activité de l'OMS dans la Région. Après avoir étudié ces facteurs, on est parvenu à la conclusion que la création d'un centre du Bureau régional dans un autre pays de la Région s'associait à des risques significatifs.

Compte tenu de ces informations générales, il est demandé au Comité régional d'étudier les observations et les conclusions présentées dans le document et de donner des orientations au Secrétariat pour savoir s'il doit développer la question ou ne prendre aucune mesure en ce sens.

Mme LEE Kyung-eun (République de Corée) s'inquiète du fait que la création des centres régionaux pourrait remettre en cause la cohérence et l'intégrité des politiques et des projets entrepris par le Bureau régional. De plus, le coût de leur établissement et de leur maintien pourrait détourner des fonds devant aller à des projets sanitaires plus urgents. Son pays convient donc que ces centres ne sont pas nécessaires actuellement.

Mme Shra ALIK (États fédérés de Micronésie) exprime sa gratitude pour le travail du responsable technique de l'OMS dans le Pacifique Nord, stationné dans son pays. Compte tenu de la longueur des trajets aériens entre les pays du Pacifique Nord et le Bureau du représentant de l'OMS pour le Pacifique Sud aux Fidji, la présence d'un responsable technique s'est révélée extrêmement utile, en particulier pendant la grippe pandémique H1N1 2009 et pour d'autres flambées épidémiques. La création d'un centre complet serait onéreuse ; la présence d'un responsable couvrant plusieurs petits États voisins et entretenant de bonnes communications avec le responsable au niveau sous-régional est efficace et moins coûteuse.

Le Dr REN (Chine) déclare que sa délégation approuve les conclusions du Secrétariat. Il y a un risque que la mise en place de centres régionaux compromette la cohérence des activités du Bureau régional. Bien que ces centres puissent attirer des financements de la part des pays d'accueil, cela pourrait nuire à l'appui pour d'autres pays. Les bureaux de pays existants et les centres collaborateurs suffisent pour l'exécution du plan régional de l'OMS à moyen terme. Le Bureau régional du Pacifique occidental devrait prendre note du fait que les Régions des Amériques et de l'Europe réduisent leurs centres. Son pays estime qu'il n'y a pas besoin de centres régionaux.

Mme GIDLOW (Samoa) recommande d'accorder plus de temps à l'étude de la proposition de créer des centres régionaux. Il faudrait tenir compte des distances entre les pays de la Région, ainsi que des infrastructures et des capacités de communication disponibles, de façon à ce que les activités ne soient pas gênées par la nécessité de multiplier les informations par deux ou par trois. Son pays demande que le Bureau de l'OMS à Apia, dans son pays, soit officiellement reconnu et financé en tant que bureau sous-régional de l'OMS, car il assume cette fonction puisqu'il est responsable des activités dans cinq pays de la Région. Ce bureau a l'infrastructure et le soutien économique et politique pour continuer à jouer ce rôle et le développer.

Mme ARTHUR (France) souscrit à toutes les interventions précédentes. Bien que les centres dans la Région européenne présentent certains avantages, les coûts opérationnels sont élevés, à la fois pour les pays d'accueil et pour la Région, et la tendance est de diminuer leur nombre. Elle pense que le Bureau régional du Pacifique occidental devrait consacrer ses ressources aux interventions et aux programmes sanitaires plutôt qu'à la création d'une nouvelle infrastructure.

Mme GOODSPEED (Australie) dit que les expériences des Bureaux régionaux des Amériques et de l'Europe ont montré que les pays d'accueil devaient faire des investissements importants, dépassant largement leurs contributions fixées et volontaires. Bien que son Gouvernement reconnaisse que la création de centres sous-régionaux puisse améliorer les interactions entre les petits États Membres et l'OMS, elle entraînera des frais considérables et des risques possibles pour la cohérence des activités menées par l'Organisation. Sa délégation est donc en faveur de ne prendre aucune mesure allant dans ce sens.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) observe que les pays développés de la Région et le Bureau régional ne semblent pas reconnaître les difficultés inhérentes aux distances énormes pour les petits pays insulaires en développement dans le Pacifique. Il estime que l'OMS doit décentraliser son aide pour que tous les pays puissent en bénéficier à égalité.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL, répondant aux interventions, conclut que le Comité ne souhaite pas que le Secrétariat prenne d'autres mesures pour travailler à la création de centres du Bureau régional dans les pays. Les centres de la Région européenne ont été créés pour s'occuper de sujets spécifiques, comme le financement de la santé, l'hygiène du milieu ou les maladies non transmissibles. Il ne semble pas que ce besoin de centres spécialisés existe dans la Région du Pacifique occidental.

