



**COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL
SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION
Manille (Philippines)
13-17 octobre 2014**

RAPPORT FINAL DU COMITÉ RÉGIONAL

**Manille
janvier 2015**

AVANT-PROPOS

La soixante-cinquième session du Comité régional pour le Pacifique occidental s'est tenue à Manille (Philippines), du 13 au 17 octobre 2014. Le Dr Enrique T. Ona (Philippines) et M. Michael Malabag (Papouasie-Nouvelle-Guinée) ont été élus respectivement Président et Vice-Président. Le Dr Eiji Hinoshita (Japon) et M. Mazyar Taheri (France) ont été élus Rapporteurs.

Le rapport de la réunion constitue la partie III de ce document, pages 11 à 43.

TABLE DES MATIÈRES

	page
PARTIE I – INTRODUCTION	1
PARTIE II – RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL	2
<u>RÉSOLUTIONS</u>	
WPR/RC65.R1 Avant-projet de budget programme 2016-2017	2
WPR/RC65.R2 Initiative pour un monde sans tabac	3
WPR/RC65.R3 Santé mentale	4
WPR/RC65.R4 Résistance aux antimicrobiens	5
WPR/RC65.R5 Programme élargi de vaccination	6
WPR/RC65.R6 Situations d'urgence et catastrophes	7
WPR/RC65.R7 Soixante-sixième session du Comité régional	9
WPR/RC65.R8 Motion de remerciements	9
<u>DÉCISIONS</u>	
WPR/RC65(1) Budget programme 2012-2013 : exécution du budget (rapport final)..	10
WPR/RC65(2) Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : composition du Comité des politiques et de la coordination	10
WPR/RC65(3) Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : composition du Conseil conjoint de coordination	10
PARTIE III – RAPPORT DE LA RÉUNION	11
ANNEXES:	
Annexe 1 Ordre du jour	45
Annexe 2 Liste des représentants	47
Annexe 3 Liste des organisations dont les représentants ont fait une déclaration au Comité régional	61
Annexe 4 Allocution du Président sortant à la séance d'ouverture	63
Annexe 5 Allocution du Directeur général à la séance d'ouverture	67
Annexe 6 Allocution du Directeur régional	71
Annexe 7 Allocution du Président entrant	79
Annexe 8 Discours de clôture du Président	83

I. INTRODUCTION

La soixante-cinquième session du Comité régional du Pacifique occidental s'est tenue à Manille (Philippines) du 13 au 17 octobre 2014, au Palais des Congrès des Philippines (Philippine International Convention Center).

Ont participé à cette session l'Australie, le Brunéi Darussalam, le Cambodge, la Chine, les Fidji, la RAS de Hong Kong (Chine), les Îles Cook, les Îles Marshall, le Japon, Kiribati, la Malaisie, les États fédérés de Micronésie, la Mongolie, Nauru, la Nouvelle-Zélande, les Palaos, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République de Corée, la République démocratique populaire lao, le Samoa, Singapour, les Tonga, Tuvalu, le Vanuatu et le Viet Nam. Les représentants de la France et des États-Unis d'Amérique ont également pris part à la session du Comité en leur qualité d'États Membres responsables de Territoires de la Région. Y ont également assisté des représentants de l'Agence internationale de l'énergie atomique, du Fonds des Nations Unies pour la population et de l'Organisation météorologique mondiale, de la Banque asiatique de développement, et du Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, des représentants de 29 Organisations non gouvernementales et des observateurs du Ministère philippin de la Santé, de l'Alliance Gavi, du Gouvernement des États-Unis et du Groupe d'examen indépendant d'experts.

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

La cérémonie d'ouverture a été marquée par une présentation culturelle et les allocutions du Président de la République des Philippines, du Secrétaire d'État à la Santé des Philippines, du Président sortant de la soixante-quatrième session du Comité régional, du Directeur exécutif du cabinet du Directeur général, au nom du Directeur général, et du Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. À la suite de la cérémonie d'ouverture, les représentants se sont rassemblés dans la salle de réunion (Summit Hall), où le Président a déclaré ouverte la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

À l'ouverture de la session, le Président sortant et le Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ont fait part de leurs observations. Le Directeur exécutif du cabinet du Directeur général de l'OMS a présenté au Comité régional l'allocution du Directeur général (voir annexes 4 et 5).

II. RÉOLUTIONS ET DÉCISIONS ADOPTÉES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL

WPR/RC65.R1 AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2016-2017

Le Comité régional,

Ayant examiné l'avant-projet de budget programme 2016-2017 élaboré grâce à une planification ascendante plus solide, axée sur les résultats ;

Reconnaissant les efforts que le Secrétariat a consentis pour accorder les priorités des États Membres avec les objectifs mondiaux en matière de résultats et d'impact, en recourant aux réseaux, par secteur de programme et par catégorie ;

Réaffirmant qu'il faut continuer de mettre l'accent sur les priorités de leadership et de mieux définir les rôles et les fonctions des trois niveaux de l'Organisation ;

Appréciant les efforts déployés par le Secrétariat pour maintenir un budget stable,

1. REMERCIE le Secrétariat de sa présentation complète de l'avant-projet de budget programme 2016-2017 à l'échelle de l'Organisation ;
2. SE FÉLICITE de la détermination du Secrétariat à continuer d'améliorer le budget programme dans le cadre de la réforme de l'OMS, y compris avec des résultats et des produits clairement définis en concertation avec les États Membres ;
3. PRIE le Directeur régional de :
 - 1) soumettre les observations du Comité régional relatives à l'avant-projet de budget programme 2016-2017 au Conseil exécutif pour un nouvel examen en janvier 2015 ;
 - 2) communiquer au Directeur général les observations du Comité régional sur les données d'expérience et les enseignements tirés de la planification du budget programme 2016-2017 en vue de continuer à y apporter des améliorations dans la perspective du budget programme 2018-2019.

Quatrième séance, 15 octobre 2014

WPR/RC65.R2 INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC

Le Comité régional,

Réaffirmant que la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac constitue le cadre de référence des activités visant à enrayer l'épidémie de tabagisme ;

Reconnaissant les progrès résultant de la mise en œuvre des précédents plans d'action régionaux et conscient de la nécessité de renforcer les efforts visant à accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac afin de combattre l'épidémie des maladies non transmissibles ;

Préoccupé par la charge des maladies imputables à l'usage du tabac et l'exposition à la fumée du tabac ;

Alarmé par l'augmentation du tabagisme chez les femmes et les filles et par la prolifération des produits sans fumée et les inhalateurs électroniques de nicotine,

1. APPROUVE le *Plan d'action régional relatif à l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019)* ;
2. EXHORTE les États Membres à :
 - 1) se servir du Plan d'action régional pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux de lutte antitabac ;
 - 2) garantir la disponibilité de capacités durables pour lutter contre le tabagisme ;
 - 3) continuer d'élaborer des instruments juridiques et des politiques d'application visant à faire respecter les dispositions de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment des mesures de protection contre toute ingérence de l'industrie du tabac ;
 - 4) faire participer différents secteurs de la société à la lutte antitabac ;
3. PRIE le Directeur régional de :
 - 1) fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre du plan d'action régional ;
 - 2) promouvoir la collaboration avec le secteur du commerce et les autres secteurs afin d'appuyer les politiques antitabac face à l'épidémie de maladies non transmissibles ;
 - 3) rendre compte au Comité régional, en 2017, des progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan d'action régional relatif à l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019)*.

WPR/RC65.R3 SANTÉ MENTALE

Le Comité régional,

Rappelant les résolutions WPR/RC52.R5 sur la *Stratégie régionale pour la santé mentale*, WHA65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé, du secteur social et des autres secteurs au niveau des pays, et WHA66.8 sur le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* ;

Reconnaissant qu'il est urgent de fournir, en matière de santé mentale, un accès équitable à des programmes efficaces et des interventions sanitaires intégrées ;

Constatant la dimension sociale de la santé mentale et la nécessité de démarches d'inclusion sociale faisant appel à l'ensemble des pouvoirs publics et de l'action multisectorielle ;

Reconnaissant l'importance des stratégies et des plans nationaux dans la prévention du suicide ;

Constatant avec inquiétude que des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux, comme les catastrophes naturelles et les urgences de santé publique, contribuent à accroître le risque de problèmes de santé mentale et la vulnérabilité face à ces problèmes,

1. APPROUVE le *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale (2013-2020) dans le Pacifique occidental* ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :
 - 1) intégrer la santé mentale dans les plans de santé nationaux ;
 - 2) élaborer et renforcer des programmes de santé mentale nationaux en se servant du *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, en fonction du contexte de chaque pays ;
 - 3) œuvrer avec les partenaires et les parties prenantes en vue d'améliorer la santé mentale dans la Région ;
3. PRIE le Directeur régional :
 - 1) d'apporter un soutien technique aux États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies, politiques, plans et programmes nationaux de santé mentale ;
 - 2) de promouvoir la collaboration et les partenariats régionaux en faveur de la santé mentale ;
 - 3) de rendre compte périodiquement au Comité régional des progrès accomplis dans l'application du *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental*.

WPR/RC65.R4 RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA67.25 et les résolutions régionales WPR/RC53.R5 et WPR/RC62.R3 sur la résistance aux antimicrobiens ;

Reconnaissant que la résistance aux antimicrobiens menace la pérennité de l'action de santé publique pour de nombreuses maladies transmissibles ;

Notant la progression de la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental, ce qui a accru la charge de morbidité et les coûts sanitaires et sociétaux ;

Conscient que la surconsommation et la mauvaise utilisation des agents antimicrobiens chez l'homme et chez l'animal favorisant fortement la résistance ;

Conscient du fait que la vente sans ordonnance et la vente non réglementée d'agents antibactériens sont courantes dans de nombreux États Membres et contribuent également à la résistance ;

Notant que les informations fiables sur l'ampleur et les tendances de l'usage des antimicrobiens et de la résistance aux antibiotiques sont insuffisantes dans la Région ;

Prenant note des engagements pris et de l'action menée sans relâche pour endiguer la résistance aux antimicrobiens, tout en reconnaissant qu'une action plus concertée des États Membres est nécessaire,

1. APPROUVE le *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental* ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :
 - 1) se servir du plan d'action régional pour élaborer des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens ;
 - 2) veiller à ce que des ressources humaines et financières suffisantes soient disponibles pour mener une action durable visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
3. PRIE le Directeur régional :
 - 1) de soutenir l'élaboration d'une plateforme régionale d'échange de données et d'analyses ;
 - 2) d'apporter un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre des stratégies visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens ;
 - 3) de promouvoir l'action multisectorielle et la collaboration pour contrôler l'utilisation des antimicrobiens ;

- 4) de rendre compte périodiquement au Comité régional des progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental*.

