Organisation mondiale de la Santé

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

EB138/4
15 janvier 2016

Rapport des comités régionaux au Conseil exécutif

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

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

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

[1] Voir la décision WHA65(9) (2012), alinéa 4.d).

ANNEXE

Soixante-cinquième session du Comité régional OMS de l'Afrique, N'Djamena (Tchad), 23-27 novembre 2015

Rapport de synthèse du Président (M. Assane Ngueadoum, Ministre Secrétaire d'État à la santé, Tchad)

1. La soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique s'est tenue à N'Djamena (Tchad) du 23 au 27 novembre 2015 ; 43 États Membres sur les 47 que compte la Région africaine ont participé à la session. La République-Unie de Tanzanie, Sao Tomé-et-Principe, les Seychelles et le Soudan du Sud n'étaient pas représentés à la soixante-cinquième session du Comité régional. La session était présidée par le Ministre Secrétaire d'État à la santé de la République du Tchad, M. Assane Ngueadoum. Le présent rapport résume les résultats de la session.

PREMIÈRE PARTIE : QUESTIONS DE PORTÉE MONDIALE

Réforme de l'OMS

2. Les résultats des points d'ordre du jour relatifs à la réforme de l'OMS sont décrits ci-après.

Budget programme pour l'exercice 2016-2017

3. Le Comité régional a examiné le budget programme pour l'exercice 2016-2017, le deuxième des trois budgets programmes biennaux devant être établis au titre du douzième programme général de travail 2014-2019. L'Assemblée de la Santé a adopté le budget programme global de l'OMS pour l'exercice biennal 2016-2017, qui se chiffre à US $4384,9 millions, dans sa résolution WHA68.1 (2015). La part allouée à la Région africaine s'élève à US $1162,3 millions (26,5 % du total), en hausse de US $42,3 millions (3,8 %) par rapport à l'exercice 2014-2015. Le Comité régional a noté que la répartition du budget entre les priorités reste déséquilibrée en raison d'une concentration importante sur les programmes axés sur les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite. Il a exprimé sa satisfaction devant l'utilisation de l'approche ascendante dans la préparation du budget, appelant à sa poursuite. Des préoccupations ont été soulevées quant à la proportion très faible du budget alloué à l'allègement de la lourde charge des maladies non transmissibles dans les pays et par rapport au fait que les allocations budgétaires aux pays touchés par la flambée de maladie à virus Ebola n'ont pas pris en compte les investissements consentis durant l'épidémie ni les perspectives concernant la reconstruction des systèmes de santé. Les recommandations ci-après ont été faites aux États Membres : participer davantage au dialogue sur le financement de l'OMS afin d'influencer la mobilisation des ressources requises pour s'attaquer aux priorités sanitaires de la Région ; participer activement à la planification en s'appuyant sur l'approche ascendante ; s'acquitter du paiement des contributions fixées ; et veiller à ce que le budget programme 2016-2017 soit exécuté en temps voulu.

Le programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020

4. Le Comité régional a examiné le programme de transformation, une stratégie qui vise à accélérer la mise en œuvre de la réforme mondiale de l'OMS dans la Région africaine. Il repose sur les quatre axes prioritaires suivants : les valeurs prônant la production de résultats ; une orientation technique intelligente ; des opérations stratégiques répondant aux attentes ; et une communication et

des partenariats efficaces. Les États Membres ont salué l'initiative ; ils ont convenu d'appliquer les recommandations et promis leur appui pour accélérer la mise en œuvre du programme de transformation. Des recommandations ont été faites aux États Membres, notamment : soutenir la mise en œuvre du programme de transformation ; améliorer l'établissement de rapports sur la contribution financière directe, en renforçant les mécanismes de suivi et de rapport sur l'utilisation des fonds ; conseiller le Secrétariat sur la diversification des profils du personnel et consolider les partenariats et la mobilisation des ressources. Le Secrétariat a été invité à faire rapport régulièrement sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme de transformation.

Stratégie mondiale sur la prestation de services intégrés centrés sur la personne

5. Le Comité régional a reconnu que l'objectif de la couverture sanitaire universelle pourrait être atteint par des améliorations ciblant essentiellement la prestation de services centrés sur les personnes et leurs besoins, et non uniquement sur les maladies. Il a reconnu que la Région africaine avait déjà apporté une contribution à la présente version du projet de stratégie mondiale OMS sur la prestation de services intégrés centrés sur la personne. Le Comité a approuvé les recommandations proposées, en insistant néanmoins sur la nécessité de prendre aussi des mesures visant à surmonter les problèmes de santé auxquels l'Afrique est confrontée. Ces problèmes comprennent la charge croissante de maladies transmissibles, en particulier la récurrence des épidémies et leur impact dévastateur sur les systèmes de santé et le tissu socio-économique des pays ; l'insuffisance d'investissement dans les intrants de base de la prestation des services de santé ; et l'importance de mettre l'accent sur la promotion de la santé, ainsi que sur la prévention et la gestion des risques en tant que moyen de réduire la charge des maladies.

Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : perspectives de la Région africaine

6. Le Comité régional a reconnu que la Région africaine a déjà apporté sa contribution à la version actuelle du projet de stratégie mondiale de l'OMS sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. Les délégués ont convenu que la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des ressources humaines pour la santé sont des facteurs indispensables à la fourniture des services de santé essentiels, y compris la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte. En conséquence, cette stratégie a été proposée et devrait constituer une composante essentielle de la démarche adoptée par l'OMS en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Le Comité a mis en relief les principaux problèmes auxquels la Région africaine est confrontée, parmi lesquels la faiblesse de l'investissement dans la formation, la hausse du phénomène migratoire, les difficiles conditions de travail et la répartition très inégale des effectifs sanitaires.

Épidémie 2014 de maladie à virus Ebola

7. Au 18 octobre 2015, l'épidémie 2014 de maladie à virus Ebola avait provoqué 11 298 décès sur un total de 28 476 cas d'infection recensés, y compris les 1045 cas d'infection et 535 décès notifiés chez les personnels soignants. Parmi les enjeux et défis relevés figurent le manque d'appropriation et de leadership communautaires, l'impact négatif des croyances et pratiques culturelles, la diffusion de messages inexacts et contradictoires par divers organes de presse, sans oublier la faiblesse et l'inadéquation des systèmes de santé. À ces difficultés s'ajoutent la mauvaise application du Système intégré de surveillance des maladies et de riposte et du Règlement sanitaire international (2005), le manque de centres opérationnels d'urgence, les ressources, l'engagement international et la collaboration limités et la conformité insuffisante aux mesures de prévention de l'infection. Les mesures proposées comprennent le renforcement des partenariats et de la collaboration multisectorielle, celui de l'appropriation et du leadership

communautaires, la réalisation d'efforts pour atteindre l'objectif de « zéro cas d'infection », et l'édification de systèmes et services de santé résilients. Le Comité régional a recommandé d'effectuer des recherches supplémentaires pour mieux comprendre l'origine et la pathogenèse de la maladie à virus Ebola, en insistant aussi sur la nécessité d'améliorer l'état de préparation et de garantir l'application appropriée du Règlement sanitaire international (2005).

PARTIE 2 : QUESTIONS DE PORTÉE RÉGIONALE

8. Les résultats des questions revêtant une portée régionale sont décrits ci-après.

Progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et programme de développement sanitaire pour l'après-2015

9. Sur les 47 États Membres de la Région africaine, 10 ont atteint l'objectif 4, quatre pays ont atteint la cible 5.A et aucun pays n'a atteint la cible 5.B. Trente-sept pays ont atteint la cible 6.A, mais aucun n'a atteint et n'est en bonne voie pour atteindre la cible 6.B. Concernant la cible 6.C, on note que 12 pays ont interrompu et commencé à inverser l'incidence du paludisme et que 29 pays ont interrompu et commencé à inverser la prévalence de la tuberculose. Les principales raisons pour lesquelles les objectifs liés à la santé n'ont pas été atteints comprennent l'insuffisance des ressources nationales et le caractère imprévisible et non durable des ressources extérieures ; la faiblesse des systèmes de santé, en particulier le manque d'accès aux services de santé et la mauvaise qualité de ces services ; la capacité limitée des ressources humaines et institutionnelles ; les inégalités dans l'accès aux interventions éprouvées ; la faible priorité accordée à la santé dans les politiques économiques et de développement des pays ; et la faiblesse de la réponse multisectorielle.

10. Le Comité régional a noté que le monde a trouvé un consensus relatif au Programme de développement durable à l'horizon 2030, qui comprend 17 objectifs de développement durable et 169 cibles. L'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) couvre spécifiquement la santé. Des préoccupations sont soulevées quant au grand nombre et au choix des indicateurs proposés pour les objectifs de développement durable, ainsi que sur les moyens de financer l'atteinte de ces objectifs au niveau mondial comme au plan national. Parmi les mesures proposées aux pays, on peut citer la planification afin d'adapter et de mettre en œuvre le programme pour l'après-2015, d'améliorer le financement du secteur de la santé, de renforcer les systèmes de santé (systèmes d'information compris), de veiller à ce que les indicateurs des objectifs de développement durable prennent en considération les objectifs du Millénaire non atteints, et d'adopter une approche multisectorielle.

Fonds africain pour les urgences de santé publique : état des lieux

11. Les États Membres ont réitéré l'importance du Fonds africain pour les urgences de santé publique dans la Région africaine, tout en exprimant leur préoccupation de constater que le fonctionnement optimal du Fonds est entravé par des problèmes importants, particulièrement le faible niveau des contributions des États Membres. Le Comité régional a relevé un certain nombre de facteurs qui expliquent ce faible niveau des contributions, tout en proposant des mesures susceptibles d'y remédier. La composition du comité de suivi du Fonds a été renouvelée, comme suit : a) Ministres de la santé – Cabo Verde, Tchad et Zimbabwe ; b) Ministres des finances – Bénin, Congo et Swaziland.

12. Le Comité régional a adopté une résolution dans laquelle il invite instamment les États Membres à s'acquitter de leurs engagements en contribuant au Fonds et à émettre des idées en vue de la révision de son cadre. Le Secrétariat est prié de créer un groupe multidisciplinaire d'experts chargé de réviser le cadre actuel du Fonds, y compris la formule utilisée pour le calcul des contributions et les critères d'éligibilité ; à réaliser une évaluation pour comprendre les raisons pour lesquelles les pays ne payent pas leurs contributions ; et à faciliter les consultations entre les ministres de la santé et des finances, et les autres secteurs concernés.

Rapport de situation sur la création du centre de contrôle des maladies d'Afrique

13. En 2013, les chefs d'État et de gouvernement africains ont lancé un appel à la création d'un centre de contrôle des maladies d'Afrique (le CDC Afrique), qui aurait pour mandat de s'attaquer aux problèmes de santé publique prioritaires en Afrique. Les États Membres se sont dits satisfaits des progrès réalisés jusqu'à présent dans l'établissement de ce centre, insistant sur le besoin de définir clairement les rôles et responsabilités de l'OMS et du CDC Afrique, de trouver un consensus concernant les pays et les institutions d'Afrique qui doivent être sélectionnés pour abriter ou être considérés comme des centres collaborateurs du CDC Afrique, de lever des financements pour accélérer la mise en place du CDC Afrique et de mobiliser les ressources humaines nécessaires.