Des efforts ont été faits pour développer la présence du Bureau régional dans les pays, en particulier dans le Pacifique. Il rappelle que cette Région compte six bureaux de pays, dont deux couvrent plusieurs pays : celui d'Apia qui dessert cinq pays et territoires, et celui de Suva qui dessert le reste du Pacifique, à l'exception de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Le responsable médical de l'OMS en Micronésie s'occupe principalement des maladies transmissibles. Bien qu'une présence plus forte de l'OMS dans le Pacifique Nord soit souhaitable, les difficultés financières suppriment cette possibilité pour l'instant. Plus d'une vingtaine de professionnels de l'OMS sont en poste dans la zone du Pacifique, avec un accroissement marqué ces dernières années, dans lequel on retrouve la politique de décentraliser l'assistance vers le Pacifique et de faire en sorte que les personnels soient plus proches des pays qu'ils aident. Le Directeur régional espère accroître cet appui.

Le Dr TANGI (Tonga) demande pourquoi les Régions des Amériques et de l'Europe ont tant de centres dans les pays. S'il y a des problèmes de financement, pourquoi ces centres sont-ils toujours

opérationnels ? Il demande davantage d'informations sur les avantages de ces centres, seuls les inconvénients ayant été mentionnés jusqu'ici.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL répond que le principal avantage de ces centres, comme l'énonce le document, est qu'ils attirent des fonds supplémentaires des pays dans lesquels ils se trouvent. Tous les centres de la Région européenne sont dans des pays développés et ont donc des coûts similaires. À la création des centres, les pays d'accueil se sont engagés à couvrir les coûts pendant dix ans. Dans la Région des Amériques, les raisons de leur création sont plus complexes. Dans la Région du Pacifique occidental, la structure des coûts varie d'un État Membre à l'autre. Dans le document présenté au Comité, il a essayé de présenter tous les arguments en faveur de ces centres et contre leur création.

3. PROCÉDURE DE DÉSIGNATION DU DIRECTEUR RÉGIONAL : Point 17 de l'ordre du jour
(document WPR/RC60/12)

Le DIRECTEUR, ADMINISTRATION ET FINANCES, rappelle au Comité régional que l'article 52 de la Constitution de l'OMS prévoit que le chef du Bureau régional est le Directeur régional nommé par le Conseil exécutif en accord avec le Comité régional.

Pendant sa cinquante-neuvième session, le Comité régional a été saisi d'une proposition tendant à étudier les moyens possibles d'améliorer la procédure de désignation du Directeur régional telle qu'elle est exposée à l'article 51 du Règlement intérieur du Comité régional. Le conseiller juridique a été prié de préparer un rapport sur les moyens de rendre la procédure de désignation plus équitable et notamment de proposer des options répondant aux préoccupations exprimées par les États Membres, en tenant compte des meilleurs usages suivis à l'OMS et dans d'autres institutions des Nations Unies. Le Comité régional a été prié d'examiner et de prendre en considération les options présentées dans le rapport.

Le CONSEILLER JURIDIQUE, en présentant son rapport (document WPR/RC60/12) explique que cette question a été débattue lors d'une réunion informelle de représentants et qu'à sa cinquante-neuvième session, le Comité régional a discuté des moyens de rendre la procédure de désignation du Directeur régional plus équitable, en tenant compte des divergences entre les niveaux de développement et les ressources disponibles pour soutenir les candidats. Il a donc examiné les usages en cours à l'OMS et dans d'autres institutions des Nations Unies. Il est difficile d'assurer l'équité et l'égalité des chances lorsque les pays se situent à des stades très différents de développement, dans la mesure où ces éléments peuvent difficilement faire l'objet d'une réglementation. Il a néanmoins proposé plusieurs options pour tenter d'apporter une solution.

Il rappelle qu'en 1998 et 1999, le Comité régional a déjà débattu de la question de rendre la procédure de désignation plus équitable et qu'il a adopté alors la résolution WPR/RC50.R8. Le Comité avait alors énoncé un certain nombre de principes visant à garantir les principes d'équité et d'égalité des chances, notamment le principe de campagnes justes et ouvertes et la sélection des candidats sur des critères de qualifications. En adaptant leurs pratiques à celles en usage dans d'autres Régions et à la procédure de désignation du Directeur général, le Comité régional a défini un certain nombre de critères de qualités que le Directeur régional doit posséder, et qui sont énumérées au paragraphe 2 du dispositif de cette résolution. Le Comité régional a rejeté l'idée de créer un comité de prospection, solution adoptée dans la Région de l'Europe, sur le motif que

l'efficacité de ces comités ne justifie pas leur coût. À l'époque où il avait abordé cette question, le Comité régional avait conclu que la procédure de désignation était acceptable et ne nécessitait aucune modification.