Quatrième séance, 15 octobre 2014

WPR/RC65.R5 PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

Le Comité régional,

Rappelant que le *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020* a été adopté en mai 2012 par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;

Reconnaissant qu'il est nécessaire de poursuivre et d'intensifier les efforts visant à atteindre les objectifs de vaccination régionaux et mondiaux, soit l'élimination de la rougeole, l'accélération de la lutte contre l'hépatite B, le maintien du statut exempt de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, l'élimination de la rubéole et l'introduction de nouveaux vaccins ;

Reconnaissant la nécessité pour les pays de prendre des décisions éclairées sur l'introduction de nouveaux vaccins ;

Notant que l'encéphalite japonaise est une cause majeure d'encéphalite en Asie, et que la vaccination est le moyen de lutte le plus efficace ;

Reconnaissant les efforts que les pays accomplissent pour atteindre les populations défavorisées et accroître la couverture de la vaccination,

1. APPROUVE le *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental* et ses objectifs en matière de vaccination ;
2. INVITE INSTAMMENT les États Membres à :
 - 1) mettre en œuvre les stratégies du *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental* en vue d'atteindre les objectifs de vaccination et de renforcer les programmes nationaux ;
 - 2) s'engager à affecter to des ressources suffisantes pour atteindre les objectifs de vaccination ;
 - 3) suivre l'avancement du processus.
3. PRIE le Directeur régional de :
 - 1) continuer à soutenir les États Membres dans les efforts qu'ils déploient pour mettre en œuvre le *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*, comme souligné dans le cadre régional ;

- 2) poursuivre les efforts de sensibilisation et de mobilisation des ressources au titre des huit objectifs de vaccination du Cadre régional.
- 3) rendre compte périodiquement au Comité régional des progrès accomplis.

Sixième séance, 16 octobre 2014

WPR/RC65.R6 SITUATIONS D'URGENCE ET CATASTROPHES

Le Comité régional,

Reconnaissant que la Région du Pacifique occidental subit une part disproportionnée des situations d'urgence et des catastrophes, qui entraînent la perte tragique de vies humaines et de graves conséquences sanitaires, sociales et économiques ;

Réaffirmant la nécessité de protéger la santé, la sécurité et le bien-être des populations et de renforcer les systèmes de santé pour réduire au minimum les conséquences des catastrophes, y compris l'impact du changement climatique ;

Reconnaissant le rôle du secteur de la santé pour répondre à la croissance des besoins sanitaires en période de crise humanitaire, et conscient des débats sur le cadre de réduction des risques de catastrophe pour l'après-2015 et le programme de développement pour l'après-2015 ;

Rappelant les débats sur les situations d'urgence et les catastrophes durant la soixante-deuxième session du Comité régional du Pacifique occidental, qui ont souligné l'importance des activités de préparation et de relèvement en cas de catastrophe, dans le secteur de la santé ;

Notant que les États Membres ont pris des mesures visant à réduire au minimum la mortalité et la morbidité au moyen de la prévention et de l'intervention en cas de catastrophe ;

Considérant qu'il est nécessaire de continuer à investir dans la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes afin de renforcer les systèmes de prévention, de préparation, d'intervention et de relèvement,

1. APPROUVE le *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes* ;
2. ENGAGE les États Membres à :
 - 1) élaborer, mettre à jour et appliquer les mesures nationales prioritaires relatives à la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes, conformément au *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes* ;
 - 2) collaborer avec l'ensemble des secteurs au renforcement des capacités nationales et à l'augmentation des investissements techniques et financiers, de façon à garantir la mise en œuvre du Cadre d'action régional ;

3. PRIE le Directeur régional de :
- 1) fournir un appui technique à la mise en œuvre du cadre d'action régional ;
 - 2) promouvoir la collaboration et les partenariats pour appuyer la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes ;
 - 3) rendre compte périodiquement au Comité régional des progrès accomplis dans la mise en œuvre du *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes*.

Sixième séance, 16 octobre 2014

WPR/RC65.R7 SOIXANTE-SIXIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional,

1. SE FÉLICITE de l'invitation des représentants des États-Unis d'Amérique, qui ont proposé d'accueillir à Guam le Comité du Pacifique occidental pour sa soixante-sixième session ;
2. DÉCIDE que la soixante-sixième session se tiendra du 12 au 16 octobre 2015 ;
3. REMERCIE le Gouvernement des États-Unis d'Amérique d'avoir proposé d'accueillir, en 2015, le Comité régional du Pacifique occidental pour sa soixante-sixième session.

Sixième séance, 16 octobre 2014

WPR/RC65.R8 MOTION DE REMERCIEMENTS

Le Comité régional,

EXPRIME sa gratitude et ses remerciements :

1. au Gouvernement des Philippines pour :
 - a) avoir accueilli le Comité régional du Pacifique occidental à l'occasion de sa soixante-cinquième session ;
 - b) la qualité remarquable de l'organisation et des installations qui ont été mises à sa disposition ;
 - c) la cérémonie d'ouverture accueillante et l'hospitalité qui lui a été offerte durant toute la manifestation ;
2. au Président, au Vice-Président et aux Rapporteurs élus par le Comité ;
3. aux représentants des organisations intergouvernementales et non gouvernementales pour leurs déclarations orales et écrites.

Sixième séance, 16 octobre 2014

DÉCISIONS**WPR/RC65(1) BUDGET PROGRAMME 2012-2013 : EXÉCUTION DU BUDGET
(RAPPORT FINAL)**

Le Comité régional, ayant examiné le rapport final du Directeur régional sur l'exécution du budget pour l'exercice biennal 2012-2013, a noté avec satisfaction le niveau élevé d'exécution du budget programme en termes financiers.

Deuxième séance, 14 octobre 2014

**WPR/RC65(2) PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE, DE DÉVELOPPEMENT ET
DE FORMATION À LA RECHERCHE EN REPRODUCTION
HUMAINE : COMPOSITION DU COMITÉ DES POLITIQUES ET DE LA
COORDINATION**

Le Comité régional, notant que le mandat du représentant du Gouvernement du Viet Nam, en qualité de membre, dans la catégorie 2, du Comité des politiques et de la coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, expire le 31 décembre 2014, choisit la République de Corée pour désigner un représentant qui siègera au Comité des politiques et de la coordination pour une période de trois ans, allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017.

Sixième séance, 16 octobre 2014

**WPR/RC65(3) PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION
CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : COMPOSITION DU
CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION**

Le Comité régional, notant que le mandat du représentant du Gouvernement de la République démocratique populaire lao en qualité de membre du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales expire le 31 décembre 2014, choisit la République des Fidji pour désigner un représentant qui siègera au Conseil conjoint de coordination pour une période de quatre ans, commençant le 1^{er} janvier 2015.

Sixième séance, 16 octobre 2014

III. RAPPORT DE LA RÉUNION

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

1. La soixante-cinquième session du Comité régional pour le Pacifique occidental, qui s'est tenue au Palais des Congrès des Philippines (Philippine International Convention Center), Manille (Philippines), du 13 au 17 octobre 2014, est déclarée ouverte par le Président de la soixante-quatrième session.

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

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

Président :	Dr Enrique T. Ona, Secrétaire d'État au Département de la Santé (Philippines)
Vice-Président :	M. Michael Malabag, Ministre de la Santé (Papouasie-Nouvelle-Guinée)
Rapporteurs:	
de langue anglaise	Dr Eiji Hinoshita, Directeur, Bureau de la coopération internationale, Division des affaires internationales, Secrétariat du Ministre, Ministère de la santé, du travail et du bien-être (Japon)
de langue française	M. Mazyar Taheri, Délégation aux affaires européennes et internationales, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (France)

ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR : Point 5 de l'ordre du jour provisoire (document WPR/RC65/1)

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

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

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

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

5. Le Directeur général n'est pas en mesure d'assister au Comité régional en personne. Son allocution a été présentée au Comité régional par le Dr Ian Smith, Directeur exécutif du cabinet du Directeur général (voir annexe 5).

ALLOCUTION ET RAPPORT DU DIRECTEUR RÉGIONAL : Point 7 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/2)

6. Le Directeur régional s'adresse au Comité régional. La version intégrale de son allocution est présentée à l'annexe 6 du présent rapport.

7. Le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence a présenté de nouveaux éléments d'information technique sur le niveau de préparation face à l'épidémie de maladie à virus Ebola dans la région du Pacifique occidental. Le virus Ebola faisait peser une lourde menace sur la sécurité sanitaire de tous les pays. La situation en Afrique de l'Ouest était grave et rien ne donnait à penser que la maladie était maîtrisée. Le risque d'importation n'était certes pas élevé dans la Région

mais si ce risque se matérialisait, les conséquences en seraient très lourdes. La riposte au virus Ebola dans la Région s'articulait autour de deux axes : participation à la solidarité mondiale et renforcement de la capacité d'intervention dans la Région. L'intervention de l'OMS visant à répondre aux énormes besoins de l'Afrique de l'Ouest en ressources humaines, matérielles et financières était sous-tendue par la feuille de route de l'Organisation élaborée pour les neuf prochains mois en vue de prévenir la propagation du virus Ebola d'ici à mai 2015. Au-delà de ces efforts, une action faisant appel à la société dans son ensemble était nécessaire, de même que la contribution du système des Nations Unies tout entier par le biais de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). Le Bureau régional du Pacifique occidental collaborait étroitement avec les États Membres dans les trois domaines d'activité suivants : apport d'un appui à l'action mondiale menée en Afrique de l'Ouest ; renforcement des capacités des États Membres de la Région pour détecter et combattre la maladie ; renforcement des moyens dont disposent le Secrétariat pour offrir un appui aux États Membres. En dépit d'une capacité d'intervention satisfaisante dans l'ensemble, une récente enquête régionale avait révélé quelques lacunes préoccupantes.

8. Les représentants ont exprimé leur soutien au rapport du Directeur régional et à son rôle de dirigeant, ainsi qu'à l'intense travail réalisé par le personnel du Bureau régional. Plusieurs intervenants ont appuyé les quatre principes énoncés dans le rapport susmentionné, qui président à l'action menée dans la Région, ainsi que la nouvelle approche adaptée à chacun des pays concernés. L'accent était mis sur les efforts consentis par l'Organisation pour veiller à ce que la santé fasse partie intégrante du programme de développement pour l'après-2015.

9. Bon nombre de représentants ont exprimé leurs sympathies à l'égard des pays de l'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie de maladie à virus Ebola. Celle-ci constituait une grave menace, un problème mondial appelant une action mondiale. Plusieurs intervenants ont fait référence à l'importance revêtue par la solidarité mondiale dans le cadre de la riposte et fait savoir que leurs pays respectifs contribuaient à l'effort collectif en dépêchant des agents sanitaires, du matériel et des ressources financières. Un représentant a toutefois souligné qu'en dépit des engagements pris par les pays de la Région, dont il y avait tout lieu de se féliciter, il était nécessaire de pouvoir disposer d'un plus grand nombre de travailleurs de la santé si l'on voulait mettre un terme définitif à la flambée épidémique. Un autre intervenant a fait observer qu'eu égard au virus Ebola ou à d'autres nouvelles maladies infectieuses, l'OMS se devait de jouer un rôle à la fois plus visible et plus affirmé dans la prestation de conseils sur l'échange d'informations parmi les États Membres.