14. Le Comité régional a formulé des recommandations à l'endroit des États Membres : fournir un appui à l'établissement du CDC Afrique en tenant compte du cadre de collaboration proposé entre l'Organisation mondiale de la Santé et la Commission de l'Union africaine ; mobiliser les ressources nécessaires pour soutenir l'établissement et les fonctions du CDC Afrique ; examiner et approuver les statuts du CDC Afrique proposés par la Commission de l'Union africaine. Le Secrétariat a été invité à présenter le cadre de collaboration entre l'OMS et la Commission aux ministres de la santé afin de recueillir leurs observations avant l'entérinement des statuts.

Recherche pour la santé : une stratégie pour la Région africaine 2016-2025

15. La stratégie identifie la recherche pour la santé comme étant un outil essentiel pour fournir des solutions reposant sur des bases factuelles et permettant de résoudre le problème posé par la double charge élevée des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région. Le document rappelle la production très limitée de la recherche dans la Région africaine, qui traduit très probablement la faiblesse des systèmes nationaux de recherche pour la santé. La stratégie énumère les interventions attendues des États Membres pour faciliter l'édification de systèmes nationaux de recherche pour la santé opérationnels, ce qui est fondamental à la génération et à l'exploitation de connaissances scientifiques pour trouver des solutions reposant sur des bases factuelles aux problèmes de santé auxquels la Région est confrontée. La stratégie vise à combler les lacunes identifiées dans les systèmes nationaux de recherche pour la santé en donnant des orientations politiques et programmatiques aux États Membres, et en leur permettant ainsi de converger vers la couverture sanitaire universelle.

16. Le Comité régional a adopté une résolution dans laquelle il invite instamment les États Membres à consolider la gouvernance, à créer et à renforcer les infrastructures, à acquérir et à maintenir la capacité des ressources humaines, à créer ou renforcer des plateformes d'utilisation pratique des connaissances, à surveiller toutes les activités et les investissements dans la recherche pour la santé, et à mobiliser un financement suffisant en faveur de la recherche pour la santé. La résolution recommande aussi au Secrétariat de développer des outils devant être utilisés par les pays pour suivre à la trace les investissements, de fournir un appui aux pays dans l'élaboration de protocoles appropriés et la réalisation de la recherche, de plaider pour un financement additionnel et novateur de la recherche, et de faire rapport au Comité régional, tous les deux ans, sur la situation du système national de recherche pour la santé dans les pays.

Cinquante-quatrième Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS)/ soixante-septième session du Comité régional OMS des Amériques, Washington, D.C., (États-Unis d'Amérique), 28 septembre-2 octobre 2015

Rapport de synthèse[1] du Président (Dr Violeta Menjívar, Ministre de la santé, El Salvador)

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Consultation régionale sur le projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030

17. Le Comité régional a examiné le rapport final sur les cibles régionales de l'OPS en matière de ressources humaines en santé 2007-2015 (document CD54/INF/1), ainsi que la « version zéro » du projet de stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.

18. Les États Membres ont souligné qu'il est indispensable de fournir des effectifs suffisants de professionnels de la santé pour assurer la sécurité sanitaire mondiale et parvenir à la couverture sanitaire universelle. Ils ont également mis l'accent sur la nécessité d'adopter des politiques assurant le développement et la fidélisation des professionnels de la santé et d'offrir des incitations efficaces, économiques et autres, pour amener les professionnels de la santé à travailler dans des zones sous-desservies. Il a été jugé particulièrement important de trouver des moyens d'amener davantage de médecins à travailler au niveau des soins primaires en milieu rural. Une bonne planification du personnel de santé a également été considérée comme essentielle, de même que la recherche en vue de cette planification, en particulier la recherche visant à définir les lacunes en matière de ressources humaines.

Réforme de l'OMS

19. Le Comité régional a examiné un document (CD54/6) résumant le rapport sur la réforme de l'OMS examiné par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.[2] L'annexe B du document montre l'alignement étroit des réformes programmatiques, gestionnaires et de gouvernance de l'OMS au niveau mondial et celles entreprises par l'OPS au niveau régional.

20. Les États Membres ont salué les progrès réalisés sur la réforme de l'OMS, en exprimant toutefois leurs préoccupations quant à la lenteur de la réforme de la gouvernance. Ils ont insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour mener à terme les négociations sur les questions en suspens – en particulier le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques et la méthode d'allocation stratégique des volants budgétaires – et les États Membres ont été instamment invités à dégager un consensus au niveau régional sur ces questions afin de faciliter les négociations et d'accélérer les progrès. Un appui a été exprimé en faveur du modèle élaboré par le groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires pour l'allocation du segment 1 du budget programme de l'OMS.

[1] Le rapport complet de la session et tous les documents de travail et résolutions sont disponibles à l'adresse http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=fr.

[2] Document A68/4.

21. Concernant le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, il a été souligné que le processus de consultations doit se fonder sur les principes de transparence et de respect du caractère intergouvernemental et de l'indépendance de l'OMS. Des règles claires et objectives doivent être établies pour éviter les conflits d'intérêts. Il a été jugé particulièrement important pour l'OMS de se montrer prudente dans les interactions avec le secteur privé afin de réduire le plus possible les risques susceptibles d'affaiblir les valeurs et l'intégrité de l'Organisation.

22. Les délégués ont salué les progrès accomplis pour améliorer la prévisibilité et la transparence du financement de l'OMS grâce au dialogue sur le financement, en constatant toutefois que des problèmes subsistent, notamment les contributions volontaires affectées à un objet désigné qui pourraient entraîner un déficit de financement dans des zones critiques comme la riposte aux situations d'urgence. Il faut donc veiller à ce que les contributions volontaires soient alignées sur les politiques et les priorités de l'Organisation. On a également mis l'accent sur l'importance de la planification ascendante et la définition des priorités au niveau des pays.

23. Les efforts de l'OPS en cours pour aligner les réformes régionales sur les réformes mondiales ont été salués, les délégués ayant reconnu que bien des initiatives de réforme de l'OPS avaient précédé celles de l'OMS auxquelles elles avaient contribué. Il a été jugé important que les États Membres de la Région des Amériques dans l'interaction avec les États Membres des autres Régions continuent d'expliquer la nature des relations de l'OPS avec l'OMS et d'affirmer son engagement à l'Organisation et son intégration en son sein.

Consultation régionale sur le système de suivi et d'évaluation du RSI après 2016

24. Le Comité régional a examiné le document de réflexion établi par le Secrétariat de l'OMS sur l'élaboration, le suivi et l'évaluation des principales capacités fonctionnelles pour l'application du Règlement sanitaire international (2005), ainsi qu'un rapport faisant le point sur l'application du Règlement dans la Région des Amériques et la riposte régionale à la maladie à virus Ebola (documents CD54/INF/4 et CD54/INF/4, Add.1).

25. Le Comité a reconnu la nécessité de poursuivre les efforts en vue de la pleine application du Règlement sanitaire international (2005) et a largement appuyé l'approche pour le suivi et l'évaluation exposée dans le document de réflexion – lequel ne traitait toutefois que du suivi des principales capacités et non de l'application du Règlement dans son ensemble, comme cela avait été demandé lors d'une réunion régionale à Buenos Aires en avril 2014.

26. Un soutien a été exprimé en faveur de la mise au point d'un outil d'autoévaluation fondé sur des bases factuelles ; toutefois, s'il y avait lieu d'appliquer un outil normalisé, on pourrait également tenir compte des spécificités de chaque pays. En ce qui concerne les examens effectués après les événements, il a été suggéré que l'élaboration de protocoles de riposte offrirait une base pour évaluer les mesures prises dans les 48 heures suivant un événement de santé publique et pour procéder aux évaluations ultérieures plus complètes. Quant aux exercices de simulation, il a été proposé d'organiser des interventions intersectorielles et transfrontalières afin de renforcer la coordination à l'intérieur des pays et entre eux.

27. La plupart des délégations ont appuyé l'introduction des évaluations extérieures, en soulignant toutefois qu'elles devaient avoir un caractère volontaire, être effectuées à la demande et avec la participation de l'État Partie concerné, respecter la souveraineté et l'autonomie des États Parties et tenir compte du contexte spécifique de chaque pays, et notamment des ressources disponibles pour combler les déficits ou remédier aux carences constatées. Une délégation a estimé qu'une autoévaluation qui tiendrait compte des conclusions d'évaluations précédentes et envisagerait la mise

en place des principales capacités comme un processus permanent serait plus efficace qu'une évaluation extérieure effectuée à un moment précis sur la base de critères stricts. Une autre délégation a souligné la nécessité de bien comprendre ce que comporterait une évaluation extérieure indépendante, les avantages spécifiques qu'elle offrirait par rapport aux autoévaluations et l'utilisation que ferait l'OMS de ses conclusions. On a également fait valoir que les progrès apparemment insuffisants révélés par les autoévaluations des pays pourraient être dus à des carences au niveau des méthodes de mesure suivies.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Programme et budget de l'OPS 2016-2017

28. Le Comité régional, agissant en qualité de Conseil directeur de l'OPS, a adopté le programme et budget de l'OPS 2016-2017 (document officiel 350), supérieur de 8,8 % au programme et budget 2014-2015, mais sans augmentation des contributions fixées des États Membres à l'OPS. Le Bureau sanitaire panaméricain a été instamment invité à renforcer ses activités de mobilisation des ressources et à élargir la base de ses donateurs afin de financer l'augmentation, et à chercher à réaliser d'autres économies pour limiter les coûts.

Plan d'action en matière de vaccination

29. Le Comité a approuvé un plan d'action régional en matière de vaccination visant à maintenir de hauts niveaux de couverture vaccinale et à renforcer l'accès à des vaccins nouveaux et plus coûteux (voir le document CD54/7, Rev.2 et la résolution CD54.R8). Le plan couvrant la période 2016-2020 est aligné sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour les vaccins. Lors de l'examen du plan, des préoccupations ont été exprimées au sujet du passage prévu du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin oral bivalent en association avec le vaccin inactivé, les stocks actuels de vaccin inactivé n'étant pas suffisants pour permettre à tous les pays de la Région d'administrer trois doses. Le Comité a décidé de constituer un groupe de travail chargé d'étudier la question.

Stratégie et plan d'action relatifs à la démence chez les personnes âgées

30. Le Comité a approuvé une stratégie et un plan d'action régionaux visant à promouvoir la couverture sanitaire universelle des personnes atteintes de démence et des personnes à risque afin de les aider à retrouver ou à préserver leurs capacités fonctionnelles, à prévenir ou éviter la dépendance, ainsi qu'à améliorer leur qualité de vie et le bien-être de leur famille et de leurs aidants (voir le document CD54.8, Rev.1 et la résolution CD54.R11). La stratégie et le plan viennent compléter d'autres initiatives régionales, notamment le plan d'action pour la santé des personnes âgées, y compris le vieillissement sain et actif, adopté en 2009 (document CD49/8).