Le Dr REN Minghui (Chine) en se référant aux trois options proposées, explique qu'il les a évaluées sur la base de trois critères fondamentaux : la mesure dans laquelle elles ont permis de rendre plus équitable la désignation d'un Directeur régional, des coûts supplémentaires induits et la façon dont elles peuvent être mises en oeuvre. La solution d'un fonds pour rembourser les frais de déplacement des candidats et d'un code de conduite n'a pas été suffisamment approfondie et, s'agissant de l'adoption d'un code de conduite, on n'a connaissance d'aucun précédent de cette nature au sein du système des Nations Unies. Il rejette donc cette option. La solution consistant à organiser des entretiens avec les candidats a déjà été utilisée dans la procédure de sélection du Directeur général de l'OMS et dans les procédures de désignation des Directeurs régionaux de l'Afrique et des Amériques. Cette procédure aiderait les États Membres à juger des compétences respectives des candidats présélectionnés et garantirait transparence, objectivité et équité. La solution d'un comité de prospection est trop compliquée, ne garantirait pas le principe d'équité et augmenterait les coûts et, comme l'a expliqué le conseiller juridique, le Comité régional a examiné cette option lors de sa cinquantième session et l'a finalement rejetée. La Chine se déclare donc en faveur des entretiens avec les candidats ; ces entretiens pourraient être organisés durant la session du Comité régional au cours de laquelle l'élection aura lieu.

Mme GOODSPEED (Australie) préconise la procédure de sélection sur le critère des qualifications souhaitables. Équitable et transparente, cette solution garantirait le choix des candidats les mieux qualifiés et des plus compétents pour des postes clés à l'OMS et dans les Bureaux régionaux. Son pays soutient l'option qui aligne la procédure de sélection du Directeur régional sur la procédure de sélection du Directeur général, et qui prévoit des entretiens avec les candidats en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé par exemple, par souci d'économie.

Mme ARTHUR (France) comprend que les États Membres souhaitent rendre la procédure de désignation équitable et juste, pour que les candidats des plus petits pays aient les mêmes chances que ceux issus de plus grands pays. Le Directeur régional de la Région de l'Europe a été sélectionné suivant la procédure du comité de prospection. Cependant, les pays de cette Région se trouvent plus ou moins dans la même situation géographique, démographique et économique et plus de la moitié d'entre eux appartiennent à l'Union européenne. Elle ne pense pas qu'un comité de prospection fonctionnerait aussi bien dans la Région du Pacifique occidental, compte tenu de l'éloignement et des grandes différences entre les pays et les territoires concernés. Elle appuie l'option des entretiens qu'elle juge plus équitable et qui offre à tous les pays de la Région une plus grande égalité des chances, quelle soit leur taille et leurs ressources économiques.

Le Dr JACOBS (Nouvelle-Zélande) dit qu'il est important de sélectionner le candidat le mieux qualifié pour le poste de Directeur régional, puisque la réussite du programme de travail régional en dépend. Les coûts d'opportunité de toute dépense supplémentaire induite par cette option devraient être évalués très soigneusement, en particulier à la lumière de la situation économique du moment. Il soutient donc l'option des entretiens. La suggestion d'adopter un code de conduite est intéressante mais devrait être examinée de manière plus approfondie, faute de précédents pour démontrer les avantages. Il demande au Secrétariat d'envisager la présentation et la formulation d'un code de conduite et de le soumettre ultérieurement à l'examen du Comité régional.

M. ENKHBAT (Mongolie) se réfère à l'alinéa 2.4 de la résolution WPR/RC50.R8 qui stipule que « le candidat désigné par le Comité régional au poste de Directeur régional doit être sensible aux différences culturelles, sociales et politiques ». Il sera difficile à un Directeur régional d'être sensible à la vaste diversité des différentes situations politiques constatées dans la Région et il suggère que l'on attende plutôt d'un candidat qu'il fasse preuve de « bon sens politique ».

Le Dr TAKEI (Japon) convient qu'il est essentiel d'assurer transparence et équité dans la procédure de désignation d'un Directeur régional. Il est utile de définir les qualifications souhaitables pour un candidat pour parvenir à un consensus sur la procédure et à cet égard, des entretiens avec les candidats seraient intéressants. Il espère pouvoir approfondir cette question sur la procédure de désignation du Directeur régional, qui sera portée à l'ordre du jour de la soixante-et-unième session du Comité régional.

Mme GIDLOW (Samoa) dit que les notions d'équité et d'efficacité dans les procédures existantes de désignation doivent être constantes pour toute organisation qui rassemble des États Membres aussi différents. Il faut donner aux candidats l'occasion de présenter au Comité régional leur vision et leurs priorités et de répondre aux questions des États Membres à l'occasion d'entretiens, de préférence avant l'Assemblée mondiale de la Santé, pour permettre aux États Membres de mieux comprendre leurs qualifications et leurs valeurs.