10. En ce qui concerne les maladies transmissibles, le Bureau régional a reçu des remerciements pour son aide dans la lutte contre la dengue et le virus du Chikungunya et son appui à l'élaboration de politiques en matière de tuberculose, de paludisme et de VIH/sida. Les efforts consentis pour faciliter l'adoption d'une démarche intersectorielle, ainsi que la formation de partenariats avec la société civile en vue de lutter contre les infections sexuellement transmissibles ont été salués, de même que la *Stratégie régionale Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental (2011-2015)*. Les représentants ont évoqué les succès remportés contre la polio et la rougeole au niveau des pays, et rappelé que la Région était certifiée exempte de poliomyélite depuis 2000 et progressait sur la voie de l'élimination de la rougeole. Les questions transfrontalières et interrégionales associées aux maladies transmissibles traditionnelles, telles que la résistance du paludisme aux médicaments, ne devaient pas être oubliées dans l'action menée pour prévenir et maîtriser les nouvelles infections, telles que la maladie à virus Ebola, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient et l'infection humaine par le virus H7N9. Une représentante a indiqué que son pays avait encore besoin d'assistance pour lutter contre la lèpre et l'hépatite B. Un autre représentant a fait état de progrès encourageants pour ce qui concerne l'immunisation, la maîtrise des maladies à transmission vectorielle et les efforts déployés pour lutter contre la résistance à l'artémisinine dans la sous-région du Grand Mékong, tout en indiquant qu'il restait encore beaucoup à faire.

11. Plusieurs représentants ont évoqué les efforts consentis par l'Organisation dans les interventions d'urgence. Il convenait de remercier aussi bien le Bureau régional que les États Membres de l'aide qu'ils avaient apportée après le passage du typhon Haiyan aux Philippines et à la suite des inondations qui avaient récemment frappé les Îles Salomon. La démarche adoptée par la Région pour faire face à ces situations d'urgence a été saluée.

12. Un certain nombre de représentants ont évoqué, au cours de la session, les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) (RSI (2005)). L'épidémie d'Ebola avait clairement montré combien la notion de sécurité sanitaire universelle conservait toute son importance

13. Bon nombre de représentants ont présenté leurs observations sur les maladies non transmissibles (MNT) et la santé à toutes les étapes de la vie. L'évolution des modes de vie avait des répercussions de plus en plus graves sur les MNT et la santé mentale, et les pays ont fait état des efforts qu'ils déploient pour améliorer la prévention et la maîtrise desdites maladies. L'OMS a été félicitée pour son rôle de chef de file et l'action qu'elle mène contre les MNT, y compris l'appui qu'elle apporte au renforcement des capacités. Les représentants ont souligné à quel point il importait de lutter contre le tabagisme, l'une des causes majeures de MNT. Les intervenants ont souligné l'importance revêtue par le soutien que l'OMS apportait à la formulation d'un système de contrôle réglementaire et d'une législation commerciale sur le tabac, notamment des lois fiscales. Le projet de *Plan d'action régional relatif à l'Initiative pour un monde sans tabac dans le Pacifique occidental (2015-2019)* a recueilli le soutien des représentants. L'un d'entre eux a, toutefois, déclaré qu'il fallait de toute urgence prendre de nouvelles mesures à cet effet et que les États Membres devaient prendre garde à l'incidence que pouvaient avoir sur la santé des accords commerciaux intersectoriels, qui auraient pour effet de limiter la marge d'action nationale. Pour ce qui est de la santé à toutes les étapes de la vie, un représentant a fait observer que son pays était loin d'avoir atteint les objectifs du Millénaire pour le développement, en dépit de l'appui qu'il avait reçu de l'OMS. Un autre a fait part de son appui au projet de *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental*. Il a souligné combien il fallait pouvoir compter sur la participation de la société et reconnaître qu'il était nécessaire de dépasser la dimension strictement sanitaire de la santé mentale.

14. Plusieurs représentants ont formulé des observations sur les systèmes de santé, exprimant leur appui à leur renforcement aux fins de la couverture sanitaire universelle, en s'engageant notamment à améliorer les soins de santé primaires, ce qui était économiquement rationnel et contribuait à la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Un intervenant a indiqué que la couverture sanitaire universelle était indispensable pour permettre à tous les patients souffrant de MNT d'accéder à des services sans avoir à assumer une lourde charge financière. Un autre espérait que le précieux *Cadre d'action sur les ressources humaines pour la santé dans la Région du Pacifique occidental (2011-2015)* serait renforcé au moyen de stratégies facilitant le recrutement de personnels de santé compétents à tous les niveaux. Le renforcement des systèmes de santé devrait être mené en collaboration avec le Bureau régional et sous sa direction.

15. En réponse aux observations des représentants, le Directeur régional a déclaré que la situation en Afrique de l'Ouest était très grave et qu'elle représentait une menace pour tous. Il a remercié les États Membres de leur appui aux pays touchés par le virus Ebola, ajoutant que la Région devait impérativement mener des activités de planification préalable, compte tenu des graves conséquences que pourrait avoir l'importation de cas. Le Bureau régional collaborerait étroitement avec les États Membres afin de mettre à leur disposition des informations et d'appuyer leurs activités de préparation en cas de crise.

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

16. Le Président de la soixante-cinquième session du Comité régionale a passé en revue les points à l'ordre du jour, notant que la Région du Pacifique occidental était une sorte d'épicentre des catastrophes naturelles, ainsi que l'avait clairement montré le typhon Haiyan en 2013. À cette occasion, l'OMS avait coordonné l'acheminement de l'aide internationale aux Philippines par l'entremise du Bureau régional et du Bureau national. L'épidémie du virus Ebola soulignait combien il importait de renforcer la capacité d'ensemble des systèmes et des infrastructures sanitaires au niveau national. Face à la lourde charge des maladies non transmissibles, il était devenu indispensable d'adapter les infrastructures existantes de façon à relever les nouveaux défis en matière de santé publique, tels que l'hypertension, le diabète, le cancer et les accidents cérébrovasculaires.

BUDGET PROGRAMME 2012-2013 : EXÉCUTION DU BUDGET (RAPPORT FINAL) : Point 8 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/3)

17. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a présenté le rapport final des contributions fixées et des contributions volontaires pour l'exercice biennal 2012-2013, ventilées par source de financement, objectif stratégique, centre budgétaire et catégorie de dépenses. Le montant définitif des crédits alloués s'était élevé, à la fin de l'exercice biennal, à 76,3 millions de dollars pour les contributions fixées et à 214,4 millions de dollars pour les contributions volontaires. Le déficit total de financement entre le montant définitif des crédits alloués et les recettes s'était monté à 2,7 millions de dollars au 31 décembre 2013. L'exécution des contributions fixées pour l'exercice biennal s'était élevée à 76,3 millions de dollars, soit 100 % du budget annuel de fonctionnement. Les activités financées par les contributions volontaires s'étaient élevées à 189,2 millions de dollars, soit 89,4 % des ressources disponibles (211,7 millions de dollars). L'utilisation des fonds s'était élevée au total à 265,5 millions de dollars, soit 92,2 % du montant total des ressources disponibles (288 millions de dollars). Les pays avaient continué d'afficher un taux d'exécution plus élevé. Le pourcentage le plus élevé des dépenses correspondait toujours aux coûts de personnel (46,8 %), soit une augmentation de 0,8 point de pourcentage par rapport à l'exercice précédent. Les frais de voyage s'étaient chiffrés à 21,8 millions de dollars, soit 8,5 % du montant total des dépenses contre 23,7 millions de dollars, soit 9,2 % du montant total des dépenses durant l'exercice précédent. Des programmes d'épargne continue et des mesures d'efficacité avaient été mises en œuvre pour réduire les coûts. Sur les 88 résultats escomptés dans la Région, 87 avaient été pleinement atteints et un seul partiellement.

18. Les représentants se sont félicités de la clarté et de la transparence du rapport final et, au vu des résultats obtenus, ont insisté sur la nécessité de promouvoir les activités du Bureau régional. Il a été noté que tous les résultats régionaux escomptés avaient été atteints à l'exception d'un seul ; la réalisation partielle de l'objectif stratégique 5 (réduire les conséquences sanitaires des situations d'urgence, des catastrophes et des conflits) était due au nombre et à l'ampleur des catastrophes naturelles qui avaient frappé la Région au cours de l'exercice biennal. Il conviendrait néanmoins à l'avenir d'accorder une attention accrue à ce domaine. Un certain nombre des contributions volontaires mobilisées n'avaient pas été utilisées durant l'exercice ; le Secrétariat devrait préciser si le problème était dû à une affectation excessive de fonds ou au manque de capacités des centres budgétaires nationaux et régionaux, et indiquer quelles étaient les dispositions prévues pour gérer un montant équivalent durant l'exercice biennal 2014-2015. En dépit d'une réduction du déficit annuel de financement, plusieurs représentants ont noté des écarts très importants en ce qui concerne les objectifs stratégiques individuels. L'Organisation devrait donc veiller à assurer un appui indéfectible aux États Membres dotés de peu de ressources.

19. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que les situations d'urgence sanitaires étaient incontestablement un domaine d'action prioritaire, et que les enseignements tirés des catastrophes naturelles inattendues et sans précédent qui avaient frappé la Région au cours de

l'exercice biennal avaient été pris en compte dans le *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes*, lequel serait examiné au cours de la présente session. Le déficit de financement était moins important que celui de l'exercice biennal précédent, le budget ayant été plus réaliste et le montant des contributions plus élevé. Le Bureau régional était fermement résolu à suivre et à évaluer le budget et à s'efforcer sans relâche d'améliorer les taux d'exécution. Les faibles taux d'exécution de certaines des contributions volontaires mobilisées étaient notamment dus aux raisons suivantes : versement par les partenaires de contributions pluriannuelles, qui seraient en principe utilisées au cours des années à venir ; versement très tardif d'une aide financière ; taux d'exécution obligatoirement plus faibles avec un montant des recettes plus élevé ; difficulté de recruter le personnel voulu pour gérer les activités d'exécution dans les délais prévus. Un fonds spécial baptisé « Réponse aux crises épidémiques » avait été créé au titre de l'objectif 5, afin de financer les situations d'urgence. À l'origine, le budget avait donc été fixé à un niveau relativement élevé. Ainsi, si le nombre de situations d'urgence avait été moins élevé durant l'exercice, le taux d'exécution aurait été plus faible.