Stratégie et plan d'action visant au renforcement du système de santé pour combattre la violence à l'égard des femmes

31. Le Comité a approuvé une stratégie et un plan d'action dont le but premier est d'éliminer la violence à l'égard des femmes. Le plan d'action vise à renforcer la capacité des systèmes de santé à prévenir cette violence et à faire face au problème. La stratégie et le plan sont alignés sur la résolution WHA67.15 de l'Assemblée de la Santé sur le renforcement du rôle du système de santé dans la lutte contre la violence, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (voir le document CD54/9, Rev. 2 et la résolution CD54.R12).

Plan d'action sur la santé des travailleurs

32. Le Comité a approuvé un plan d'action sur la santé des travailleurs pour la période 2015-2025 visant à renforcer l'action du secteur de la santé, en coordination avec d'autres secteurs, en vue d'offrir des services complets de santé des travailleurs, d'améliorer les conditions de travail, d'accroître les efforts visant à promouvoir la santé des travailleurs et de réduire les inégalités en matière de santé (voir le document CD54/10, Rev.1 et la résolution CD54.R6). Le plan, qui actualise le plan d'action régional sur la santé des travailleurs adopté en 1991, est aligné sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs 2008-2017.

Plan d'action pour la lutte contre la tuberculose

33. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à accélérer la réduction de l'incidence de la tuberculose et de la mortalité qu'elle provoque dans la Région et à atteindre la cible fixée dans le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, ainsi que les cibles fixées dans le Plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 et les nouvelles cibles de prévention, de soins et de lutte pour l'après-2015 dans le cadre de la Stratégie OMS Halte à la tuberculose (voir le document CD54/11, Rev.1 et la résolution CD54.R10).

Plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens

34. Le Comité a approuvé un plan d'action sur la résistance aux antimicrobiens établi à la demande des États Membres. Le plan, qui est aligné sur le Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens, vise à améliorer la sensibilisation au problème et la compréhension du phénomène ainsi qu'à optimiser l'utilisation des antimicrobiens en santé humaine et animale (voir le document CD54/12, Rev.1 et la résolution CD54.R15).

Plan d'action pour la prévention et le contrôle des hépatites virales

35. Le Comité a approuvé un plan d'action visant à inverser la tendance actuelle de l'hépatite virale dans la Région d'ici à 2020 et à éliminer la maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2030 (voir le document CD54/13, Rev.1 et la résolution CD54.R7). Le plan, qui met l'accent en particulier sur l'hépatite B et l'hépatite C, est aligné sur la résolution adoptée sur la question par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014 (résolution WHA67.6).

Stratégie en matière de législation sur la santé

36. Le Comité a approuvé une stratégie pour orienter la coopération technique avec les États Membres afin de les aider à améliorer leurs cadres juridique et réglementaire, à renforcer les institutions nationales et à appuyer leurs efforts pour instaurer la couverture sanitaire universelle (voir le document CD54/14, Rev.1 et la résolution CD54.R9).

El Niño 2015-2016 dans la Région des Amériques

37. Ce point a été inscrit à l'ordre du jour à la demande d'un État Membre qui a souligné la gravité prévue et l'impact sanitaire et économique potentiel du phénomène El Niño dans les Amériques en 2015-2016 et a présenté un projet de résolution visant à renforcer la préparation des États Membres et leur capacité d'y faire face, ainsi que la résilience de leur système de santé (voir le document CD54/22). Le Comité a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'adopter une résolution, une grande partie des mesures préconisées étant déjà prévues dans des plans et stratégies adoptés antérieurement. En revanche, il a adopté la décision CD54(6) invitant instamment les États Membres à actualiser leurs plans d'atténuation des catastrophes, de préparation, de riposte et de relèvement, et priant le Directeur régional de renforcer la coopération avec les États Membres à cet effet.

Méthode régissant l'estimation de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015

38. Il s'agit là aussi d'un point inscrit à l'ordre du jour à la demande d'un État Membre, qui fait écho à plusieurs préoccupations concernant les modifications apportées par le Groupe interinstitutions des Nations Unies chargé de l'estimation de la mortalité maternelle quant à la méthode utilisée pour cette estimation. Il a été observé que les États Membres n'avaient pas été consultés sur la modification et que la nouvelle méthode pourrait soulever de graves difficultés de traçabilité et de comparabilité des données, entravant ainsi les efforts visant à suivre les progrès en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (voir le document CD54/23). Le Comité a adopté la résolution CD54.R18 priant notamment l'OMS d'organiser des ateliers avec les États Membres sur la méthodologie révisée d'estimation de la mortalité maternelle, de reporter la publication des estimations à une date postérieure à la tenue des ateliers et d'établir un document expliquant les différences entre les méthodes et les motifs de la révision.

Soixante-huitième session du Comité régional OMS de l'Asie du Sud-Est, Dili (Timor-Leste), 7-11 septembre 2015

Rapport de synthèse du Président (Dr Maria Do Céu Sarmento Pina da Costa, Ministre de la santé du Timor-Leste)

39. Le Comité régional a été informé du déroulement de la table ronde ministérielle qui a eu lieu pendant la session et a porté sur les sujets suivants :

a) Accélération de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région de l'Asie du Sud-Est : le Comité a proposé d'accélérer la ratification du Protocole sur le commerce illicite des produits du tabac et d'élaborer une stratégie régionale de lutte antitabac. Il a préconisé d'intensifier l'action commune de lutte contre la menace du tabac, en approuvant à l'unanimité la Déclaration de Dili sur la lutte antitabac.

b) Renforcement des personnels de santé en Asie du Sud-Est pour élargir la prestation de services efficaces : le Comité a noté que les ressources humaines pour la santé jouent un rôle clé pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle et le développement du secteur de la santé en général.

c) La santé dans le programme de développement pour l'après-2015 : le Comité a noté que le cadre pour le suivi des objectifs de développement durable du Programme de développement durable à l'horizon 2030 doit être finalisé en mars 2016 et que les indicateurs de l'objectif 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) sont plus avancés que ceux de beaucoup d'autres objectifs. Les progrès en vue de la couverture sanitaire universelle seront décisifs pour atteindre l'objectif relatif à la santé. Il sera indispensable d'accroître les investissements en faveur de la santé et de la collaboration intersectorielle.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Questions relatives au budget programme

Budget programme 2014-2015 – Exécution et examen à mi-parcours

40. Le Comité régional a pris note de la situation concernant l'exécution financière du budget programme 2014-2015 et des recommandations du sous-comité pour la mise au point et la gestion des politiques et des programmes à sa huitième session au Bureau régional le 3 juillet 2015 sur les mesures à prendre. Il a souligné qu'il fallait renforcer les mécanismes de coordination entre les ministères de la santé et les bureaux de l'OMS dans les pays, sous l'égide des représentants de l'OMS.

Budget programme 2016-2017

41. Le Comité a pris note de l'augmentation du budget programme de l'OMS pour 2016-2017 et a souligné la nécessité de disposer d'allocations budgétaires et de ressources adéquates pour répondre aux besoins prioritaires des pays et des Régions. Il s'est félicité de la collaboration étroite entre l'OMS et les ministères de la santé au niveau des pays qui a conduit à un processus de planification ascendant pour 2016-2017 reflétant la définition des priorités des pays et leur alignement sur les priorités régionales.

Allocation stratégique des volants budgétaires

42. Le Comité s'est félicité de l'introduction d'une nouvelle série d'indicateurs sur la méthodologie par le groupe de travail sur l'allocation stratégique des volants budgétaires créé en 2014. Il a salué les efforts constants consentis par l'Inde, les Maldives et la Thaïlande pour faire part des préoccupations et des priorités de la Région au groupe de travail.

Réforme de l'OMS

Réforme programmatique

43. Le Comité régional a instamment prié le Secrétariat d'organiser plus de consultations régulières avec le ministère de la santé dans les États Membres par l'intermédiaire du représentant de l'OMS afin de déterminer les priorités des pays. Il a préconisé l'application des enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola en 2014-2015 et le renforcement à titre prioritaire des capacités locales et des systèmes de santé.

Réforme gestionnaire – Cadre de contrôle interne

44. Le Comité s'est félicité de l'application du site sur les vérifications de l'Administration qui permet de consulter les recommandations concernant la vérification aussi bien intérieure qu'extérieure et la suite donnée à ces recommandations. Il a noté l'application en cours des recommandations des missions de révision administrative en Indonésie, au Népal et au Myanmar.

Réforme de la gouvernance

45. Le Comité a pris note de la constitution au niveau mondial d'un groupe de travail à composition non limitée sur la réforme de la gouvernance chargé en priorité de veiller à la réforme de la gouvernance dans l'ensemble de l'Organisation et d'intensifier les efforts en ce sens. L'Inde et la Thaïlande ont représenté la Région de l'Asie du Sud-Est au sein de ce groupe de travail. Le Comité a voué une attention accrue au recrutement dans les pays de personnels expérimentés de l'OMS dotés des connaissances voulues et capables de transférer les connaissances et de contribuer au renforcement des capacités.

Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques

46. Le Comité a relevé qu'il faudrait un nouvel examen par les États Membres du document révisé sur le cadre de collaboration portant sur les points controversés comme le principe de l'indépendance de ces acteurs qui doit être plus clairement énoncé en vue d'une application pratique dans des situations concrètes. Le Comité reconnaît qu'il ne saurait y avoir de collaboration d'aucune sorte avec l'industrie du tabac et celle de l'armement, ni avec des organisations qui leur sont affiliées, mais il est nécessaire de mettre en place un mécanisme permettant de filtrer et de repérer de telles organisations.

Riposte en cas de situation d'urgence et de flambée

47. Le Comité a noté la série d'activités entreprises par le Gouvernement népalais et la riposte apportée par l'OMS et ses partenaires. Il s'est félicité de l'appui fourni par le Bureau régional pendant toutes les récentes situations d'urgence et flambées de maladies et a appuyé les recommandations de la réunion préparatoire de haut niveau à sa soixante-huitième session.

Résistance aux antimicrobiens

48. Le Comité a constaté que, comme l'avait demandé l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA68.7 sur le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, presque tous les pays de la Région ont entrepris la formulation d'un plan d'action national pour combattre la résistance aux antimicrobiens et désigné un point focal. Il a également relevé qu'un travail de sensibilisation au plus haut niveau s'imposait pour la mise en œuvre de ces plans nationaux.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Maladies tropicales négligées en cours d'élimination : kala-azar, lèpre, pian, filariose et schistosomiase

49. Le Comité régional a évoqué le problème de la dengue, la maladie virale à transmission vectorielle qui se propage le plus rapidement dans le monde en raison de modifications de l'environnement. Il n'existe ni vaccin ni médicament contre la maladie et la seule solution possible consiste à réduire la population vectorielle par une gestion adéquate de l'eau. Le Comité a également soulevé le problème des morsures de serpents et a été informé que le Bureau régional avait rapidement organisé l'envoi d'antivenins à la suite du séisme au Népal.