Le CONSEILLER JURIDIQUE remercie les États Membres de leurs précieuses observations et prend acte du soutien unanime à une procédure de nomination équitable et transparente. Ces principes exprimés il y a 10 ans recueillent manifestement toujours leur consensus. Il note que, pour améliorer la procédure, les représentants ont approuvé un processus d'audition des candidats qui leur offre la possibilité d'exposer leurs programmes et perspectives au Comité régional. Les coûts et les moyens nécessaires à la mise en place d'un processus d'audition devraient être examinés. Les deux principaux modèles consistent à auditionner les candidats soit au cours de la session pendant laquelle ils doivent être désignés, soit avant cette session, afin de donner aux États Membres un délai de réflexion supplémentaire. Il prend note de la préférence accordée à l'audition des candidats en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui permettrait à l'OMS et aux États Membres d'économiser les frais associés à l'organisation et à la tenue d'une réunion supplémentaire. Cette option nécessiterait un simple amendement du Règlement intérieur pour avancer la date limite de présentation des candidats, de la fin du mois de juin à la période précédant l'Assemblée mondiale de la Santé. Il prend note de la demande formulée par le représentant de la Nouvelle-Zélande concernant l'examen, par le Secrétariat, des précédents relatifs à un code de conduite et la préparation de propositions sur le format d'un tel code.

Concernant la question du représentant de la Mongolie, il précise que la sensibilité aux différences culturelles, sociales et politiques est un critère courant dans toute l'Organisation et ses Régions et que le Directeur régional devrait être sensible à la diversité des besoins et aux différences sociales et politiques de la Région plutôt que de s'occuper de la politique de tel ou tel pays, ce qui est particulièrement important dans une Région aussi diverse que le Pacifique occidental. Il considère que le critère susmentionné se justifie pour évaluer le meilleur candidat au poste de Directeur régional. Il propose, si le Comité régional désire poursuivre le débat sur cette question, que le Secrétariat soumette des propositions plus détaillées concernant l'audition des candidats et un code de conduite en vue de leur examen l'année prochaine.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) demande au Secrétariat d'examiner les points soulevés par les États Membres, de soumettre des propositions concernant l'audition des candidats et de proposer un mode de rédaction du code de conduite, en vue de l'examen de ces questions par le Comité régional à sa soixante et unième session.

4. COORDINATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DU COMITÉ RÉGIONAL : Point 17 de l'ordre du jour :
(document WPR/RC60/13)

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, présente le document WPR/RC60/13 qui porte sur trois résolutions de la Soixantième-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé, qui revêtent une importance particulière pour la Région du Pacifique occidental, et sur le projet de Code de pratique pour le recrutement international des personnels de santé. Ces résolutions et le projet de Code sont joints en annexe au présent document. Il attire l'attention sur les paragraphes du dispositif des résolutions, qui mentionnent les activités que les États Membres pourraient entreprendre en application de ces dernières.

La résolution WHA62.12 réaffirme que les soins de santé primaires sous-tendent le renforcement des systèmes de santé et est compatible avec la résolution WPR/RC59.R4, adoptée par le Comité régional en septembre 2008. La consultation des États Membres sur une stratégie régionale de renforcement des systèmes de santé qui s'appuierait sur les principes directeurs et les valeurs fondamentales des soins de santé primaires a été entamée et les États Membres sont encouragés à y participer. Le Bureau régional rendra compte du stade d'avancement de la stratégie au Comité régional en septembre 2010.

La résolution WHA62.13 reconnaît que la médecine traditionnelle est l'une des ressources des services de soins de santé primaires susceptibles de contribuer à l'amélioration des résultats escomptés en matière de santé, y compris ceux figurant dans les objectifs du Millénaire pour le développement. Elle recommande de prendre des mesures et de coopérer pour veiller à l'utilisation rationnelle de la médecine traditionnelle, en tenant compte des capacités, priorités, lois et circonstances nationales.

La résolution WHA62.14 prend acte du rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé et recommande des mesures pouvant être prises par la communauté internationale et les États Membres pour réduire les inégalités en matière de santé, éventuellement avec l'appui et des moyens techniques de l'OMS.

Le projet de Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été présenté au Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session, en janvier 2009. Les États Membres, les partenaires concernés et l'OMS ont été consultés à la demande du Conseil. Le projet de Code a été examiné lors de la huitième réunion des ministres de la santé des pays océaniques qui s'est tenue en juillet 2009. Les résultats des discussions approfondies de la Réunion sur la stratégie et les initiatives régionales sur les ressources humaines pour la santé qui s'est tenue en août 2009 sont consignés dans le document WPR/RC60/INF.DOC.3 et ont été transmis au Directeur général pour que le Secrétariat y donne les suites qu'il jugera utiles.

Mme GOODSPEED (Australie) déclare que l'Australie a approuvé les résolutions susmentionnées de l'Assemblée mondiale de la Santé. La résolution WHA62.12 est particulièrement significative du point de vue de la coopération de l'OMS avec les pays et territoires de la région Asie-Pacifique. L'Australie est favorable

au rôle directeur assumé par l'OMS pour renforcer, en collaboration avec les partenaires, les systèmes de santé fondés sur les valeurs des soins de santé primaires. Il prie instamment l'Organisation d'allouer les ressources humaines et financières nécessaires au développement de ses capacités aux niveaux régional et national, afin de soutenir les efforts déployés par les États Membres pour fournir des soins de santé primaires, conformément à la résolution WHA62.12 (paragraphe 2.2 et 2.5).