20. En l'absence d'autres commentaires, le Président a déclaré que le Comité régional avait pris la décision d'accepter le rapport final du Directeur régional sur le budget programme 2012-2013 (voir la décision WPR/RC65(1)).

AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2016-2017 : Point 9 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/4)

21. Présentant l'avant-projet de budget programme 2016-2017, le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué qu'en vertu de la réforme de l'OMS, le budget programme couvrait désormais l'ensemble des activités de l'Organisation. Le déroulement des débats menés par les organes directeurs avait changé. On avait établi le budget programme 2016-2017 en recourant, pour la première fois, à un processus de planification ascendante ayant pour objet de faire concorder les priorités des pays avec les engagements pris, aux niveaux régional et mondial, de formuler les produits proposés pour chaque secteur de programme à l'aide de nouveaux mécanismes, les réseaux de catégories et les réseaux des secteurs de programme.

22. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration de l'OMS, a demandé à ce que les observations des États Membres soient prises en compte dans l'avant-projet de budget programme qui serait présenté au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2015. De l'ordre d'environ 4 milliards de dollars, ce budget n'avait pas pour objet d'être ambitieux mais au contraire d'être stable, ce qui était un important élément à prendre en considération dans la planification d'interventions sanitaires pluriannuelles. La chaîne de résultats dans l'avant-projet de budget programme définirait les produits dont l'OMS était responsable, dans le cadre du partage des responsabilités entre l'Organisation et ses États Membres en ce qui concerne les réalisations sanitaires. Les programmes qui avaient fait l'objet d'une plus forte attention lors de l'élaboration du budget étaient notamment les suivants : l'application d'obligations nationales au titre du Règlement sanitaire international ou RSI (2005) ; le renforcement des systèmes de réglementation et des informations et données factuelles sur les systèmes de santé ; une nouvelle hausse des investissements pour éliminer les causes évitables de la mortalité maternelle et infantile ; la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Des crédits supplémentaires ont été affectés aux domaines suivants : préparation aux situations d'urgence, surveillance et mesures d'intervention ; renforcement des systèmes de santé et amélioration des informations et des données factuelles sanitaires ; vieillissement et santé ; transversalisation de l'égalité entre les sexes et des déterminants sociaux de la santé ; maladies non transmissibles et santé mentale. Des crédits comparativement moins élevés avaient été alloués au titre du VIH/sida, de la tuberculose et des maladies à prévention vaccinale, au motif que l'Organisation n'était pas la seule partie prenante dans ces domaines et pouvait utiliser ses ressources plus efficacement dans l'élaboration de politiques et les domaines techniques. La répartition des ressources entre chacune des régions de l'OMS n'avait pas changé. Le Secrétariat avait besoin de redoubler

d'efforts sur les questions suivantes : aligner les priorités de la planification ascendante sur les engagements et les objectifs mondiaux et régionaux ; traiter les questions transversales ; affiner les estimations des coûts relatives aux produits en tenant compte des besoins détaillés en personnel et en ressources, par activité. Il serait également nécessaire de tenir compte de l'impact financier des résolutions et des décisions adoptées, et enfin d'améliorer les indicateurs de produits.

23. Les représentants se sont montrés très favorables à l'avant-projet de budget programme, qui aurait pour effet de rendre la mise en œuvre des programmes plus transparente et plus prévisible. Ils ont pris acte des changements d'orientation des programmes, en particulier la hausse des crédits alloués à la préparation aux catastrophes, à la surveillance et à l'intervention. Nombre d'entre eux approuvaient l'intention de faciliter la prise en charge des programmes par les pays et de renforcer les systèmes nationaux de gestion financière pour aider les États Membres à obtenir des résultats plus efficacement. Même s'ils acceptaient la raison de cette décision, plusieurs représentants étaient préoccupés par la réduction des ressources allouées au titre des maladies transmissibles. Plutôt que d'assumer un rôle qui la cantonnait à l'élaboration de politiques et à la prestation de conseils techniques, l'OMS était une organisation idéale pour coordonner l'affectation des ressources et les interventions des diverses institutions et parties prenantes dans le domaine de la prévention des maladies transmissibles. Un représentant a noté et approuvé l'intention de mettre en œuvre des programmes analogues à différents niveaux de l'Organisation, mais a insisté sur le fait qu'il fallait définir les principaux produits escomptés à chaque niveau pour garantir la continuité et le caractère mesurable de chaque produit final. Un autre représentant a exhorté le Secrétariat à s'efforcer d'obtenir davantage de contributions volontaires ou à rechercher de nouveaux donateurs, et à engager un dialogue avec d'autres institutions spécialisées des Nations Unies pour être à même de s'unir dans l'action en faveur de la santé.

24. Il importait d'établir un cadre de suivi et d'évaluation rigoureux avant le début du nouvel exercice biennal ; il faudrait fournir des outils de suivi et d'évaluation pour aider les pays à rendre compte de la mise en œuvre de leurs activités. De même, il était important de se doter d'indicateurs mesurables afin de mieux définir les prestations en matière de santé publique. Un représentant a proposé que les réalisations de l'exercice biennal 2014-2015 soient utilisées pour informer les indicateurs de l'appréciation de l'exécution concernant les impacts, les réalisations et les produits du prochain exercice. Les États Membres avaient besoin d'informations plus complètes sur ces indicateurs. Quelles mesures allait prendre le Bureau régional pour collaborer avec le Siège et les bureaux de pays afin de garantir une approche coordonnée dans la mobilisation des ressources ? Des informations supplémentaires devraient être fournies sur la façon dont la planification ascendante avait servi à établir l'avant-projet de budget programme, d'autant que le financement de base des activités de la Région était demeuré inchangé depuis l'exercice biennal 2014-2015. Quels progrès avaient été accomplis dans la prise en compte des dépenses de services techniques et des frais d'administration et de gestion dans le coût total des produits et des prestations, et de quelles capacités disposait la Région pour allouer les fonds d'une catégorie à l'autre en fonction de l'évolution des circonstances ? Enfin, il était à noter que la version actuelle du projet de budget programme ne contenait aucun commentaire explicite sur l'incidence des décisions adoptées au cours de l'exercice précédent.

25. Les représentants ont indiqué qu'on pourrait accorder une importance accrue à un certain nombre de domaines, notamment aux suivants : les infrastructures sanitaires des communautés isolées ; le lourd impact du changement climatique sur le système des soins de santé ; les services institutionnels, les programmes de vérification et d'évaluation ; les travailleurs migrants et le lien entre le commerce et la santé ; la promotion de la santé dans toutes les politiques gouvernementales ; la nécessité de faire intervenir d'autres secteurs et de les inciter à collaborer avec le secteur de la santé, vu qu'un grand nombre de problèmes sanitaires étaient causés par des facteurs extérieurs au secteur de la santé.

26. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que le Secrétariat prendrait acte des propositions tendant à améliorer l'avant-projet de budget programme 2016-2017 et les examinerait, notant les préoccupations particulières concernant la réduction des crédits alloués à la prévention des maladies transmissibles. Il importait de souligner que les priorités de chaque pays demeureraient inchangées et que le Secrétariat continuerait de leur apporter son appui. Le processus de planification ascendante avait commencé avec l'ensemble de résultats sanitaires énoncés dans le Programme général de travail, les priorités nationales définies lors des consultations menées au niveau des pays, et les initiatives actuelles telles que le RSI (2005) et les activités de lutte antitabac. Les suggestions apportées avaient été rassemblées au niveau régional et transmises au Siège de l'OMS où le processus d'alignement avait pris place au moyen des réseaux de catégories et des réseaux des secteurs de programme. Les enseignements tirés de l'exécution de l'exercice biennal 2014-2015 serviraient à améliorer le processus de planification pour les exercices suivants.

27. Le Sous-Directeur général en charge de l'Administration de l'OMS a répondu aux observations formulées par les représentants, reconnaissant combien il importait de coordonner les politiques en amont. De nombreuses questions sanitaires chevauchaient divers secteurs de programmes techniques, ainsi que les trois niveaux de l'Organisation ; il était prévu que chaque niveau ait ses propres prestations contribuant à la réalisation d'un produit de l'OMS. Les interventions à mener face à une épidémie ou à une crise étaient entièrement dictées par les événements et difficiles à prédire ; il était donc nécessaire de garantir une grande souplesse dans l'utilisation des ressources mobilisées et de pouvoir modifier l'allocation des volants budgétaires selon que de besoin. Il importait néanmoins de prévoir le financement des capacités au titre de la catégorie 5 (Préparation, surveillance et intervention). Il fallait souligner que les allocations de ressources au titre du projet de budget programme correspondaient aux chiffres agrégés de l'Organisation ; au niveau de chaque pays, la proportion des ressources allouées pouvait être supérieure ou inférieure, selon les besoins et les circonstances. Un représentant s'était interrogé sur le choix apparemment arbitraire de 10 priorités nationales par pays ; il restait encore une certaine marge de souplesse face aux circonstances nationales, mais si ce chiffre avait été choisi, c'était à la fois pour imposer une mesure de discipline et pour mettre fin à la pratique antérieure qui voulait que l'établissement des priorités soit purement dicté par des précédents historiques.

28. Le Secrétariat continuait de travailler à l'élaboration d'indicateurs de performance appropriés, qu'il mettrait en commun avec les États Membres avant la réunion des organes directeurs en 2015. D'une manière générale, l'OMS faisait rapport sur le taux d'exécution financière ; elle rendrait compte désormais des prestations fournies ou des résultats réellement atteints. Le Directeur général avait créé une unité chargée spécialement de traiter la question de la mobilisation coordonnée des ressources. Grâce au dialogue sur le financement engagé dans le cadre de la réforme de l'OMS, il avait été possible de définir des domaines ayant des problèmes de financement et d'obtenir des promesses de contributions. En conséquence, près de 90 % du projet de budget programme étaient actuellement financés, même si le processus d'alignement continuait de poser quelques problèmes, certains secteurs de programmes enregistrant des ressources excédentaires et d'autres étant sous-financés. Le Secrétariat avait donc entrepris d'élaborer un document d'information sur les modèles de financement et la méthodologie à suivre en matière de planification ascendante qu'elle envisageait de présenter aux États Membres en janvier 2015 au Conseil exécutif. Un représentant avait demandé pourquoi, à l'OMS, la budgétisation précédait toujours le financement ; en reconnaissance de l'importance de cette question, un document stratégique financier pour la période 2014-2019 serait soumis au Conseil exécutif en janvier 2015.