Adaptation et mise en œuvre de la Stratégie Halte à la tuberculose dans la Région de l'Asie du Sud-Est

50. Le Comité a estimé que la tuberculose devait rester une préoccupation nationale prioritaire si l'on entendait mettre un terme à l'épidémie, notamment en ce qui concerne les formes pharmacorésistantes (tuberculose multirésistante et ultrarésistante). Le Comité était conscient de la lourde charge financière que représentait la tuberculose. Un plan d'investissement devrait être établi comme pour d'autres maladies. Le groupe de travail d'experts techniques sur la tuberculose est en train d'être reconstitué en tant que groupe consultatif. Les pays devraient collaborer pour établir un plan opérationnel de lutte contre la tuberculose au niveau des districts et des sous-districts, avec un suivi électronique et une assurance de la qualité aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Contribution de la sécurité des patients à l'instauration d'une couverture sanitaire universelle durable

51. Le Comité a pris note des recommandations de la réunion préparatoire de haut niveau présentant les mesures nécessaires pour améliorer la sécurité des patients afin de contribuer à l'instauration d'une couverture sanitaire universelle durable dans la Région. Il a adopté une nouvelle stratégie régionale pour la sécurité des patients 2016-2025 et a préconisé des autoévaluations structurées des systèmes de sécurité des patients ainsi qu'une amélioration des données sur la sécurité des patients, de la documentation et de l'échange des données d'expérience entre les pays.

Prévention et lutte anticancéreuses – La voie à suivre

52. Notant que les États Membres disposaient de moyens techniques et de ressources humaines limitées pour le diagnostic et le traitement du cancer, le Comité a demandé l'appui du Secrétariat pour renforcer les capacités de différents groupes d'agents de santé en vue de la prestation de services de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer ainsi que de soins palliatifs. Il a prié le Secrétariat de fournir un appui technique pour le renforcement des registres du cancer et la formation d'agents de santé à la prévention, au dépistage précoce, au traitement et aux soins palliatifs.

Élimination de la rougeole et lutte contre la rubéole/syndrome de rubéole congénitale dans la Région de l'Asie du Sud-Est d'ici à 2020

53. Le Comité a fait observer que la transmission transfrontalière de la rougeole et de la rubéole doit être évitée en maintenant une forte couverture vaccinale et en renforçant la surveillance dans les districts des États Membres proches des frontières.

Problèmes liés à l'éradication de la poliomyélite

54. Se félicitant de l'engagement politique de haut niveau dans les États Membres en faveur de l'éradication de la poliomyélite, le Comité a mis en garde contre tout relâchement et souligné la nécessité de rester vigilant. Il a instamment prié le Secrétariat de continuer à apporter son soutien aux États Membres afin que des stocks suffisants soient disponibles pour le changement de vaccin dans tous les pays.

Évaluation des technologies et des interventions sanitaires à l'appui de la couverture sanitaire universelle

55. Le Comité a été informé de l'évolution de la situation concernant les initiatives nationales dans ce domaine.

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

56. Le Comité a reconnu que le Fonds d'urgence régional avait contribué au renforcement de l'efficacité des services de santé au cours de situations d'urgence, mais a estimé que l'appui devait être maintenu jusqu'au début de la phase de relèvement. Le financement de l'OMS devrait ainsi être ajusté en fonction des normes des pays et de leurs rapports.

Gestion efficace des médicaments

57. Le Comité a été informé des progrès accomplis dans la gestion efficace des médicaments, notamment en ce qui concerne la politique pharmaceutique, la gestion des médicaments, les règlements connexes, les achats et la fixation des prix. Les achats groupés de plusieurs pays sont apparus comme un moyen d'obtenir des prix plus avantageux.

Stratégie régionale sur les systèmes d'information sanitaire

58. Le Comité a reconnu les nombreux efforts consentis dans la Région pour renforcer les systèmes d'information sanitaire conformément à la stratégie régionale. Le Comité a prié l'OMS de continuer à fournir un appui technique aux États Membres dans ce domaine, notamment pour la version simplifiée

de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième Révision (CIM-10), les systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques d'état civil, et le renforcement de la cybersanté.

Examen des recommandations sur le renforcement des services de soins de santé à base communautaire

59. Le Comité a examiné un rapport sur les discussions techniques sur le renforcement des services de soins de santé à base communautaire qui se sont déroulées en juin 2015 – en prélude à la session du Comité régional. Il a approuvé les recommandations des discussions techniques ainsi que les observations complémentaires de la réunion préparatoire de haut niveau (résolution SEA/RC68/R6).

PARTIE 3 : CHOIX D'UN SUJET POUR LES DISCUSSIONS TECHNIQUES DEVANT PRÉCÉDER LA SOIXANTE-NEUVIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

60. Le Comité a décidé par consensus de mettre un terme aux discussions techniques, les sujets étant dorénavant examinés dans le cadre de deux tables rondes ministérielles devant se dérouler pendant la session. Il a estimé que deux tables rondes ministérielles devraient être organisées à chaque session du Comité régional sur deux jours consécutifs. Il a proposé que les deux résolutions sur les discussions techniques précédemment adoptées (SEA/RC5/R3 et SEA/RC7/R11) ne soient plus suivies d'effet.

PARTIE 4 : QUESTIONS ESSENTIELLES DÉCOULANT DE LA SOIXANTE-HUITIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ ET DES CENT TRENTE-SIXIÈME ET CENT TRENTE-SEPTIÈME SESSIONS DU CONSEIL EXÉCUTIF

61. Le Comité a pris acte des résolutions importantes intéressant la Région de l'Asie du Sud-Est qui ont été adoptées par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil exécutif à ses cent trente-sixième et cent trente-septième sessions. Il a été informé de la nécessité d'élaborer une stratégie régionale sur la nutrition 2016-2030 avec l'aide du Secrétariat de l'OMS pour que cette question puisse être examinée par le Comité régional à sa soixante-neuvième session.

PARTIE 5 : EXAMEN DU PROJET D'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DE LA CENT TRENTE-HUITIÈME SESSION DU CONSEIL EXÉCUTIF

62. Le Comité régional a approuvé une proposition de l'Inde tendant à inscrire à l'ordre du jour de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif un point intitulé « Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts ». L'Inde a prié le Secrétariat de communiquer cette proposition au Directeur général au nom du Comité.

PARTIE 6 : RÉSOLUTIONS ANTÉRIEURES DU COMITÉ RÉGIONAL

63. Le Comité régional a été informé que la réunion préparatoire de haut niveau avait examiné le document SEA/RC68/21 envisageant les moyens d'abandonner l'application de certaines des résolutions adoptées au cours des 10 dernières années afin d'optimiser l'utilisation du temps de travail

au cours des sessions ultérieures. Il a noté qu'un groupe de travail informel composé du Bangladesh, de l'Inde et de la Thaïlande examinerait les solutions adoptées à cet égard par les Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale. Une consultation technique associant les États Membres serait organisée avant la prochaine réunion préparatoire de haut niveau pour arrêter une série de critères et un calendrier pour l'abandon des résolutions qui n'avaient plus d'utilité. Les recommandations de cette consultation seraient soumises à l'examen du Comité régional à sa soixante-neuvième session.

PARTIE 7 : POSTES À POURVOIR PAR ÉLECTION EN VUE DES RÉUNIONS DES ORGANES DIRECTEURS (ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ, CONSEIL EXÉCUTIF ET COMITÉ DU PROGRAMME, DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION)

64. Le Comité a approuvé à l'unanimité les candidatures ci-après proposées pour les postes concernant l'Asie du Sud-Est à pourvoir en vue de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, de la cent trente-neuvième session du Conseil exécutif et de la vingt-quatrième réunion du Comité du programme, du budget et de l'administration en mai 2016.

65. Il a proposé que le poste de vice-président de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé soit occupé par le Timor-Leste, celui de président de la Commission B par la Thaïlande et celui de rapporteur de la Commission A par les Maldives ; il a également proposé que l'Inde soit membre de la Commission de vérification des pouvoirs.

66. Pour la cent trente-neuvième session du Conseil exécutif, le Comité a proposé la candidature du Bhoutan comme État Membre appelé à désigner un membre du Conseil exécutif pour succéder au membre désigné par la République populaire démocratique de Corée dont le mandat prend fin en mai 2016, et celle du Népal comme vice-président du Conseil exécutif à sa cent trente-neuvième session en mai 2016.

67. Le mandat de deux États Membres, le Népal et la Thaïlande, en tant que membres du Comité du programme, du budget et de l'administration prend fin en mai 2016 et mai 2017, respectivement. La candidature du Bhoutan a été proposée en tant que membre du Comité du programme, du budget et de l'administration pour un mandat de deux ans pour succéder au Népal dont le mandat prend fin en mai 2016.

PARTIE 8 : PROGRAMMES SPÉCIAUX

68. Le Comité a noté que deux États Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est (l'Inde et la Thaïlande) sont membres du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales pour le mandat prenant fin le 31 décembre 2017. Il a pris note du rapport sur la participation des membres à la trente-huitième session du Conseil conjoint de coordination qui a eu lieu à Genève les 23 et 24 juin 2015.

69. Le Comité a pris note du rapport de la vingt-huitième réunion du Comité Politiques et coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, qui a eu lieu à Genève les 25 et 26 juin 2015, examiné à la réunion préparatoire de haut niveau en juillet 2015. Pour succéder aux Maldives dont le mandat prend fin le 31 décembre 2015, il a présenté la candidature du Myanmar comme membre du Comité Politiques et coordination pour un mandat de trois ans à compter du 1er janvier 2016 et a prié le Directeur régional d'informer le Siège de l'OMS en conséquence.

Résolutions adoptées

70. Le Comité régional a adopté les huit résolutions suivantes : Budget programme 2016-2017 (SEA/RC68/R1), Riposte aux situations d'urgence et aux flambées (SEA/RC68/R2), Résistance aux antimicrobiens (SEA/RC68/R3), Contribution de la sécurité des patients à une couverture sanitaire universelle durable (SEA/RC68/R4), Prévention et lutte anticancéreuses : la voie à suivre (SEA/RC68/R5). Les services de santé communautaires et leur contribution à la couverture sanitaire universelle (SEA/RC68/R6), Déclaration de Dili sur la lutte antitabac (SEA/RC68/R7), Remerciements (SEA/RC68/R8).