L'Australie approuve en principe le projet de Code de pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Ce Code pourra servir de point de départ aux discussions sur l'amélioration possible des profils des personnels de santé nationaux dans la Région. Certaines dispositions doivent toutefois être révisées avant de soumettre le projet de Code à l'examen du Conseil exécutif à sa cent vingt-sixième session, en janvier 2010, car elles pourraient être difficiles à appliquer sous leur forme actuelle. Par exemple, l'article 5 sur la réciprocité des avantages pourrait être difficile à appliquer car il dépend de l'existence d'accords bilatéraux ou multilatéraux conclus entre les pays. L'article 7 sur la collecte de données et la recherche ainsi que d'autres dispositions appellent par ailleurs des actions spécifiques plutôt que de fournir des orientations générales. L'Australie fournira volontiers au Secrétariat des observations écrites sur le projet de Code.

Mme GIDLOW (Samoa) souscrit au renforcement des systèmes de santé grâce à la revitalisation des soins de santé primaires et par conséquent approuve la résolution WHA62.12 tout en rendant hommage aux efforts déployés par l'OMS dans ce domaine. Le Samoa continue de participer à l'élaboration d'une stratégie régionale réaliste et respectueuse des sensibilités culturelles. La résolution WHA62.13 est significative du point de vue du programme de coopération de l'OMS avec les pays et territoires de la Région. Le Samoa a récemment publié sa Politique médicale nationale 2009 (*National Medicines Policy 2009*), qui constitue une mise à jour de la Politique pharmaceutique nationale 1999 et fournit des orientations stratégiques sur la médecine traditionnelle. La loi sur l'homologation et les normes relatives aux professionnels de la santé promulguée en 2007 couvre les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles et ces dernières participent actuellement à l'élaboration des orientations qui leur seront destinées. Le Ministère de la Santé élabore par ailleurs des textes réglementaires visant à renforcer son rôle de suivi et de régulation. Le Samoa continue de soutenir la collaboration intersectorielle et les efforts de l'OMS pour réduire les inégalités en matière de santé grâce à une action sur les déterminants sociaux de la santé (résolution WHA62.14).

La migration des agents de santé reste un problème pour le Samoa. Le Gouvernement continue de soutenir la collaboration internationale et la reconnaissance de ces agents par les pays d'accueil par un système d'accréditation régional conforme au projet de code, de même qu'il soutient les efforts faits pour préciser les responsabilités des pays d'accueil, sur le plan, par exemple, de l'offre de possibilités de perfectionnement professionnel. Dans ce domaine, l'établissement de plans et de politiques est essentiel si l'on veut gérer le personnel de santé de la façon la plus efficace possible. Le Samoa se déclare donc favorable au travail effectué pour finaliser le projet de code.

Le Dr REN (Chine) approuve les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et le projet de code à l'étude. Il rappelle que la Chine a été l'un des parrains de la résolution WHA62.13, et il remercie les États Membres de la Région qui ont appuyé son adoption. En Chine, les gens accordent la même importance à la médecine traditionnelle qu'à la médecine occidentale. La médecine traditionnelle y est utilisée dans la prévention et le traitement d'une très grande variété de maladies transmissibles et non transmissibles,

et lors de ripostes à des urgences de santé publique, y compris la grippe pandémique H1N1 2009. Il serait bon que les États Membres s'efforcent d'intégrer la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé. La Chine convient que les soins de santé primaires devraient sous-tendre les systèmes de santé et elle s'emploie actuellement à réformer sa liste de médicaments essentiels et ses services de santé de base. Elle continuera à apporter sa collaboration à l'élaboration de politiques pratiques.

À la cent vingt-cinquième session du Conseil exécutif, la Chine a été appuyée par la République de Corée lors d'un débat sur le point de l'ordre du jour concernant les anomalies congénitales. Les anomalies congénitales et la mortalité des nouveau-nés demeurent un problème grave dans le monde entier. Des informations sur le sujet ont été distribuées au Comité régional. Ce problème sera débattu plus avant lors de la cent vingt-sixième session. C'est pourquoi les États Membres sont vivement invités à appuyer l'adoption d'une proposition qui sera soumise à l'Assemblée mondiale de la Santé.

Mme ARTHUR (France) indique que la France a participé activement à l'élaboration du projet de code et espère que ce projet sera adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010. Toutefois, le Code seul ne suffira pas à résoudre le problème de la migration du personnel de santé, qui entrave sérieusement le renforcement des systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement. S'il n'est pas prévu que le projet de code soit contraignant, il devrait néanmoins constituer une première étape et inciter les pays développés à former un personnel de santé national suffisant pour réduire l'afflux d'agents de santé provenant de pays en développement.