29. Le Directeur régional a déclaré qu'au cours de la période transitoire entre l'ancien modèle budgétaire et le nouveau, les États Membres devraient modérer leurs attentes et s'efforcer de sortir de la logique qui avait sous-tendu l'établissement des budgets au cours des exercices précédents. Si le montant du budget de l'Organisation demeurait inchangé, et si les centres budgétaires ou les régions nécessitaient des crédits supplémentaires, une nouvelle répartition des ressources pouvait être

imposée. Le Directeur régional était personnellement très optimiste quant aux nouvelles modalités budgétaires, ce qui inspirait confiance aux bailleurs de fonds et valait à l'OMS un très grand respect. Le processus de planification ascendante, qui avait fait l'objet d'un dialogue approfondi avec les États Membres et les bureaux de pays, avait été achevé très rapidement et fourni un éventail de données d'expérience très précieuses qui sous-tendraient les efforts à venir. Le débat de l'OMS sur le financement fournissait un mécanisme, à savoir l'unité de mobilisation des ressources financières qui assurait leur coordination entre la Région et le Siège.

30. Le Comité régional examine un projet de résolution sur le projet de budget programme 2016-2017. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R1).

**INITIATIVE POUR UN MONDE SANS TABAC : PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2015-2019 :
Point 11 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/6)**

31. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a déclaré que l'Initiative pour un monde sans tabac dans la Région du Pacifique occidental permettait d'élaborer des plans d'action quinquennaux depuis une vingtaine d'années afin d'aider les pays à accélérer la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Tous les pays de la Région sont désormais Parties à la Convention-cadre. Plus de la moitié d'entre eux avaient réduit de plus de 10 % la prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes. Malgré des progrès encourageants, les conditions de la lutte antitabac avaient changé rapidement. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a invité le Comité régional à débattre du plan d'action et à l'examiner pour approbation.

32. Les représentants ont largement appuyé le plan d'action régional et examiné l'évolution de la lutte antitabac dans leurs pays respectifs, en mettant l'accent sur les sujets suivants : mesures de contrôle visant à empêcher les jeunes de fumer ; interdiction des inhalateurs électroniques de nicotine au motif qu'ils n'ont aucune valeur médicinale (il n'a pas été prouvé qu'ils aidaient à arrêter de fumer) ; contrôles rigoureux de la publicité sur le tabac et l'étiquetage ; relèvement des droits d'accise et hausse des taxes de vente des produits du tabac ; campagnes de sensibilisation du public visant à obtenir une large acceptation de la lutte antitabac ; soutien aux personnes souhaitant arrêter de fumer, notamment par des services de conseils et des thérapies complémentaires ; affectation des recettes fiscales du tabac à des mesures et des campagnes de prévention ; établissement d'une large coalition multisectorielle ou interdépartementale pour lutter contre le tabagisme et l'ingérence de l'industrie du tabac. Plusieurs représentants ont déclaré que les plans d'action régionaux étaient particulièrement utiles pour élaborer des politiques nationales et renforcer les lois nationales de lutte antitabac. Un représentant a rappelé au Comité que la culture du tabac était un important moyen de subsistance et de recettes fiscales dans de nombreux pays ; il conviendrait de réfléchir à des solutions de rechange à la production de tabac. Les gouvernements devraient être résolus à exclure le tabac du cadre des accords de libéralisation du commerce. La grande disponibilité du tabac illicite sapait les efforts consentis pour rendre les produits du tabac moins attrayants en les frappant de taxes d'accise élevées ; si les cigarettes légales étaient plus chères, les fumeurs se tourneraient simplement vers des solutions de rechange illicites. L'imposition de taxes d'accise élevées devrait, par exemple, aller de pair avec la lutte contre la contrebande transfrontalière. Enfin, il fallait s'attendre à des formes d'ingérence et à des manœuvres d'obstruction de la part de l'industrie du tabac, notamment la menace d'une action en justice contre les accusations selon lesquelles le tabagisme était nocif pour la santé. Il était donc du devoir des gouvernements d'étayer leurs efforts de lutte contre le tabagisme par des preuves scientifiques.

33. Une déclaration a été faite au nom de l'Alliance pour la Convention-cadre.

34. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, s'est félicité du niveau d'exécution élevé et des engagements pris pour lutter contre le tabagisme dans la Région, laquelle a été de tous temps un chef de file mondial dans la mise en œuvre

d'initiatives novatrices de lutte antitabac. Pour sa part, le Secrétariat est prêt à seconder les États Membres dans l'élaboration de lois, de réglementations et d'interventions appropriées de lutte antitabac. Le Directeur a encouragé les États Membres à se servir du plan d'action régional pour ratifier le Protocole de la Convention-cadre visant à éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Le Comité régional a envisagé un projet de résolution sur l'Initiative de lutte antitabac.

35. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R2).

Table ronde de haut niveau sur la santé mentale

36. Le Dr Shekhar Saxena, Directeur du Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, au Siège de l'OMS, a animé le débat. La session avait pour objet de fournir des éléments d'information dans les trois domaines suivants : l'importance accordée aux questions de santé mentale dans la Région du Pacifique occidental ; les mesures à prendre en matière de santé mentale ; les expériences des pays dans les efforts consentis pour faire face aux problèmes de santé mentale.

Le Professeur Harvey Whiteford de l'Université de Queensland (Australie) a étudié l'ampleur et la portée des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Leurs effets se faisaient ressentir aux niveaux individuel et familial, et les coûts économiques qu'ils engendraient touchaient à la fois l'individu concerné et la société tout entière. Sur la base de la métrique la plus commune utilisée pour calculer la charge et l'impact – les « années de vie corrigées de l'incapacité » –, près de 10 % de la charge de morbidité dans la Région du Pacifique occidental sont liés aux troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives. Les troubles mentaux constituent, à l'échelle mondiale, le groupe de maladies les plus invalidants, et représentent près d'un quart des handicaps dans la Région. Compte tenu de l'évolution des profils démographiques, ces troubles étaient censés causer à l'avenir plus d'incapacités que toutes les maladies transmissibles réunies. Les données montraient que les décès prématurés relatifs aux troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives touchaient à la fois les pays développés et les pays en développement, les hommes souffrant de ces troubles mourant 20 ans plus tôt que le restant de la population et les femmes 15 ans plus tôt. Vu qu'ils apparaissaient à l'adolescence, les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives avaient des répercussions sur l'éducation, sur l'entrée dans le monde du travail et sur l'ensemble du cycle de vie. En raison de la stigmatisation et de la discrimination liées à ces troubles, l'accès aux soins était très restreint alors que le coût économique pour les pays était considérable : Le Forum économique mondial estimait que plus de 1 % du PIB mondial était perdu en raison des troubles susmentionnés. Cette estimation n'incluait pas d'autres coûts connexes, à savoir la prestation de soins non rémunérés, ni les paiements directs (souvent redoutables) pour les soins et traitements hospitaliers.

37. Des recherches ont néanmoins montré qu'on pouvait prendre beaucoup de mesures pour réduire ce fardeau. Il était possible de prévenir l'apparition de la plupart des troubles et il existait des traitements efficaces et peu coûteux, y compris dans des milieux à faibles ressources. Alors même qu'il était élevé et avait augmenté, le taux de mortalité chez les personnes atteintes de troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives était évitable (80 % de ces décès étaient liés à des troubles qui pouvaient se soigner). Les lacunes dans la prise en charge des troubles mentaux (plus de 90 % dans certains pays) posaient un véritable problème. Ne pas intervenir occasionnait des coûts pour la société tout entière. Investir dans des solutions entraînerait une plus grande participation sociale et une meilleure productivité, ce qui compenserait très largement les coûts dus aux problèmes de santé mentale. Le Professeur a par conséquent exhorté les pays à continuer de progresser sur la voie des réformes dans le domaine des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives.

38. Le Professeur Graham Thornicroft de King's College (Londres), a présenté les domaines d'action essentiels en matière de santé mentale. Dans certains pays à revenu faible, parfois moins de 5 % de personnes souffrant de troubles de santé mentale recevaient un traitement. Il ne fallait pas pour autant y voir l'échec des systèmes de santé, car même dans les pays riches, seulement 3 % des personnes souffrant de maladies mentales recevaient des soins. L'écart entre les démarches adoptées respectivement pour les troubles physiques et les troubles mentaux était à la fois immense et inacceptable. Et pourtant, il était possible de mener des interventions efficaces et abordables. Des lignes directrices simples et claires qui pouvaient être adaptées au contexte national, telles que le Guide d'intervention MhGAP, avaient été élaborées par l'OMS à l'intention des prestataires de soins primaires et généraux, dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Parmi les autres domaines d'action essentiels, figurait l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et généraux, le dépistage des cas et le traitement de première intention étant assurés par un personnel non spécialisé mais sachant appliquer les principes du Guide d'intervention. Le partage des tâches était également recommandé et s'avérait nécessaire car face à l'insuffisance de professionnels, le personnel général avait besoin de suivre une formation afin d'effectuer des tâches cliniques, ce qui, moyennant une supervision appropriée, représentait une solution durable. Finalement, le Professeur a vivement engagé les États Membres à agir sans plus tarder pour renforcer et étendre les soins de santé mentale. Au même titre que les individus se heurtaient à la barrière de la stigmatisation, les gouvernements rencontraient des obstacles à l'investissement car le public n'avait pas compris que des outils existaient. Les objectifs du programme de développement pour l'après-2015 étaient en cours d'achèvement ; il préconisait donc que les prochains objectifs de développement contiennent une cible claire et deux indicateurs relatifs à la santé mentale. La première cible se lirait comme suit : « Les services sociaux et les soins de santé physiques et mentaux destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux doivent être dotés des mêmes ressources que les services de soins de santé physiques ». Le premier indicateur se lirait comme suit : « Garantir que la couverture des services dont bénéficient les personnes atteintes de troubles mentaux sera passée, dans chaque pays, à au moins 20 % d'ici à 2020 ». La seconde cible se lirait comme suit : « Accroître le montant investi dans la santé mentale, le faisant passer à au moins 5 % du budget total de la santé d'ici à 2020, et à au moins 10 % d'ici à 2030 dans chaque pays à revenu faible ». Les cibles et les indicateurs avaient l'avantage d'aider les pays à obtenir des fonds de la part de la communauté internationale des donateurs. Dans le peu de temps qui restait, les États Membres devraient s'employer activement à plaider en leur faveur auprès de l'Organisation des Nations Unies.