Soixante-cinquième session du Comité régional OMS de l'Europe, Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015

Rapport de synthèse du Président (Mme Rimantė Šalaševičiūtė, Ministre de la santé, Lituanie)[1]

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Stratégies mondiales du secteur de la santé contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles

71. Le Secrétariat a informé le Comité régional des progrès réalisés en vue de mettre au point la version définitive des projets de stratégies mondiales contre le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Leur élaboration est fondée sur les cinq orientations stratégiques suivantes : informer et responsabiliser ; intervenir pour avoir un impact ; fournir des services pour assurer la qualité et l'équité ; fournir des moyens financiers pérennes ; et innover pour accélérer l'action. La discussion a porté sur l'ampleur et la rapidité de la riposte nécessaire pour mettre fin au sida d'ici à 2030, compte tenu de la croissance de l'épidémie dans la Région européenne. Le Secrétariat a été prié de poursuivre son engagement actif en faveur du suivi, de la collecte d'informations fondées sur des bases factuelles, de l'accès aux services des personnes vivant avec le sida et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne et stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé

72. Les États Membres ont salué les progrès accomplis dans l'élaboration du cadre et de la stratégie et ont mis l'accent sur le rôle de la Région européenne dans le domaine des ressources humaines pour la santé et de l'élaboration des documents. Des préoccupations ont été exprimées du fait que les cibles n'étaient pas alignées et il faut pouvoir disposer d'une série intégrée et équilibrée d'indicateurs, établis du point de vue de la couverture sanitaire universelle. Il faut aussi davantage tenir compte du profil des personnels de santé de demain afin de répondre à l'évolution des besoins. Une plus large place devrait être accordée à la coordination avec les autres organisations dans le domaine de l'information sanitaire.

Règlement sanitaire international (2005)

73. Le Comité d'examen du Règlement sanitaire international avait conclu que les données obtenues par le cadre de suivi actuel du Règlement sanitaire international fournissent peu d'indications sur la fonctionnalité des systèmes au niveau des pays, et il a formulé une série de recommandations. Parmi les approches recommandées figurent notamment les suivantes : renforcement du système d'autoévaluation, mise en œuvre d'examens approfondis des flambées importantes de maladies et réalisation conjointe d'autoévaluations, d'évaluations par les pairs et d'évaluations externes volontaires. Le Secrétariat a présenté le cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international qui fera l'objet d'une mise au point plus approfondie avec des outils et des protocoles et sera soumis à l'approbation du Conseil et de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016.

[1] Le rapport intégral de la session (document EUR/RC65/REP) ainsi que tous les documents et résolutions mentionnés dans le rapport sont disponibles à l'adresse http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committeefor-europe/65th-session/documentation.

74. Saluant les propositions visant à renforcer l'application du Règlement sanitaire international, les États Membres ont appuyé le suivi et l'évaluation indépendants de l'application du Règlement en suggérant que la Région européenne mène un projet pilote d'évaluation externe. Certains pays se sont dits prêts à participer à l'élaboration ou à l'expérimentation pilote d'instruments normalisés, transparents et fiables pour l'évaluation du Règlement ou se sont également prononcés en faveur d'exercices en temps réel au niveau régional. Ils ont souligné la nécessité pour les bureaux régionaux de l'OMS d'aider les pays à recenser les lacunes et à renforcer les capacités, et notamment les systèmes de santé.

Ce qu'implique la réforme de l'OMS pour le Bureau régional de l'Europe

75. Le Secrétariat a fait le point de la situation sur la réforme de l'OMS et de ses effets sur l'action du Bureau régional (document EUR/RC65/15).

76. La réforme de la gouvernance reste une priorité pour le Bureau régional de l'Europe où une discussion informelle sur le sujet s'est déroulée la veille de l'ouverture de la session du Comité régional. Les participants ont estimé que l'alignement et l'établissement de l'ordre du jour sont essentiels pour mettre en place une Organisation plus forte et cohérente aux trois niveaux et ils ont évoqué à cet égard le plan d'exécution du budget programme régional pour 2016-2017. Les participants ont proposé que les lettres de délégation annuelles du Directeur général aux Directeurs régionaux et les rapports des Directeurs régionaux au Directeur général sur leurs travaux pourraient faire partie d'un pacte de responsabilisation. Le sous-groupe du Comité permanent du Comité régional sur la gouvernance a, en outre, révisé la procédure de présentation de candidats au Conseil exécutif et au Comité permanent, en prévoyant notamment des déclarations d'intention contenant de précieuses informations complémentaires. Les recommandations du comité d'évaluation régional pour les candidatures au poste de directeur régional ont été ajoutées au Règlement intérieur du Comité régional. Les conditions dans lesquelles les documents finals de conférence sont soumis à l'approbation des organes directeurs sont également en cours d'examen.

77. En ce qui concerne la responsabilisation, on appliquera une politique de tolérance zéro face à la non-conformité et le budget programme constituera un outil clé pour la surveillance et la responsabilisation. Les réalisations ont notamment été les suivantes : vérifications et examens réguliers des bureaux de pays et des bureaux géographiquement dispersés, et achats fondés sur la mise en concurrence. Les représentants ont salué la proposition du Comité régional visant à examiner les recommandations issues des vérifications, mais ont souligné l'importance d'une utilisation efficace et correcte des ressources. La présentation de rapports de surveillance au Comité permanent permettrait non seulement d'accroître la transparence et la conformité mais aussi de mieux partager les responsabilités. La capacité de gestion des risques et les capacités administratives des bureaux de pays seront encore renforcées et un nouveau cadre sur la répartition des responsabilités sera introduit pour les bureaux de pays et le Bureau régional.

78. Le plan régional d'exécution du budget programme 2016-2017 est aligné sur les priorités mondiales et renforce l'obligation pour le Bureau régional de rendre des comptes concernant les résultats prioritaires. Il assure également des liens étroits avec le budget programme 2014-2015 dans le cadre d'une responsabilité programmatique et budgétaire permanente du Bureau régional devant les États Membres. Le nouveau « contrat » précise la contribution européenne à la chaîne mondiale des résultats et aux indicateurs mondiaux en termes de réalisations et de produits. Le renforcement de la collaboration avec les pays dans le processus de planification stratégique ascendant pour l'exercice 2016-2017 a été bien accueilli. Les représentants se sont également félicités de la présentation plus détaillée des coûts et des liens plus étroits avec la gestion fondée sur les résultats dans le budget programme 2016-2017.

79. On a émis l'espoir que le projet de cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques serait finalisé en vue d'être adopté par l'Assemblée de la Santé en 2016 à l'issue de nouvelles négociations intergouvernementales.

Action de l'OMS concernant les flambées et les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires

80. Le Secrétariat a présenté le processus d'examen en cours à la suite de la flambée de maladie à virus Ebola qui a fait ressortir la nécessité de renforcer la capacité du Secrétariat et des États Membres à se préparer et à faire face à des flambées et des situations d'urgence de grande envergure ayant des conséquences sanitaires. Le but visé par le processus de réforme à cet égard est un programme unifié de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire et humanitaire avec une mesure claire de la performance, un personnel pour les urgences sanitaires mondiales, un nouveau processus d'activité qui facilitera une réaction rapide et efficace, un fonds de réserve et une accélération des activités de recherche-développement, reposant sur une plateforme de soutien opérationnel performante permettant à l'OMS d'intervenir aux trois niveaux et en coordination avec ses partenaires.

81. Au cours du débat, les représentants ont craint que le processus de réforme concernant les situations d'urgence n'avance pas assez rapidement pour pouvoir être présenté au Conseil en janvier 2016 et ont fait observer qu'il fallait tenir compte des résultats des évaluations en cours avant de tirer des conclusions définitives. Ils ont également souligné la nécessité pour l'Organisation de renforcer sa propre capacité d'évaluation et le rôle crucial que joue le renforcement des systèmes de santé. Les représentants ont demandé des précisions sur la place et le rôle des Régions dans la nouvelle structure unifiée.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Promouvoir l'action intersectorielle et interorganisations pour la santé et le bien-être dans la Région européenne

82. Santé 2020 est le cadre permettant d'orienter l'action intersectorielle, les ressources et les choix politiques nécessaires pour réduire la charge de morbidité et l'inégalité en matière de santé dans la Région. Sa mise en œuvre suppose un engagement en faveur d'une approche pangouvernementale et d'une gouvernance nationale pour la santé qui soit responsable et appelée à rendre des comptes et dont les résultats soient mesurables. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, aligné sur Santé 2020, fait ressortir l'importance vitale que revêt cette approche intégrée. Santé 2020 est un outil indispensable pour définir les domaines clés d'action intersectorielle, notamment en ce qui concerne l'éducation, le travail, les migrations et les politiques sociales, économiques et fiscales. La prochaine étape de Santé 2020 mettra l'accent sur les politiques sociales en matière d'emploi, d'éducation, de logement, de revenu décent et de retraite dans la dignité, principalement appliquées au niveau local.

83. L'action intersectorielle revêt une dimension mondiale dans laquelle la santé joue un rôle dans la politique étrangère et figure de manière plus visible dans le programme politique mondial. Au cours d'une table ronde, les participants ont évoqué la coopération entre ministères sur les questions liées à la santé mondiale. Une deuxième table ronde a pour thème les déterminants sociaux et la santé, et l'éducation sanitaire : liens et cohérence entre la santé, l'éducation et la politique sociale. Les leçons tirées du processus européen Environnement et santé, en cours depuis 26 ans, ont été citées comme exemple de modèle pour la coopération future entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

84. Au cours du débat, de nombreux pays ont présenté des exemples de collaboration avec les secteurs de l'éducation et de l'environnement aux niveaux tant national qu'international. Les représentants ont souligné l'occasion unique offerte par Santé 2020 et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 de promouvoir la collaboration intersectorielle et ont préconisé une approche intégrée au plan mondial. Ils ont insisté sur la nécessité de continuer à appuyer la mise en œuvre de Santé 2020, car de nombreux plans de développement nationaux ont déjà été adoptés sur la base de ce cadre. Tout en faisant observer que la législation de santé publique et les stratégies de promotion de la santé constituent des mécanismes durables de collaboration intersectorielle, ils ont noté que la collaboration avec les secteurs de l'économie et des finances peut soulever des difficultés. Si le processus européen Environnement et santé constitue un outil intersectoriel exemplaire, une structure de gouvernance plus rationalisée et un engagement clairement défini des parties prenantes s'imposent. Les intervenants ont évoqué la nécessité de disposer d'une instance où ils pourraient échanger les données d'expérience et les informations sur les enseignements qu'ils ont pu tirer de leur action. Le Comité régional a adopté la décision EUR/RC65(1).

Rapport sur la santé en Europe 2015 : les cibles et au-delà – atteindre les nouvelles frontières des bases factuelles

85. Le Rapport a fait le point de la situation concernant les cibles de Santé 2020 dans la Région européenne, qui donne un tableau mitigé des améliorations sur le front des inégalités et révèle d'importantes différences entre les pays. Il a décrit l'initiative visant à explorer le contexte culturel de la santé et comment les croyances et les pratiques culturelles peuvent contribuer à l'amélioration de la santé ou au contraire l'entraver. Le Rapport a révélé que de nombreux pays de la Région ont aligné leurs politiques nationales sur Santé 2020 et fixé des cibles nationales. Il a également insisté sur la nécessité de relever les défis en matière d'information sanitaire.

Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne

86. Le document intitulé « Les priorités en matière de renforcement des systèmes de santé dans la Région européenne de l'OMS pour 2015-2020 : joindre le geste à la parole concernant les systèmes centrés sur la personne » (document EUR/RC65/13) met l'accent sur l'autonomisation et l'engagement individuel en matière de protection contre la maladie, de promotion de la santé, de traitement, de prise en charge et de réadaptation dans un système de santé fondé sur des soins de santé primaires bien développés et des soins dispensés de manière équitable, avec comme axe central un système de santé publique solide. Les priorités visant à assurer des systèmes de santé justes, équitables, sans exclus et centrés sur la personne avec la protection financière voulue supposent une transformation complète de la prestation des services de santé et l'instauration progressive de la couverture sanitaire universelle au moyen de personnels de santé compétents, d'innovations pharmaceutiques et technologiques, et d'une information sanitaire bien développée.

87. Les représentants ont souscrit à l'approche fondée sur les valeurs de solidarité et d'équité, ainsi qu'aux deux priorités stratégiques de la transformation des services de santé et de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. L'approche centrée sur la personne signifie qu'il faut donner aux communautés les moyens d'agir et associer les patients et leur famille au traitement et à la prise en charge des affections chroniques. Un des principaux défis consiste à assurer que les systèmes de santé soient complets et apportent une réponse collective aux besoins et aux attentes, en mettant l'accent sur le rôle de la société et de la communauté, par exemple en matière de promotion de la santé, de la surveillance et de la riposte. Les coûts pharmaceutiques et technologiques ont une incidence sur la

pérennité financière, et il est donc d'autant plus important de parvenir à la couverture sanitaire universelle par un renforcement du financement public et par l'assurance-maladie obligatoire. Les intervenants ont proposé une approche équilibrée entre soins ambulatoires et en établissement, la promotion des soins à domicile et le bien-être communautaire, ainsi qu'une approche multiprofessionnelle et une formation souple des personnels de santé propre à favoriser la fidélisation. Les États Membres ont souligné la nécessité de renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux comme base des systèmes de santé et d'appuyer les activités de l'Initiative européenne d'information sanitaire, et ont salué le récent lancement par le Bureau régional du nouveau portail Web favorisant une meilleure prise de décisions et l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles. Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC65/R5.

Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025

88. Le Secrétariat a présenté la stratégie sur l'activité physique (document EUR/RC65/9) qui cherche à faire face à la charge croissante des maladies non transmissibles associée à un mode de vie sédentaire. La stratégie appuie l'instauration d'environnements favorables et l'égalité de chances en matière d'activité physique pour tous pour toute la durée de la vie et a souligné des approches centrées sur la personne, multisectorielles et durables reposant sur des politiques fondées sur des bases factuelles. La stratégie définit également comme prioritaires le développement de l'enfant et de l'adolescent, le leadership et la coordination, l'appui par la surveillance et la recherche accrue de bases factuelles. Des aide-mémoire nationaux sur l'intensification de l'activité physique et la réduction des comportements sédentaires contribueront à l'échange des données d'expérience et des meilleures pratiques.

89. Les États Membres ont exprimé leur soutien inconditionnel à la stratégie et souligné l'importance qu'elle revêt pour lutter contre les facteurs de risque associés aux maladies non transmissibles, ainsi qu'à l'obésité, en association avec d'autres engagements régionaux et mondiaux. De nombreux intervenants ont salué son caractère global et ses lignes directrices claires qui répondaient aux besoins des groupes cibles ; la stratégie offre un excellent fondement pour l'élaboration de politiques nationales. Les orateurs ont souligné l'importance d'une action intersectorielle et d'une promotion de la stratégie en milieu scolaire et professionnel, au moyen de politiques des transports et des loisirs mettant spécialement l'accent sur les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Ils ont également appuyé le suivi des effets bénéfiques de la stratégie et l'utilisation des données factuelles pour renforcer la sensibilisation. Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC65/R3.

Feuille de route reprenant les mesures en vue d'une meilleure mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région européenne 2015-2025 : dire adieu pour toujours au tabac

90. Le Secrétariat a présenté la feuille de route (document EUR/RC65/10), élaborée à l'issue d'une consultation exhaustive, qui vise à accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre dans l'ensemble de la Région afin d'atteindre les cibles volontaires de l'OMS d'une réduction relative de 30 % du tabagisme chez les personnes âgées de plus de 15 ans et de 25 % de la mortalité prématurée par maladies non transmissibles d'ici à 2025. La feuille de route a été conçue pour appuyer les mesures visant à promulguer une législation antitabac, notamment pour protéger les enfants, faire respecter des interdictions complètes de toutes les formes de publicité, de promotion et de parrainage concernant le tabac et accroître la sensibilisation de la population pour empêcher les jeunes de commencer à fumer. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 fournira l'élan nécessaire pour relever le défi du tabagisme et la mise en œuvre intégrale de la Convention-cadre permettra de multiplier les initiatives antitabac.

91. Les représentants ont salué la feuille de route aussi bien comme guide pour l'élaboration des politiques que comme outil de promotion de la santé. Beaucoup ont évoqué la priorité accordée aux politiques de lutte antitabac dans les programmes sanitaires nationaux et décrit les mesures concluantes – relatives aux prix et fiscales – prises pour mettre en œuvre la Convention dans la Région, la protection contre l'exposition à la fumée du tabac, le conditionnement des produits du tabac et la publicité, la promotion et le parrainage concernant le tabac. La dépendance à l'égard du tabac et le commerce illicite des produits du tabac sont aussi des cibles visées par les efforts pour réduire l'offre et la demande. L'engagement politique, l'action intersectorielle et la coopération entre les pays, avec l'appui du Bureau régional, sont également requis. Les intervenants ont souligné la nécessité d'une orientation claire de l'OMS sur les versions sans fumée et électroniques de produits du tabac ou de produits ressemblant à des cigarettes. Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC65/R4.

Rapport final sur la mise en œuvre du plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne de l'OMS 2011-2015 et examen du projet de plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne 2016-2020

92. Depuis l'adoption du plan d'action consolidé en 2011, on estime à un million le nombre de malades de la tuberculose qui ont été guéris, à 200 000 le nombre de cas à bacille multirésistant évités, à 2,6 millions le nombre de vies sauvées et à US $11 milliards les économies réalisées grâce à son application. Malgré le recul annuel de la tuberculose de 6 % et l'augmentation de la couverture par le traitement, plusieurs problèmes majeurs subsistent, notamment la transmission continue de la tuberculose multirésistante, l'aggravation de la pharmacorésistance et la comorbidité VIH-tuberculose.

93. Le Secrétariat a présenté le projet de plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2016-2020 (document EUR/RC65/17 Rev.1) qui succède au plan d'action consolidé et a été conçu pour maintenir l'élan de la lutte en relevant les principaux défis qui demeurent. Le projet est conforme aux trois piliers de la Stratégie mondiale Halte à la tuberculose : prévention et soins intégrés centrés sur le patient ; politiques audacieuses et systèmes de soutien ; et intensification de la recherche et de l'innovation. Il souligne aussi l'importance de systèmes de santé résilients pour une mise en œuvre efficace et pour l'usage rationnel des nouveaux médicaments. À sa date d'échéance en 2020, le plan d'action aura permis, selon les prévisions, de sauver 3,1 millions de vie, de guérir 1,4 million de patients, d'éviter 1,7 million de nouveaux cas et de réaliser US $48 milliards d'économies.

94. Les représentants ont appuyé le projet de plan d'action en se félicitant de ce qu'il mette l'accent sur des modèles fondés sur des bases factuelles de diagnostic et de traitement économiques ainsi que sur la gouvernance et le financement adéquat des programmes de lutte contre la tuberculose. L'accès universel à une prévention, un diagnostic et un traitement efficaces à un coût abordable a été considéré comme essentiel. L'action multisectorielle et les approches pangouvernementales et fondées sur la santé dans toutes les politiques sont également nécessaires. De nombreux intervenants ont souligné qu'il fallait mettre en place une collaboration transfrontalière pour le dépistage des cas et le traitement des patients, notamment dans le contexte actuel de mobilité humaine croissante. Un membre du Comité permanent du Comité régional a suggéré de mettre davantage l'accent sur les soins intégrés et les comorbidités, sur l'appui social aux malades de la tuberculose confrontés à des problèmes de dépendance et sur les patients en milieu carcéral. Le Comité régional a adopté la résolution EUR/RC65/R6.

Soixante-deuxième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, Koweït (Koweït), 5-8 octobre 2015

Rapport de synthèse du Président (Dr Ali Saad Al-Obaidi, Ministre de la santé, Koweït)

95. La soixante-deuxième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue à Koweït (Koweït), du 5 au 8 octobre 2015. Vingt Membres du Comité régional étaient représentés. La République arabe syrienne et le Yémen n'étaient pas représentés. Des observateurs d'autres organisations du système des Nations Unies et organisations intergouvernementales et non gouvernementales ont également assisté aux débats.

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

96. Les points suivants n'étaient pas inscrits à l'ordre du jour : projet de plan d'action mondial contre la violence ; projets de stratégies mondiales du secteur de la santé – VIH, 2016-2021 ; action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé ; et suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé.

Réforme de l'OMS

97. Le Comité régional a examiné le dialogue sur le financement de l'OMS et a estimé qu'il était nécessaire d'allouer davantage de ressources aux pays, notamment ceux confrontés à des crises prolongées. Une augmentation des contributions fixées a été réaffirmée comme moyen déterminant pour l'OMS d'avoir un budget programme durable et prévisible. Une bonne coordination entre les organisations du système des Nations Unies était considérée comme critique pour éviter les doublons et le gaspillage des ressources.

Flambée 2014 de maladie à virus Ebola : suivi de la session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola

Voir ci-dessous la partie 2.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Sécurité sanitaire mondiale, avec une attention particulière accordée au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et au virus de la grippe aviaire A(H5N1)

98. Le Comité a mis l'accent sur les connaissances fragmentaires concernant le MERS-CoV et le virus grippal A(H5N1) et plusieurs États Membres se sont déclarés prêts à collaborer avec l'OMS dans le cadre d'études communes. Le Comité a proposé d'échanger les données d'expérience et l'expertise et d'améliorer la surveillance épidémiologique et au laboratoire de la grippe saisonnière, et notamment de la grippe aviaire, et du MERS-CoV dans le cadre d'un même effort. Il a été reconnu qu'il fallait renforcer les laboratoires et la capacité du personnel de laboratoire et assurer une communication rapide des risques sur la base des éléments disponibles.

Évaluation et suivi de l'application du Règlement sanitaire international (2005) : respect de la date butoir de 2016

99. Le Comité a estimé que les évaluations des pays pour suivre les progrès en vue du respect des exigences du Règlement concernant les principales capacités constituent un instrument vital dans l'optique d'une meilleure préparation à la riposte aux menaces sanitaires émergentes. Il a reconnu que les évaluations de la préparation à la maladie à virus Ebola effectuées dans la Région vers la fin de 2014 et le début de 2015 avaient mis à jour des lacunes considérables concernant la capacité des pays à assurer le suivi efficace et le dépistage des menaces sanitaires émergentes et leur capacité de riposte. Les Membres ont souligné la nécessité d'accroître les ressources financières et, dans certains pays, de renforcer la législation pour satisfaire aux conditions essentielles d'application des principales capacités, surtout pour les points d'entrée. Le Comité régional a décidé de mettre en place une commission d'évaluation régionale indépendante composée d'experts des États Parties de la Région et du Secrétariat pour évaluer l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région et conseiller les États Membres sur des questions liées à la mise en œuvre des principales capacités nationales.[1] Il a instamment invité les États Membres à effectuer une évaluation objective de l'application du Règlement avec l'appui de l'OMS et à rendre compte chaque année des progrès réalisés à la commission d'évaluation régionale en recourant à un instrument harmonisé et à une méthodologie standardisée.