M. CHANG (République de Corée) demande à l'OMS d'offrir un soutien technique et des outils qui lui permettraient d'approfondir et de mettre en oeuvre ses politiques en matière de médecine traditionnelle et une réglementation s'y rapportant, et l'exhorte à renforcer l'aptitude des États Membres à prendre des mesures dans les domaines des inégalités face à la santé et des déterminants sociaux de la santé. La République de Corée participera quant à elle pleinement à l'élaboration de la stratégie régionale destinée à renforcer des systèmes de santé fondés sur les valeurs des soins de santé primaires.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) informe que les Îles Cook se fondent depuis longtemps sur les soins de santé primaires et qu'elles sont prêtes à mettre au service de cette action leur riche expérience en la matière. Dans les années 50, les médecins déconseillaient l'usage de la médecine traditionnelle. Néanmoins, la population continuait d'y recourir et, à partir du milieu des années 80, l'OMS a promu l'usage de cette médecine qui est de plus en plus acceptée aux Îles Cook. Les Îles Cook font de leur mieux pour réduire les inégalités face à la santé, offrir des services gratuits à certains segments de la population et subventionner les services de santé pour les autres. La migration des agents de santé demeurera toujours un problème pour les pays qui n'ont pas les moyens de payer des salaires élevés, et il est inutile de s'alarmer indûment à ce sujet. En outre, les agents de santé qui travaillent à l'étranger finissent souvent par revenir, et, à leur retour, forts d'une plus grande expérience, ils rendent de grands services. Les Îles Cook ont pour politique de recruter des personnes formées en Océanie, par exemple à l'École de médecine des Fidji, à l'École des soins infirmiers des Fidji et dans des institutions de Papouasie-Nouvelle-Guinée, car elles sont plus susceptibles de rester dans la région. Il conviendrait de mentionner ces instituts de formation dans le projet de code.

Le Dr TANGI (Tonga) souscrit aux avis exprimés par l'intervenant précédent. Les pays océaniques ne sont pas habitués à recourir à la médecine traditionnelle et auraient besoin qu'on les aide à intégrer celle-ci dans

leurs systèmes de santé. D'après son expérience, les malades consultent souvent les guérisseurs traditionnels avant de se rendre dans les dispensaires, de sorte qu'il serait également utile d'inclure les guérisseurs traditionnels dans cette réforme. Il pense, lui aussi, qu'il est difficile de stopper l'émigration des agents de santé tentés de trouver des pâturages plus riches et de profiter de meilleures formations professionnelles. Tout ce que l'on peut espérer c'est qu'ils reviennent dans leur pays d'origine. Il faudrait néanmoins s'efforcer d'offrir des conditions et des salaires plus attractifs pour les inciter à rester.

Le DIRECTEUR, DÉVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ, après avoir remercié les représentants pour leurs observations, annonce que le Bureau régional consultera bientôt les États Membres au sujet de l'élaboration de la stratégie régionale relative aux soins de santé primaires. Une réunion de haut niveau se tiendra en juin 2009 à propos de la stratégie, et le projet de stratégie sera soumis à l'examen du Comité régional lors de sa prochaine session en septembre 2010. En plus de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la médecine traditionnelle, il y a une stratégie régionale. Le Secrétariat passera en revue les modalités de mise en oeuvre de la stratégie. Un soutien accru des États Membres est également nécessaire au sujet des déterminants sociaux de la santé, même de la part des pays performants dans ce domaine. Il admet que le projet de code ne résoudra pas les problèmes de la migration des ressources humaines intervenant dans la santé. Le code devrait cependant contribuer à réduire les mouvements de personnel et améliorer l'offre de formations. Il accueille avec plaisir l'offre faite par l'Australie de présenter par écrit des observations à propos du projet de code. Le Secrétariat tiendra compte de ces observations et les transmettra au siège de l'OMS pour qu'elles y soient étudiées.

Le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, remercie l'Australie de son offre et encourage les autres États Membres à faire part également de leurs observations par écrit.

5. ANNONCE DU GOUVERNEMENT DU JAPON

Le Dr TAKEI (Japon) déclare que le Gouvernement du Japon a décidé d'offrir, à titre de mesure d'urgence, une aide financière exceptionnelle d'un montant d'environ 1,1 milliard de yens japonais (soit approximativement 12 millions de dollars) par le canal de l'OMS, pour aider à étendre la vaccination contre la grippe pandémique H1N1 2009 aux pays en développement. Cette subvention, offerte en réponse à une demande récente des Nations Unies, servira à acheter des vaccins de façon que l'OMS puisse vacciner les personnels soignants et les personnes susceptibles de tomber gravement malades dans les pays en développement, y compris en Asie, où l'accès au vaccin est dangereusement limité. Son Gouvernement appuie pleinement l'action menée par l'OMS en riposte à la pandémie de grippe H1N1 2009.

Cette annonce est accueillie par le Comité régional par une ovation.