39. Le Dr Yutaro Setoya de la Division de l'OMS Appui technique dans le Pacifique (Fidji), a évoqué les mesures prises pour répondre aux questions de santé mentale dans le Pacifique et définir les défis à relever, ainsi que les progrès accomplis et les prochaines étapes. Chacun des États et Territoires de la sous-région était unique ; toutefois, tous rencontraient des difficultés liées à l'isolement et à de petites populations. Sur le plan des ressources humaines, les effectifs étaient insuffisants, leur taux de renouvellement était élevé et le niveau de leurs compétences inadéquat. Certains pays étaient trop petits pour maintenir des postes de spécialistes sanitaires et se heurtaient à des problèmes de qualité. Les personnes atteintes de troubles mentaux étaient victimes de stigmatisation et leurs droits fondamentaux étaient négligés. Toutefois, conscients du problème, les responsables du secteur de la santé dans le Pacifique avaient établi le Réseau de santé mentale des Îles du Pacifique (PIMHnet), l'OMS assurant les fonctions de Secrétariat. En facilitant l'échange d'information et la mise en commun des ressources parmi les pays, le Réseau PIMHnet avait favorisé le développement des ressources humaines en vue de combler les lacunes en matière de traitement et d'améliorer l'accès aux soins. Les médecins généralistes et les infirmières avaient suivi une formation reposant sur le Guide d'intervention. On formait actuellement des formateurs au Guide d'intervention mhGAP, qui pourraient à leur tour former du personnel de soins de santé primaire. Le Réseau PIMHnet avait soutenu l'organisation de cours d'enseignement universitaire supérieur destinés à la formation de spécialistes. Grâce au Réseau PIMHnet et à l'appui des ministères de la santé du Pacifique, de grandes avancées avaient été réalisées ; cependant, vu que d'importants écarts subsistaient, il était nécessaire de progresser plus rapidement. Il était essentiel de maintenir les stages

axés sur le mhGAP et des programmes de formation continue pour relever le défi qui se posait sur le plan des ressources humaines. Des services devaient être mis à la disposition des communautés ; la première étape consistait à intégrer la santé mentale dans la prestation de soins généraux, ce qui aiderait également à réduire la stigmatisation et la discrimination. Par ailleurs, une loi sur la santé mentale devait être promulguée pour protéger les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Le Dr Yutaro Setoya a indiqué qu'il était possible de mener des interventions d'un bon rapport coût-efficacité en dépit du manque de ressources financières, et s'est dit confiant dans l'avenir.

40. Le Professeur Lourdes Ignacio de l'Université des Philippines (Philippines) a décrit l'action menée par les Philippines pour répondre aux besoins en santé mentale dans les situations d'urgence et les catastrophes. Les Philippines étaient vulnérables face aux catastrophes et avaient subi un certain nombre d'épreuves depuis 2000, leur faisant vivre des « années d'enfer ». À la suite du séisme qui avait frappé Baguio en 1990, le Président des Philippines avait créé la Mental Health Task Force (groupe de travail sur la santé mentale). Sous l'impulsion de cette initiative, tous les départements gouvernementaux avaient élaboré un programme psychosocial, conscients qu'il importait autant de traiter les répercussions psychosociales des catastrophes que de fournir des secours et des soins médicaux d'urgence. Les multiples efforts menés au titre de la santé mentale dans des situations d'urgence, notamment sous la houlette de groupes privés, avaient donné à penser qu'à long terme, de tels efforts pouvaient favoriser la prestation de services de santé mentale au sein des communautés. À la suite du typhon Haiyan, un projet pilote axé sur la santé mentale, lancé à Marabut (Samar occidental), avait démontré que la majorité des patients recevant un traitement souffraient déjà de troubles mentaux avant la catastrophe. Pour faire face à ce besoin chronique, le projet visait à maintenir l'accès aux services de santé mentale et à promouvoir le bien-être mental. Le Professeur avait également appris qu'il fallait, lors des interventions, prendre en considération les expériences extrêmement difficiles, notamment la violence familiale et communautaire. Ainsi, la prestation des services pourrait-elle être réellement adaptée à l'expérience des habitants.

41. Le Dr Takuya Sugie, de la faculté de médecine de l'Université de Tottori (Japon), a parlé des expériences régionales du Japon et des problèmes qu'il rencontrait pour mettre en place des services de soins de santé mentale axés sur la communauté. Historiquement, le pays disposait d'un plus grand nombre de lits d'hôpitaux pour les patients souffrant de troubles mentaux que d'autres pays comparables, où le nombre de lits était en diminution. Le recours systématique aux hôpitaux se faisant au détriment des soins offerts dans la communauté, le Gouvernement japonais avait décidé en 2004 de développer les services communautaires. Les patients atteints de troubles mentaux avaient des besoins qui dépassaient le secteur de la santé, portant notamment sur le logement, l'emploi et le soutien social. L'initiative de santé mentale avait eu à répondre à une question fondamentale : qui jouerait le rôle de coordonnateur principal ? Des infirmières de la santé publique étaient choisies pour la tâche car ayant un contact direct avec les patients, elles les connaissaient mieux et avaient en même temps un bon réseau de relations disposant d'installations publiques ou privées. Les patients atteints de troubles mentaux pouvaient ainsi vivre dans leur communauté. Il n'était certes pas aisé de mener une action globale pour répondre aux besoins en santé mentale, mais une bonne coordination des services offerts pouvait en assurer le succès.

42. Le Dr Saxena a résumé les messages essentiels exprimés par les participants. Les problèmes de santé mentale étaient courants, entraînant de graves incapacités et des coûts très élevés pour les individus, les familles, les communautés et les pays concernés, ce qui montrait que l'inaction se payait cher. Des interventions efficaces et abordables étaient possibles ; elles pouvaient réduire le fardeau que causaient ces troubles, améliorer la qualité de vie et entraîner des bénéfices économiques. La seule solution était d'intégrer les soins de santé mentale dans les services de soins généraux, la communauté se substituant à l'institution médicale en qualité de prestataire. Il convenait d'augmenter considérablement et rapidement, les ressources, tant humaines que financières, de façon à relever le défi. Enfin, les situations d'urgence et les catastrophes, offraient l'occasion de mettre en place des

services de soins de santé mentale plus efficaces. Il est nécessaire de redoubler d'efforts et d'accorder une plus haute priorité à la santé mentale, aux niveaux tant national et régional qu'international. La Soixante-Sixième Assemblée de la Santé avait adopté le *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Ce plan d'action complet comprenait des cibles et des indicateurs clairs et pouvait être mis en œuvre au niveau régional. En partant du postulat qu'il n'y avait pas de santé sans santé mentale, les États Membres devraient agir immédiatement. Dans la planification des soins, les États Membres devaient résoudre quatre problèmes de santé mentale : dépression, suicide, autisme et autres troubles du développement, ainsi que démence. Les problèmes de santé mentale pouvaient être traités. Une action concrète pouvait être prise immédiatement.

SANTÉ MENTALE : Point 10 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/5)

43. Le Directeur régional a remercié le groupe d'avoir partagé ses réflexions et ses données d'expérience et d'avoir défini des points d'action essentiels sur le plan de la santé mentale. Celle-ci était une question prioritaire pour les États Membres de la Région. Puisqu'il était nécessaire de mettre davantage l'accent sur la mise en œuvre d'interventions stratégiques en matière de santé publique, une table ronde avait été organisée pour débattre des futures possibilités et des mesures à prendre. Présentant le document de travail, le Directeur régional a indiqué que pour appliquer le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020* – complet et mondial – dans les communautés, des consultations avaient été tenues avec les États Membres et d'autres parties prenantes. Elles avaient abouti à l'élaboration du projet de *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental*. Afin de couvrir la diversité des besoins en santé mentale et des ressources disponibles sur l'ensemble de la Région, le projet de Programme régional prévoyait des options de mise en œuvre (de base, élargies et globales) et des mesures complètes pour atteindre les objectifs prescrits.

44. Les représentants ont exprimé leur ferme soutien au projet de *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 dans le Pacifique occidental*. Ils ont également attiré l'attention sur l'éventail des options de mise en œuvre qu'offrait le programme régional (de base, élargies et globales). Ils se sont félicités de ces options qui offraient une approche réaliste tenant compte des différences entre les divers pays de la Région et leurs différents niveaux de développement, ainsi que des capacités dont ils disposaient pour offrir des soins de santé mentale. Les pays se sont félicités de l'accent mis sur la souplesse et la particularité du contexte dans l'exécution. Un État Membre a fait observer, néanmoins, que même la réalisation des objectifs essentiels pourrait poser des problèmes à certains pays dans lesquels l'accès aux soins de santé était difficile.

45. Trois intervenants ont proposé un certain nombre d'améliorations pour le projet de programme régional : 1) inclure le rétablissement dans l'objectif de traitement, moyennant l'accès à un soutien et à une intervention rapide au niveau des soins primaires ; 2) intégrer les soins de santé primaires et de santé comportementale, en renforçant les capacités des soins de santé primaire ; 3) renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives ; 4) élaborer des stratégies nationales de lutte contre le suicide ; 5) assurer un accès égal et sans discrimination à des soins de qualité ; 6) sensibiliser aux coûts financiers induits par le fait de ne pas prendre en charge les troubles mentaux et liés à l'utilisation de substances psychoactives ; 7) souligner le rôle des infirmières et des agents de santé non enregistrés dans l'évaluation et le traitement des cas de santé mentale. Le Secrétariat était également invité à élaborer des indicateurs pour chaque objectif dans le projet de programme régional et à revoir la terminologie utilisée dans la Prestation de base 3 de l'Objectif 2, qui posait un problème aux hôpitaux spécialisés.

46. Dans le débat sur l'action menée pour appuyer les soins de santé mentale, les États Membres ont souligné les points suivants : soutenir l'amélioration des soins de santé mentale, la gouvernance et l'élaboration de politiques, reconnaissant que la santé physique et mentale s'influençaient

mutuellement. De même, les actions intersectorielles en faveur de la prévention étaient importantes, et la prestation des soins devait dépasser une approche strictement axée sur la santé, l'objectif étant d'intégrer la santé mentale dans tous les services sanitaires, en particulier au niveau local. Deux intervenants ont souligné l'importance de la santé mentale dans les situations d'urgence. L'accent était également mis sur l'importance de la coopération internationale en vue de faciliter la mise en commun des connaissances scientifiques et universitaires. La représentante de la Mongolie a souligné qu'il fallait accorder une attention particulière à l'usage nocif de l'alcool dans les efforts menés pour faire face aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. À cet égard, elle a annoncé que son pays prévoyait de tenir une consultation internationale sur les méfaits de la consommation d'alcool à Ulaanbaatar en juin 2015. Elle a également invité, au nom de son pays, le Directeur général et le Directeur régional.

47. Les représentants ont apporté des précisions sur leurs activités nationales en faveur de la santé mentale. Parmi ces activités, figuraient les suivantes : élaborer des stratégies, promulguer une législation, en particulier pour protéger les droits des personnes atteintes de troubles mentaux ; élaborer des réseaux de services intégrés, reliant les institutions et les services de santé communautaires afin d'étendre la couverture sanitaire et l'accès aux soins ; adopter une démarche faisant appel à l'ensemble des pouvoirs publics plutôt que d'agir sur un plan individuel ; instituer une Journée de la Santé mentale.