Des objectifs du Millénaire pour le développement aux objectifs de développement durable du Programme de développement durable à l'horizon 2030

100. Le Comité a examiné les nouveaux objectifs de développement durable en relevant qu'ils offraient l'occasion d'intervenir sur le plan multisectoriel contre les déterminants sociaux de la santé et d'inclure la santé dans toutes les politiques. Il a relevé qu'il faudrait analyser la situation dans chaque pays ainsi que les structures et les mécanismes, notamment les mécanismes de coordination et de suivi multisectoriels, afin d'élaborer des plans d'action régionaux et nationaux et d'en assurer la mise en œuvre. Il a été reconnu que les stratégies et plans d'action existants relatifs aux cibles de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) restaient d'actualité et devaient être harmonisés et alignés sur les nouvelles cibles de cet objectif.

Mise en œuvre de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

101. Le Comité régional a examiné la mise en œuvre de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et le suivi de la question. Il a reconnu qu'il fallait une approche multisectorielle associant les ministères et les organismes au-delà du ministère de la santé, ainsi qu'un appui technique accru du Secrétariat en faveur d'une collaboration et d'un renforcement des capacités dans des domaines traditionnellement extérieurs au secteur de la santé comme la fiscalité du tabac. Il a soulevé le problème particulier dans la Région de la lutte contre les maladies non transmissibles chez les réfugiés et les personnes déplacées sur le plan interne et a estimé que ces facteurs devaient être pris en considération en suivant les progrès accomplis concernant les indicateurs. Le Comité a instamment invité les États Membres à vouer l'attention nécessaire à la cible de l'objectif 3 de développement durable sur les maladies non transmissibles et a continué à considérer comme prioritaire en 2015

[1] Résolution EM/RC62/R.3.

et 2016 la mise en œuvre des quatre engagements concernant les États Membres avec des délais précis qui figurent dans le document final de 2014 et les mesures figurant dans le cadre d'action régional. Le Comité a prié le Directeur général de finaliser l'action du Secrétariat pour mettre à jour les meilleures options avant la fin de 2016 sur la base des connaissances scientifiques les plus récentes, des éléments d'information disponibles et d'un examen de l'expérience internationale, et a notamment prié le Directeur régional d'organiser une séance d'information technique lors de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé pour informer les États Membres des progrès réalisés par les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale dans la mise en œuvre des engagements nationaux inclus dans la Déclaration politique de 2011.[1]

Préparation et riposte aux situations d'urgence

102. Le Comité a mis l'accent sur les problèmes posés par les catastrophes naturelles dans la Région, qui nécessitent la collaboration de tous les secteurs, et notamment des forces de sécurité. Il a souligné l'importance que revêt l'adoption d'une approche de la préparation aux situations d'urgence et de la riposte qui envisage l'ensemble des risques et la nécessité d'améliorer la capacité des laboratoires de santé publique. Il a examiné la restructuration des fonctions régionales de préparation aux situations d'urgence et de riposte, et s'est félicité des efforts récemment consentis par l'OMS pour renforcer la capacité de faire face à l'ampleur croissante des situations d'urgence et des crises humanitaires dans la Région.[2] Le Comité a noté qu'il fallait tirer les enseignements voulus pour améliorer la riposte aux situations d'urgence et vouer une attention encore accrue aux efforts de préparation dans la Région.

Examen de l'enseignement médical : enjeux, priorités et cadre d'action

103. Le Comité a souligné le manque de communication avec les autres secteurs, notamment les ministères de l'enseignement supérieur, qui constituait un obstacle majeur au renforcement de l'enseignement médical dans la Région. Il a souligné l'importance de l'agrément mais a relevé qu'il s'agissait là d'un processus long et coûteux nécessitant le maintien de l'appui de l'OMS. Il a également mis l'accent sur le fait qu'il ne serait pas possible de transformer l'enseignement médical sans un changement radical des programmes d'études reflétant les besoins actuels. Il a relevé qu'une bonne gestion et des modèles institutionnels efficaces sont nécessaires pour l'enseignement médical. Les représentants ont demandé l'appui et les conseils du Secrétariat dans les domaines des normes et des critères applicables aux écoles de médecine, de la mise au point des systèmes de formation continue en médecine, de la réforme des programmes d'études et de la fidélisation du personnel médical. Le Comité a approuvé le cadre d'action régional sur l'enseignement médical et a instamment invité les États Membres à l'utiliser pour guider la mise en œuvre des feuilles de route nationales pour la réforme de l'enseignement médical.[3] Il a également prié le Directeur régional d'organiser une réunion régionale de haut niveau entre les ministères de la santé et les ministères de l'enseignement supérieur pour atteindre le plus haut niveau de coordination et de collaboration requis en vue de la mise en œuvre efficace du cadre régional sur l'enseignement médical.

[1] Résolution EM/RC62/R.2.

[2] Résolution EM/RC62/R.1.

[3] Résolution EM/RC62/R.4

Intensifier les soins de santé mentale : cadre d'action

104. Le Comité a reconnu l'importance des investissements en faveur de la promotion de la santé mentale et la prévention et la prise en charge des troubles mentaux pour atteindre les objectifs de développement durable, tout en étant conscient que la situation dans la Région contribue à des taux accrus de troubles mentaux. Il a exprimé son soutien en faveur de l'élaboration de plans nationaux de santé mentale et de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires. Il a souligné qu'il fallait se préoccuper de la santé mentale dans les situations d'urgence, et notamment des services destinés aux réfugiés et aux personnes déplacées, de la santé mentale de l'enfant et de la stigmatisation des troubles mentaux ainsi que du renforcement des mesures contre l'abus de substances psychoactives. Le Comité a approuvé le cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale et a instamment invité les États Membres à mettre en œuvre les interventions stratégiques dans les quatre domaines du cadre régional (gouvernance, prévention, soins de santé et surveillance).[1]

Hépatite virale : prévention et lutte

105. Le Comité a soulevé plusieurs questions concernant l'hépatite virale, notamment le problème du coût du traitement et les préoccupations éthiques qui lui sont liées. Il a demandé au Secrétariat d'apporter un appui technique aux pays pour qu'ils puissent procéder à des évaluations de la prévalence et d'élaborer des plans nationaux pour atteindre les cibles pour 2030.

Le point sur l'éradication de la poliomyélite dans la Région

106. Le Comité a fait le point de la situation dans la Région concernant notamment la mise en œuvre des plans d'action d'urgence nationaux en Afghanistan et au Pakistan. Il a noté que, malgré les signes encourageants enregistrés en 2015, des problèmes restent à surmonter pour interrompre la transmission en 2016. Le Comité a fait part de son inquiétude concernant la disponibilité d'un vaccin antipoliomyélitique oral bivalent de bonne qualité pour répondre à la demande consécutive à l'abandon du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent. Il a également exprimé ses préoccupations devant les difficultés qui entravent les efforts d'éradication en raison de la situation d'urgence dans plusieurs États Membres et a proposé que les efforts entrepris aux frontières pour éviter la transmission du poliovirus soient étendus à l'intérieur des provinces.

[1] Résolution EM/RC62/R.5.

Soixante-sixième session du Comité régional OMS du Pacifique occidental, Guam (États-Unis d'Amérique), 12-16 octobre 2015

Rapport de synthèse du Président (M. James Gillan, Directeur, Department of Public Health and Social Services, Guam, États-Unis d'Amérique)

PARTIE 1 : QUESTIONS D'INTÉRÊT MONDIAL

Projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants

107. Dans la Région du Pacifique occidental, la violence interpersonnelle, les traumatismes de l'enfant et les traumatismes liés aux accidents de la route sont depuis longtemps considérés comme des questions prioritaires. Depuis que le Comité régional a adopté une résolution en 2012 (WPR/RC63.R3) préconisant un renforcement de l'action sur la violence et les traumatismes, on a tenu compte des expériences et des consultations dans les États Membres et entre eux pour l'élaboration du plan d'action régional. Au cours de sa session, le Comité régional a approuvé le plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020) (WPR/RC66.R4).

108. Les représentants ont salué l'importance accordée aux groupes vulnérables comme les femmes, les enfants et les handicapés dans le plan régional. Le Secrétariat a souligné son engagement à donner suite aux recommandations de plusieurs représentants pour que le texte mette davantage l'accent sur les facteurs sexospécifiques de risque de violence et de traumatismes.

109. Concernant les préoccupations particulières à la Région, le plan d'action régional complète la mise en œuvre du Plan mondial pour la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 et le projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants.

110. Le plan régional contribuera aussi à orienter les États Membres en vue de la réalisation des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030, et plus particulièrement des objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 16 (Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous).

Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale

111. Le Comité régional comprenait la gravité du problème posé par l'hépatite virale, la Région ayant à supporter à elle seule la moitié de la charge mondiale et 40 % de la mortalité mondiale due à cette maladie. Depuis 2003, il a adopté trois résolutions sur la vaccination contre l'hépatite B et les efforts consentis en conséquence ont porté leurs fruits : la Région, dans son ensemble, a atteint l'objectif d'une prévalence de l'hépatite B chronique inférieure à 2 % chez l'enfant de moins de cinq ans et elle est en bonne voie d'atteindre l'objectif plus ambitieux de 1 % d'ici à 2017. Désormais, avec l'arrivée de nouveaux médicaments et de meilleures possibilités concernant les prix – le plan régional doit s'intéresser aux millions de personnes de la Région vivant avec une hépatite chronique et le risque de cirrhose.

112. Les États Membres ont salué la réaction du Bureau régional et le Comité régional a adopté le plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020 (résolution WPR/RC66.R1).

113. Le plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020 est en harmonie avec le projet de plan mondial qui sera examiné à la cent trente-huitième session du Conseil exécutif. Dès que la version finale du plan mondial aura été établie, le Secrétariat a assuré les États Membres que tous les points supplémentaires seront incorporés aux efforts régionaux dans l'optique d'une rationalisation des systèmes de notification.

Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé

114. Le vieillissement est rapidement en train de modifier la structure démographique dans la Région. Les expériences des pays ont contribué à l'élaboration du cadre régional d'action sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019), approuvé par le Comité régional à sa soixante-quatrième session en octobre 2013 (résolution WPR/RC64.R3). Au cours de la session du Comité, le Secrétariat a présenté un rapport de situation sur le vieillissement en bonne santé et les représentants ont fait part des faits nouveaux intervenus au niveau national. Le cadre régional comporte quatre piliers et s'attache à réorienter les systèmes de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées – un problème fondamental au niveau mondial en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

115. L'expérience de la Région du Pacifique occidental offre des leçons pouvant servir à l'élaboration de la politique et de la planification au niveau mondial. Les États Membres et les parties prenantes dans la Région échangent leurs données d'expérience – en utilisant parfois un mécanisme de consultation en ligne – pour contribuer à la mise au point du projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé que le Secrétariat élabore au Siège.