La séance est levée à 17 h 05.

PROCÈS-VERBAL DE LA HUITIÈME SÉANCE

(Grand Ballroom, Lower Level I, Kowloon Shangri-la Hotel)
Vendredi, 25 septembre 2009, à 09 h 00

PRÉSIDENT : Dr P.Y. Lam (Hong Kong, (Chine))

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
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	190
2. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : Composition du Conseil conjoint de coordination	190
3. Examen de projet de résolution	191
3.1 Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015)	191
4. Soixante et unième session du Comité régional : date et lieu	191
5. Clôture de la session	192

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 : Point 17 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/14)

En présentant ce point de l'ordre du jour, le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, explique que 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 32 membres, répartis en quatre catégories :

La catégorie 1 (principaux contributeurs) ;

La catégorie 2 (pays élus par les comités régionaux de l'OMS) ;

La catégorie 3 (autres parties coopérantes intéressées) ; et

La catégorie 4 (membres permanents).

Dans la catégorie 2, 14 États Membres, dont trois de la Région du Pacifique occidental, ont été élus par les Comités régionaux de l'OMS pour des mandats de trois ans. Les trois États Membres de la Région du Pacifique occidental sont le Japon, la Mongolie et la République de Corée.

Le mandat de la République de Corée expirant le 31 décembre 2009, le Comité régional est prié d'élire un État Membre pour un mandat de trois ans devant prendre effet au 1er janvier 2010. Lors de cette élection, on tiendra dûment compte du soutien financier ou technique fourni par un État Membre au Programme spécial et de son intérêt pour la reproduction humaine, tel qu'il apparaît dans ses politiques et programmes nationaux.

Le Comité régional souhaitera peut-être envisager de désigner les Philippines pour succéder à la République de Corée ; il est prévu que la 23^e réunion annuelle du Comité des politiques et de la coordination se tiendra les 24 et 25 juin 2010.

Ainsi en est-il décidé (voir la décision WPR/RC60(1)).

2. PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION : Point 20 de l'ordre du jour (document WPR/RC60/15)

En présentant ce point de l'ordre du jour, le DIRECTEUR, GESTION DES PROGRAMMES, explique que le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) est un programme mondial autonome de collaboration scientifique. Créé en 1975 et coparrainé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il a pour but d'aider à coordonner, soutenir et influencer les mesures mondiales prises pour lutter contre les grands fléaux qui frappent les populations pauvres et défavorisées.

Le Programme spécial vise la mise au point d'outils mieux élaborés pour lutter contre les maladies tropicales et renforcer le potentiel de recherche des pays touchés par ces maladies. Il est dirigé par trois instances : le Conseil conjoint de coordination, le Comité permanent et le Comité consultatif scientifique et technique.

Le Conseil conjoint de coordination est le premier organe dirigeant du Programme spécial et sa mission première est de coordonner les intérêts et les responsabilités de toutes les parties coopérantes. Il se réunit une fois par an pour faire le point sur les activités du Programme spécial, en évaluer le stade d'avancement et déterminer son budget. Il se compose de 34 membres, nommés pour un mandat de trois ans. Toutefois, les membres pourraient désormais être nommés pour quatre ans et être choisis parmi les parties coopérantes.

L'OMS est l'un des 34 membres du Conseil conjoint de coordination et assure une fonction de parrainage du Programme spécial, conjointement avec l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale. L'OMS fournit également aux membres du Conseil conjoint nommés par le Comité régional et avant leur réunion à Genève, des informations sur les priorités de la recherche concernant les maladies transmissibles visées par le Programme spécial. Ces informations portent notamment sur les centres collaborateurs de l'OMS et leurs principaux domaines d'intervention dans la Région. Le paragraphe 2.2 du Protocole d'accord relatif à la structure administrative et technique du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales indique que deux membres, outre ceux sélectionnés par le Conseil et ceux nommés par les contributeurs aux ressources du Programme spécial, peuvent être désignés par le Comité régional. La Région est actuellement représentée par les représentants des gouvernements de la Papouasie-Nouvelle-Guinée et du Viet Nam. Le mandat de trois ans du Viet Nam prenant fin le 31 décembre 2009, le Comité régional a été prié de choisir un État Membre pour une période de quatre ans à compter du 1er janvier 2010.

Le Comité régional souhaitera peut-être choisir la République de Corée pour succéder au Viet Nam.

Ainsi en est-il décidé (voir la décision WPR/RC60(2)).

3. EXAMEN DE PROJET DE RÉSOLUTION

Le Comité examine le projet de résolution suivant.

3.1 Stratégie de renforcement des services de laboratoire de santé pour l'Asie et le Pacifique (2010-2015) (document WPR/RC60/Conf. Paper N° 6)

Le RAPPORTEUR DE LANGUE ANGLAISE informe le Comité qu'une proposition d'amendement a été soumise par l'Australie.