Réforme de l'OMS

116. Les représentants ont examiné diverses questions concernant la réforme de l'OMS, notamment la collaboration avec les acteurs non étatiques, l'allocation stratégique des volants budgétaires et la gouvernance – plus particulièrement en ce qui concerne l'établissement de l'ordre du jour du Comité régional.

117. **Acteurs non étatiques.** Le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques intéresse tous les États Membres. Plusieurs représentants ont vivement appuyé le cadre, tout en exprimant leurs préoccupations devant la lenteur de son élaboration. La question revêt une importance particulière au regard de la proportion énorme des ressources consacrées à la santé dans le secteur privé et dans l'industrie alimentaire, ainsi qu'aux médicaments. On a fait observer que l'OMS devrait désigner des acteurs non étatiques appropriés de cas en cas, en suivant des procédures transparentes applicables au détachement d'experts de différents secteurs sociaux.

118. **Allocation stratégique des volants budgétaires.** Un représentant a présenté un exposé détaillé sur le mécanisme retenu pour déterminer l'allocation stratégique des volants budgétaires. Les représentants ont exprimé leur reconnaissance à la Chine et à la Malaisie qui ont représenté la Région au groupe de travail chargé de l'allocation stratégique des volants budgétaires. Ils ont estimé que les principes généraux de l'allocation stratégique des volants budgétaires étaient acceptables de même que

la nouvelle méthodologie. La proportion de l'allocation régionale étant appelée à diminuer de 30 % au cours des six à huit prochaines années, l'impact des réductions des volants budgétaires devrait être évalué en permanence au cours de cette période.

119. **Gouvernance.** Un représentant a présenté un rapport au Comité régional sur les activités du groupe de travail de l'OMS sur la réforme de la gouvernance, notamment les méthodes de travail des organes directeurs et leur alignement à l'échelle de l'Organisation. Un autre représentant a recommandé que le Secrétariat précise plus clairement le fonctionnement aux trois niveaux – pays, Régions et Siège – et rediffuse un code de pratique sur la répartition des rôles qui contribuerait à améliorer la communication au sein de l'Organisation, notamment au niveau des pays.

120. Il a été proposé d'établir à l'intention des représentants aux réunions des organes directeurs un code de pratiques qui serait fondé sur les meilleures pratiques comme l'utilisation d'un minuteur pour les interventions limitées à trois minutes (comme cela se fait au Siège).

121. **Établissement de l'ordre du jour.** La procédure actuelle régissant l'établissement de l'ordre du jour du Comité régional est régie par le Règlement intérieur du Comité régional du Pacifique occidental et elle est semblable à celle des autres Régions. Pour donner suite aux demandes des États Membres souhaitant davantage de transparence, de responsabilisation et de réactivité, une proposition d'amendement de la procédure a été présentée et approuvée par les représentants.

122. Cette proposition comporte deux éléments. Tout d'abord à chaque session annuelle, le Comité régional examinerait les points à inscrire à l'ordre du jour provisoire de la session de l'année suivante. Ensuite, le Directeur régional aurait un échange de vue informel sur l'ordre du jour provisoire avec les membres du Conseil exécutif de la Région en marge de la session de janvier du Conseil.

123. Des représentants ont également fait des suggestions concernant : la création d'un comité informel et « virtuel » concernant l'établissement de l'ordre du jour provisoire, qui pourrait être convoqué par vidéoconférence ou téléconférence ; des mécanismes permettant des échanges supplémentaires avec les États Membres après l'Assemblée mondiale de la Santé ; et un ordre du jour « glissant » sur une plus longue période pour renforcer la planification stratégique. Il a été convenu de poursuivre l'étude de la question avec une mise à jour sur l'appui aux pays et sur les points qui pourraient être examinés dans le cadre du point consacré à la coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional inscrit à l'ordre du jour de chaque session.

Flambée de maladie à virus Ebola 2014 : suivi de la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola

124. Des discussions détaillées sur la maladie à virus Ebola dans le contexte plus large des flambées de maladies émergentes et des urgences de santé publique se sont déroulées en plénière – couvrant le rapport du Directeur régional, un rapport de situation sur le Règlement sanitaire international (2005) et la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (APSED) – et dans le cadre d'une manifestation sur la sécurité sanitaire organisée en marge de la session du Comité régional par l'OMS, les États-Unis d'Amérique et la République de Corée.

125. L'évaluation de la mise en œuvre de cette stratégie de lutte a permis de conclure que des difficultés subsistent malgré les succès retentissants qu'elle a permis d'obtenir dans l'application du Règlement sanitaire international. La Région s'est engagée en faveur d'un mécanisme plus sérieux pour le suivi et l'évaluation de l'application du Règlement. Les États Membres de la Région sont en

train de remplacer les autoévaluations effectuées sur la base de listes de vérification – appelant une réponse par oui ou par non – des principales capacités prévues par le Règlement par des dispositifs plus innovants et efficaces privilégiant la fonctionnalité des systèmes de sécurité sanitaire nationaux. Ces dispositifs peuvent comprendre des examens de flambées et des évaluations des capacités principales effectuées conjointement par les États Membres et le Secrétariat de l'OMS avec la participation d'experts extérieurs. La Région participe également aux efforts sur le plan mondial auxquels elle apporte son appui, notamment les travaux du Comité d'examen du Règlement sanitaire international et la réforme du rôle de l'Organisation en matière de flambées et de situations d'urgence.

126. Lors de la manifestation en marge des travaux du Comité régional consacrés à la sécurité sanitaire, on a échangé les enseignements tirés de la préparation et de la riposte concernant la maladie à virus Ebola et les flambées de syndrome respiratoire du Moyen-Orient, et le débat a porté sur la façon de renforcer la sécurité sanitaire dans la Région et dans le monde. Un représentant a également fait le point de la situation concernant le Programme mondial de sécurité sanitaire. Cette initiative donne à la Région une nouvelle occasion de renforcer encore les principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international. Les représentants ont également envisagé les moyens de mieux coordonner les activités de sécurité sanitaire dans la Région.

PARTIE 2 : QUESTIONS D'INTÉRÊT RÉGIONAL

Hépatite virale

127. La Région du Pacifique occidental a réalisé d'importants progrès dans le renforcement de la vaccination contre l'hépatite B, ce qui lui a permis d'atteindre le but d'une prévalence de l'hépatite B chronique inférieure à 2 % chez l'enfant de moins de cinq ans et d'être en passe d'atteindre la cible plus ambitieuse de 1 % d'ici à 2017.

128. Le Comité a toutefois reconnu la charge que continuent de supporter ceux qui vivent avec une hépatite chronique et le risque de cirrhose et d'hépatite B et C. Il a en outre reconnu l'utilité de l'élaboration d'un plan régional spécifique qui devrait être compatible avec le projet de plan en cours d'élaboration au Siège.

129. Après l'examen de la question, le Comité régional a approuvé le plan d'action régional contre l'hépatite virale dans le Pacifique occidental 2016-2020 (résolution WPR/RC66.R1).

Couverture sanitaire universelle

130. Au cours de la décennie écoulée, le Comité régional a approuvé six stratégies liées aux systèmes de santé, dont la plupart arrivent à échéance à fin 2015. Il ressort par ailleurs d'un examen complet effectué en 2013 qu'une approche pangouvernementale du développement du secteur de la santé est cruciale pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle. On a donc engagé un processus de consultation régional qui a abouti à l'élaboration du projet de cadre d'action régional.

131. À la suite d'une table ronde d'experts et de l'examen du projet de cadre en plénière, le Comité régional a approuvé le cadre d'action régional (résolution WPR/RC66.R2). Les États Membres ont été instamment invités à se servir du cadre pour établir leur propre feuille de route en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle en allouant des fonds suffisants pour mettre en œuvre les politiques nationales et les plans visant à progresser vers la couverture sanitaire universelle, qui contribuera à la réalisation des objectifs du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Tuberculose

132. La Région du Pacifique occidental a enregistré une réduction des deux tiers de la mortalité par tuberculose au cours des 25 dernières années. Malgré cela, la maladie continue à provoquer 100 000 décès annuels. Les efforts de lutte contre la tuberculose dans la Région se sont fondés sur la stratégie régionale Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2011-2015. En outre, l'expérience de la lutte contre la tuberculose dans la Région a contribué à l'élaboration de la Stratégie mondiale et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 (adoptée par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA67.1), également connue sous le nom de Stratégie Halte à la tuberculose.

133. Afin de faciliter l'adaptation des pays à la nouvelle Stratégie mondiale, le Bureau régional, en consultation avec les États Membres, a établi un projet de cadre d'action régional sur la mise en œuvre de la stratégie visant à mettre un terme à la tuberculose 2016-2020, examiné puis approuvé par le Comité régional (résolution WPR/RC66.R3).

Prévention de la violence et des traumatismes

134. Sensible au bilan de la violence et des traumatismes qui sont à l'origine de plus d'un million de décès annuels dans la Région du Pacifique occidental, le Comité régional avait adopté en 2012 la résolution WPR/RC63.R3 sur la prévention de la violence et des traumatismes, qui a contribué à orienter le renforcement de l'action sur la question. La résolution a également conduit à de larges consultations entre 2013 et 2015 en vue de l'élaboration d'un projet de plan d'action régional pour la période 2016-2020. Le Comité a examiné le projet puis approuvé le plan d'action régional pour la prévention de la violence et des traumatismes dans le Pacifique occidental (2016-2020) dans sa résolution WPR/RC66.R4.

135. Le plan régional est en harmonie avec le projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé face à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants, dont le Secrétariat poursuit l'élaboration. Il vise à orienter les États Membres en vue d'atteindre les objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 16 (Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous) du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Santé en milieu urbain

136. La Région du Pacifique occidental a peut-être connu un développement et une croissance économique plus rapides que toutes les autres Régions de l'Organisation. Ce phénomène a toutefois eu des conséquences imprévues, car de nombreuses agglomérations se sont étendues à un rythme dépassant leur capacité d'offrir l'infrastructure nécessaire en matière de logements sûrs, d'eau potable et d'assainissement adéquat. Certaines de ces questions ont été abordées par des initiatives comme les villes-santé et les îles-santé, mais le moment est venu de passer d'une approche cloisonnée à une approche pansystémique afin d'atteindre les objectifs 3 (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et 11 (Faire en sorte que les villes soient ouvertes à tous, sûres, résilientes et durables) du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

137. Afin de relever ces défis, le Bureau régional a engagé de larges consultations avec les États Membres en vue d'élaborer un projet de cadre régional pour la santé urbaine dans le Pacifique occidental 2016-2020 : des villes saines et résilientes, que le Comité a examiné puis approuvé (résolution WPR/RC66.R5).

= = =