Mme GOODSPEED (Australie) propose d'ajouter à la fin du paragraphe 3.2 du dispositif la phrase : « et en mettant en corrélation les éléments des autres stratégies et programmes de l'OMS ayant trait aux laboratoires ».

Décision : Le projet de résolution, tel qu'amendé, est adopté (voir la résolution WPR/RC60.R6).

4. SOIXANTE ET UNIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL : DATE ET LIEU :

Point 21 de l'ordre du jour

Le DIRECTEUR RÉGIONAL rappelle que les Fidji avaient exprimé, lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional, le souhait d'accueillir la soixante et unième session. Bien que les Fidji désirent toujours accueillir une session du Comité régional, l'année 2010 n'est probablement pas le moment le plus opportun et la soixante et unième session se tiendra donc au Bureau régional, à Manille.

Il rappelle aux représentants que les six comités régionaux doivent coordonner les dates de leurs sessions, d'une part pour permettre au Directeur général de participer au moins en partie à chaque session et d'autre part pour laisser suffisamment de temps pour que les discussions de ces comités soient intégrées dans les documents de la session du Conseil exécutif de janvier. Il propose donc que la soixante et unième session du Comité régional se tienne du 20 au 24 septembre 2010.

Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) demande si la réunion du Comité régional pourrait avoir lieu en dehors du mois de septembre, car des élections sont prévues à cette période dans plusieurs pays de la Région.

Le CONSEILLER SPÉCIAL AUPRÈS DU DIRECTEUR RÉGIONAL répète que les sessions des six comités régionaux sont coordonnées pour permettre la participation du Directeur général et qu'une période a été fixée pour chacun des comités. La troisième semaine du mois de septembre a ainsi été réservée pour le Comité régional du Pacifique occidental.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL indique que plusieurs États Membres ont exprimé le souhait d'accueillir de futures sessions du Comité régional. Il s'entretiendra avec chacun d'entre eux sur les aspects administratifs, financiers et logistiques et informera tous les États Membres du résultat de ces consultations.

Décision : Le projet de résolution est adopté (voir la résolution WPR/RC60.R7).

5. CLÔTURE DE LA SESSION : Point 22 de l'ordre du jour.

M. SOAKAI (Nauru), s'exprimant au nom des représentants présents à la soixantième session du Comité régional, rend hommage aux efforts inlassablement déployés par le représentant de l'OMS dans le Pacifique sud, le Dr Chen Ken, et lui adresse ses meilleurs voeux pour son imminente retraite.

Cet hommage est accueilli par les applaudissements du Comité régional.

Mme GIDLOW (Samoa), s'exprimant au nom de tous les représentants présents à la soixantième session du Comité régional, propose d'adresser une motion de remerciements au gouvernement de Hong Kong (Chine) pour sa généreuse hospitalité, aux membres du bureau élus par le Comité pour leur excellent travail, et aux représentants des organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour leurs déclarations. Elle adresse ses meilleurs voeux au conseiller spécial auprès du Directeur régional, le Dr Richard Nesbit, qui prendra bientôt sa retraite, et le remercie de l'assistance et des encouragements prodigués aux États Membres tout au long de son mandat.

Cet hommage est accueilli par les applaudissements du Comité régional.

M. Jean-Alain COURSE (France), le Dr SHARMA (Fidji), Mme YANJMAA Binderiya (Mongolie) et Sir Terepai MAOATE (Îles Cook) rendent également hommage à l'excellente organisation de la réunion, qui a fortement contribué à sa réussite.

Décision : Le projet de résolution est adopté (voir la résolution WPR/RC60.R8).

Le Dr CHOW (Hong Kong (Chine)) déclare que ce fut un honneur pour le gouvernement de Hong Kong d'accueillir la session, au cours de laquelle des questions de santé régionales et mondiales aussi importantes que la grippe pandémique H1N1, les impacts sur la santé de la crise financière mondiale et la

stratégie de financement de la santé en Asie et dans le Pacifique ont pu être examinées. La coopération des États Membres a incontestablement contribué à faire de cette session une réussite, dont les conclusions orienteront les politiques et pratiques de santé publique de la Région et contribueront ainsi à l'amélioration de la santé de ses populations. Il remercie tous les participants pour cette importante contribution ainsi que le Directeur régional et son équipe pour leur travail dévoué.

Le DIRECTEUR RÉGIONAL à son tour remercie les participants pour leur précieuse contribution à la session et remercie le Président, le Vice-président et les rapporteurs pour leur travail ainsi que les anciens Directeurs régionaux pour leur participation. Sa première session en tant que Directeur régional a été très encourageante et il se promet de développer la collaboration avec les États Membres, en leur assurant de sa résolution à donner suite à leurs demandes dans la mesure du possible.

Le PRÉSIDENT remercie le Directeur régional et tous ceux qui, par leur travail, ont contribué à la réussite de cette session. Puis il déclare close la soixantième session du Comité régional.

La séance est levée à 11 h 00.