48. Au nombre des difficultés rencontrées au niveau national, figurait la recherche de solutions aux problèmes suivants : l'éventail toujours plus étendu de troubles de santé mentale, notamment les problèmes croissants posés par la démence dus au vieillissement de la population ; le manque de capacités des laboratoires pour expérimenter des médicaments spécialisés, une difficulté qui ne serait vraisemblablement pas résolue à court terme et qui appellerait des solutions novatrices et une action concertée entre les pays. Plusieurs pays insulaires du Pacifique ont évoqué les mêmes difficultés, à savoir la modicité des ressources, notamment sur le plan humain ; l'insuffisance des capacités institutionnelles ; la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de santé mentale ; la prestation de soins de mauvaise qualité.

49. Les représentants ont soumis plusieurs demandes au Secrétariat. Le Bureau régional devrait prendre les mesures suivantes : coordonner les échanges entre États Membres ; fournir un appui pour adapter les plans nationaux à la lumière du projet de programme régional. Un pays insulaire du Pacifique a parlé de la nécessité de faciliter le recrutement d'un ergothérapeute pour appuyer le renforcement des soins de santé mentale au niveau communautaire. Un autre intervenant a demandé au Secrétariat de préparer des indicateurs et des produits de façon à ce que les efforts déployés pour atteindre les divers objectifs du programme régional puissent être évalués.

50. Une organisation non gouvernementale a transmis une déclaration écrite. Une déclaration a été également faite au nom du Bureau international pour l'épilepsie.

51. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, a remercié les États Membres de leurs précieuses observations, réflexions et orientations qui ont sous-tendu l'élaboration du projet de programme régional au cours des mois précédents. Les représentants ont renouvelé l'engagement pris collectivement pour faire face à la question de la santé mentale, et compte tenu de son caractère d'urgence, sur un plan tant national que régional. D'après le nouveau consensus, la santé mentale était essentielle à la santé et au développement. Le récent débat avait fait ressortir la complexité de la santé mentale au titre des problèmes de santé publique.

52. Le Directeur a déclaré que le Secrétariat avait pris acte des modifications proposées pour le projet de programme régional. Elle a noté les changements relatifs aux mesures suivantes : assurer un accès équitable à des soins de santé mentale de qualité ; mettre l'accent sur le rétablissement comme

objectif de traitement ; élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des plans nationaux de lutte contre le suicide. Le projet de programme régional serait ajusté en fonction de ces observations. Elle a également noté la recommandation tendant à améliorer les capacités dont disposent les infirmières, les travailleurs sociaux et les agents de santé non enregistrés. Cela serait également pris en compte dans le programme régional.

53. Elle a pris note des observations préconisant le renforcement de la coopération dans les débats scientifiques et universitaires, l'adoption d'approches multisectorielles en matière de santé mentale et faisant appel à l'ensemble de la population, et la modification des indicateurs relatifs aux hôpitaux dans le projet de programme régional. Elle s'est félicitée d'entendre les données d'expérience des États Membres sur les soins communautaires et attendait avec grand intérêt de collaborer avec eux à la recherche et à la mise en œuvre de moyens novateurs qui permettraient de résoudre les problèmes de santé mentale, compte dûment tenu des besoins nationaux.

54. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur la santé mentale.

55. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R3).

RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS : Point 12 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/7)

56. Le Directeur régional a présenté le document de travail sur la résistance aux antimicrobiens, notant que celle-ci figurait parmi les préoccupations mondiales de santé publique. Les États Membres étaient nombreux à reconnaître l'importance de cette question, qu'il avait lui-même évoquée dans son rapport au Comité régional. Au début de 2014, le premier rapport de l'OMS sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens avait fait état d'une rapide intensification de la résistance parmi les bactéries pathogènes communes mais avait également évoqué une résistance aux antimicrobiens de dernière intention indispensables pour lutter contre des maladies potentiellement mortelles. Une question aussi grave appelait une action collective. Outre la publication du rapport de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens, plusieurs occasions s'étaient présentées depuis 2001 ; le Comité régional en avait également débattu en 2011. Il était temps dorénavant d'adopter une décision réalisable et orientée vers l'action.

57. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a reconnu que la résistance aux antimicrobiens était une question complexe ayant de lourdes conséquences sur les plans humain, social et économique. Il était donc nécessaire, pour résoudre ce problème, de mener des interventions diversifiées, avec la participation de différents secteurs et de la communauté tout entière. Les États Membres manifestaient également un grand intérêt pour la question. Le rapport de surveillance mondial publié en 2014 avait fait état à la fois de l'ampleur et de l'urgence du problème. En 2011, le Comité régional avait adopté le programme en six points. Une évaluation de la situation effectuée par le Secrétariat en 2013 dans 35 États et Territoires avait mis en évidence des lacunes relatives à la surveillance, aux politiques, à la sensibilisation, à la réglementation de la distribution et des ventes et aux programmes de lutte contre les infections. Les pays avaient fait des progrès et trouvé des solutions novatrices ; il fallait néanmoins redoubler d'efforts. La consultation régionale sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens en 2013 avait souligné un grand nombre de démarches dans l'ensemble de la Région ; il était nécessaire de les rapprocher. Il était néanmoins admis qu'il n'était pas nécessaire de disposer de données parfaites pour agir. En 2014, des consultations s'étaient tenues avec 13 États Membres pour définir les priorités. Le Siège de l'OMS avait mené une étroite collaboration, veillant à la coordination des activités, conformément à l'élaboration du plan d'action mondial. De surcroît, le Bureau régional élaborait quelques activités pratiques qui pourraient être mises en œuvre au niveau national, ce qui permettrait de progresser. À titre d'exemple, la promotion d'un usage responsable des antibiotiques était une action peu coûteuse qu'avait pratiquée un certain nombre de pays en vue de mobiliser les professionnels de la santé et les communautés. Les journées de

sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens étaient un autre type d'activité mise en œuvre par certains pays.

58. Nombre de représentants ont évoqué le problème croissant que pose la résistance aux antimicrobiens. Le risque était clair : les systèmes de santé pouvaient revenir à « l'ère pré-antibiotiques ». Si l'on voulait résoudre ce qui était un problème d'envergure mondiale, il était nécessaire de mener une action mondiale. Pour que celle-ci soit efficace, il fallait s'efforcer à la fois de lutter contre un usage inapproprié de médicaments et en élaborer de nouveaux sans tarder.

59. Le projet de *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental* a reçu l'appui enthousiaste des représentants. Il a été souligné que le Plan d'action fournirait aux États Membres des mesures concrètes et précises à prendre ; à titre d'exemple, l'amélioration des prescriptions permettrait de réduire l'usage inapproprié de médicaments. Un représentant a fait observer que le projet de plan d'action était en pleine conformité avec les domaines prioritaires convenus lors de réunions régionales antérieures. Ses quatre axes d'action étaient appropriés à la situation de la Région. Un intervenant a fait remarquer que les efforts déployés pour promouvoir un usage responsable des médicaments pourraient avoir pour effet indésirable de réduire le marché de ces produits et partant, d'amoindrir l'incitation à produire de nouveaux médicaments.

60. Le Secrétariat a été prié d'apporter quelques modifications au projet de *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental*. Un représentant a souligné que les efforts consentis pour combattre la résistance aux antimicrobiens au niveau des soins institutionnels ne devraient pas se faire aux dépens d'une action connexe menée au niveau des communautés. C'est dans cet esprit que le Directeur de la Division a proposé une modification à la prestation de l'année 5 pour le domaine d'action prioritaire 4. Un autre intervenant a déclaré qu'en appliquant le projet de Plan d'action, le Secrétariat devrait donner des orientations techniques pour coordonner les actions entre le secteur de la santé humaine et celui de la santé animale. Un troisième représentant a indiqué que le Secrétariat devrait appuyer des travaux de recherche et de développement supplémentaire sur les diagnostics et les interventions concernant la résistance aux antimicrobiens.

61. Les représentants ont également prié le Secrétariat d'appliquer à l'élaboration du plan d'action mondial la meilleure pratique utilisée par le Bureau régional dans les analyses de situation de pays. L'Organisation devrait également collaborer à la prévention des infections liées aux soins afin d'améliorer la sécurité des patients et la promotion d'un meilleur usage des médicaments pour endiguer la résistance.

62. Les représentants ont décrit les mesures nationales prises pour combattre la résistance aux antimicrobiens. Les pays ont évoqué leurs orientations stratégiques communes : surveillance ; appui adéquat à des médicaments de qualité ; usage rationnel de médicaments, notamment dans l'industrie agricole ; lutte contre l'infection ; participation des communautés. Plusieurs États Membres élaboraient une législation ou des réglementations visant à appuyer l'usage rationnel des médicaments et examinaient les pratiques de prescriptions d'antibiotiques. Le représentant des États-Unis a annoncé l'instauration du Prix Obama pour la création de diagnostics novateurs sur les lieux de soins, à l'appui de prescriptions appropriées. Un autre intervenant a fait état de l'émergence de nouvelles menaces de pharmacorésistance sur le plan national, notamment les entérobactéries (*Enterobacteriaceae*) résistantes au carbapénème et l'agent pathogène *Acinetobacter*.

63. Bon nombre de représentants ont souligné combien il importait d'adopter l'approche collaborative, interinstitutionnelle et intersectorielle baptisée « Une seule santé ». Aux niveaux tant international que national, les représentants ont indiqué que la collaboration s'était exprimée sous de nombreuses formes, notamment dans les domaines suivants : renforcement des capacités destinées aux tests de laboratoire ; élaboration de nouveaux antibiotiques ; surveillance de l'utilisation des

médicaments sur la base d'une définition commune ; caractérisation des agents pathogènes. La valeur apportée par le Programme mondial de sécurité sanitaire et l'Association de coopération économique Asie-Pacifique sur le plan de la collaboration a été également soulignée.

64. Les représentants ont par ailleurs insisté sur l'importance de la sensibilisation à l'hygiène et de l'innovation, qu'il s'agit de promouvoir en tenant compte du programme en six points établi par l'OMS sur l'usage des antimicrobiens. Un représentant a souligné l'importance de la Journée mondiale sur le lavage des mains.

65. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a répondu aux interventions. Elle a remercié les États Membres de leurs contributions et de la détermination dont ils ont fait preuve pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens. Elle a pris note de l'accent mis par les représentants sur un certain nombre de questions, notamment les suivantes : faire participer le secteur privé au moyen d'une démarche multisectorielle ; agir dans les milieux communautaires ; promouvoir les soins de santé primaire ; donner au secteur animal toute son importance. Reconnaissant que le problème de la résistance se posait au-delà des institutions sanitaires, elle a remercié les États Membres qui avaient proposé des améliorations au projet de plan d'action, de prendre en compte les communautés dans l'action menée pour endiguer le phénomène. Ces modifications seraient incorporées dans le document final. Elle a pris acte des demandes d'assistance, en particulier pour ce qui était des capacités de laboratoires et remercié les États Membres qui avaient proposé de soutenir le renforcement des capacités dans ce domaine. Le Secrétariat aiderait les pays de l'ensemble de la Région à œuvrer ensemble à la mise en place de systèmes régionaux plus robustes. Évoquant l'importance de la recherche et du développement, elle a indiqué qu'il s'agissait de questions essentielles qui appelaient une coopération internationale. Elles s'inscriraient dans le cadre du programme mondial et des débats continus entre les pays. Le Directeur est convenu qu'en élaborant le projet de plan d'action, le Secrétariat n'avait pas abordé les questions de santé animale relatives à la résistance aux antimicrobiens. Ces questions complexes nécessiteraient une coopération entre les secteurs, aux niveaux national et international, notamment par l'entremise d'INFOSAN (Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments).

66. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a déclaré qu'il était nécessaire de consentir d'intenses efforts de coopération. Elle a pris acte des mesures considérables que les pays prenaient pour réglementer l'accès aux antibiotiques et leur usage. Le Secrétariat était pleinement disposé à offrir son appui de façon à garantir l'adoption de démarches efficaces et rationnelles aux niveaux de la législation et de la réglementation. Elle avait également noté la demande d'appui à la mise en place de systèmes de surveillance, un domaine très important où il fallait encore aligner les méthodes d'établissement de rapports. Ce point serait traité dans le plan d'action mondial. En conclusion, elle a indiqué que le Secrétariat mettrait en place une action concertée afin d'appuyer au niveau national des plans d'action multisectoriels et d'améliorer la surveillance, ce qui aurait pour effet de faciliter la compréhension des différents aspects du problème et d'encourager une évaluation active des progrès. Le Secrétariat appuierait les efforts concertés visant à renforcer les systèmes de santé de façon à endiguer la résistance aux antimicrobiens par le biais de programmes de gestion et l'intensification de la lutte contre les infections.

67. Une déclaration a été faite au nom de Medicus Mundi International.

68. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur la résistance aux antimicrobiens.

69. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R4).

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION : CADRE RÉGIONAL D'APPLICATION DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR LES VACCINS DANS LE PACIFIQUE OCCIDENTAL : Point 13 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/8)

70. Présentant le projet de *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental*, le Directeur de la Division Gestion des Programmes, a indiqué que la Région avait accompli des progrès considérables dans l'élimination et la maîtrise des maladies à prévention vaccinale. L'élimination de la transmission du virus endémique de la rougeole avait été vérifiée en Australie, dans la RAS de Macao (Chine), en Mongolie et en République de Corée. Après vérification, il a été confirmé que onze États et Territoires, en comptant les Îles Cook qui venaient de les rejoindre, avaient atteint l'objectif régional de ramener à moins de 1 % la prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B chez les enfants de 5 ans. Le Pacifique occidental avait conservé son statut de Région exempte de la poliomyélite et s'employait maintenant à mettre en œuvre le *Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale assaut final contre la maladie*. La République démocratique populaire lao avait récemment éliminé le tétanos maternel et néonatal ; seuls trois pays de la Région n'y étaient pas encore parvenus, mais étaient en bonne voie d'y arriver d'ici à 2015. Le cadre régional présenté au Comité guidait les États Membres dans leur mise en œuvre du *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020* en consolidant les objectifs régionaux et mondiaux, sans compter qu'il facilitait la mise en œuvre des initiatives nationales en cours.

71. Les représentants avaient approuvé le *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental* et demandé au Bureau régional de continuer à leur offrir une assistance technique, en particulier pour ce qui concernait la prestation de conseils à court terme, l'échange d'informations et le renforcement des capacités. Il était nécessaire de résoudre les questions de logistique afin que les communautés reculées et les populations vulnérables puissent bénéficier des programmes de vaccination. Un représentant a prié instamment le Secrétariat de réviser certains des indicateurs et des calendriers en prévision de nouveaux vaccins ou pour suivre les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs de vaccination dans la Région en tenant compte de la situation particulière de chacun des pays concernés. La décision d'introduire ou pas un nouveau vaccin dans un calendrier de vaccination de routine ne pouvait uniquement reposer sur des considérations relatives au rapport coûts/avantages. Le Bureau régional devrait se concentrer sur le renforcement des capacités régionales pour évaluer l'efficacité des nouveaux vaccins, sur la base de solides données scientifiques et des analyses épidémiologiques locales. Un représentant a proposé que l'OMS forme un comité chargé d'assurer la transparence des coûts des vaccins dans chaque pays et d'encourager l'échange d'informations. D'autres voies d'approvisionnement en vaccins devraient être explorées afin de réduire les coûts. Évoquant le nouvel objectif d'élimination de la rubéole qui était proposé, un autre représentant a souligné que les laboratoires nationaux spécialisés dans la rougeole devraient se préparer à des données sur les souches virales, ce qui n'était pas simple, et priait les pays à collaborer sur la question.

72. Une déclaration a été faite au nom de l'Alliance Gavi.

73. Le Coordonnateur du Programme élargi de vaccination a indiqué que le Secrétariat avait l'intention d'engager un dialogue soutenu avec les États Membres sur le meilleur moyen de rendre les cibles opérationnelles, en veillant en particulier à assurer la disponibilité de vaccins sûrs et abordables.

74. Le Directeur de la Division Maladies transmissibles a convenu que la rentabilité ne devait pas être le seul élément à prendre en considération, s'agissant d'introduire ou pas un nouveau vaccin ; la durabilité et la faisabilité d'inclure un vaccin donné dans le calendrier de vaccination devaient également être prises en compte. Il importait au plus haut point d'aligner les services et les plans de vaccination sur le système de santé tout entier. Enfin, compte tenu du succès grandissant des

campagnes de vaccination, la communication sur l'importance des vaccins deviendrait une tâche de plus en plus complexe.

75. Le Directeur régional a indiqué que l'Alliance Gavi avait beau jouer un rôle essentiel et apprécié dans les activités de vaccination. Les États Membres se devaient aussi d'investir dans leurs propres infrastructures. Le Programme élargi de vaccination était certes une initiative ancienne de l'OMS, mais qui continuait de jouer un rôle fondamental. Le cadre régional était aligné sur le *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*, et le complétait en soulignant les éléments importants sur le plan régional.

76. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur le programme élargi de vaccination.

77. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R5).

SITUATIONS D'URGENCE ET CATASTROPHES : Point 14 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/9)

78. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a déclaré que 10 des 20 pays du monde les plus exposés aux catastrophes naturelles se trouvaient dans la Région du Pacifique occidental. Pour gérer les catastrophes, on est passé ces dernières années d'une approche réactive à une approche proactive, en mettant systématiquement en œuvre le cycle de gestion des risques en cas de catastrophe : prévention, préparation, intervention et relèvement. En 2011, l'Assemblée mondiale de la Santé avait appelé les États Membres à renforcer la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes, dans le cadre des systèmes de santé nationaux et infranationaux. Les États Membres avaient également sollicité une aide pour élaborer ou mettre à jour des stratégies et des plans nationaux et mobiliser des ressources techniques et financières pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes. En réponse, le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental avait tenu des consultations qui avaient conduit à l'élaboration du projet de *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes*. Ce cadre d'action régional comprend les quatre domaines d'action prioritaires suivants : gouvernance, politiques et coordination ; information et gestion des connaissances ; services de santé ; ressources.

79. Les représentants ont approuvé le *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes*. Plusieurs États Membres ont déclaré que le cadre régional facilitait l'élaboration de mécanismes nationaux, puis ont passé en revue les progrès accomplis au niveau national dans les activités de préparation (ou planification préalable des secours), notant certaines initiatives telles que l'établissement de réseaux de planification régionaux et infrarégionaux ; la création d'unités ou d'organismes dans les ministères de la santé, les équipes d'intervention rapide et la gestion des catastrophes ; les mesures visant à rétablir la prestation de services de santé à la suite de catastrophes, notamment la formation de personnel médical spécialisé ; la gestion des connaissances et l'échange des données d'expérience. Il a été constaté que le calendrier de mise en œuvre du cadre régional devrait prendre en compte les particularités nationales. Plusieurs représentants ont demandé au Bureau régional de fournir un appui technique qui contribuerait au renforcement des capacités nationales. Les intervenants des pays insulaires du Pacifique ont souligné la vulnérabilité particulière de leurs pays face aux catastrophes et aux maladies à transmission vectorielle liées au changement climatique. D'autres représentants ont fait observer que les situations d'urgence et les catastrophes touchaient de manière disproportionnée les pauvres et les personnes vulnérables, et que les maladies liées au mode de vie avaient tendance à augmenter durant la phase de relèvement après une catastrophe (par exemple parmi les populations déplacées). Il importait au plus haut point de renforcer la capacité de résistance des communautés exposées à des aléas.

80. Un représentant a fait observer que les secteurs de la santé et de l'environnement devaient unir leurs efforts pour régler les problèmes transversaux, tels que les nuages de pollution

transfrontalière. Il était donc urgent de renforcer les capacités nécessaires pour assurer une bonne gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes. Un autre représentant a souligné que les situations d'urgence et les catastrophes pouvaient être classées prévisibles ou imprévisibles ; si un pays élaborait des plans d'action afin de faire face à des situations d'urgence prévisibles, telles que celles causées par des phénomènes récurrents, il serait mieux à même de faire face à des situations imprévisibles. Il était nécessaire d'assigner des rôles clairement définis et coordonnés à des structures nationales, infrarégionales et régionales, ainsi qu'à des institutions et à des organisations internationales. Les structures d'intervention permanentes et multisectorielles de nature devraient être placées sous la plus haute autorité, la santé dûment représentée à tous les niveaux. Il faudrait veiller à ce que les structures fassent régulièrement l'objet d'un examen et à ce que la prise de décision soit dévolue, dans la mesure du possible, à des instances de rang inférieur. Un certain nombre d'intervenants ont évoqué les contraintes et les obstacles à une action d'urgence efficace, notamment une lourde bureaucratie, une dépendance excessive à l'égard d'un seul point focal, la lenteur de la prise de décision et la diffusion d'informations inexacts par le biais des médias sociaux. Le manque de financement et de ressources humaines ayant reçu une bonne formation ont également été évoqués. Un État Membre a prié instamment les États Membres de faire en sorte que les droits des femmes et des enfants soient protégés dans les situations d'urgence et la planification des interventions, et d'élaborer des indicateurs de surveillance adéquats. Il conviendrait de tenir une consultation technique en vue de définir un ensemble d'indicateurs essentiels qui surveilleraient les réalisations dans le domaine de la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes.

81. Le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence a pris note des nombreuses initiatives menées au niveau national, et de l'importance d'une collaboration multisectorielle. De nombreux enseignements tirés avaient été déjà incorporés dans le cadre régional, et les liens entre le changement climatique et la santé environnementale seraient dûment pris en compte. De toute évidence, de vastes possibilités s'offraient pour tirer parti du cadre de la *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique* (SMEAP) et du RSI (2005) au niveau national.

82. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que l'OMS était déterminée à passer d'une approche projet à une approche programme et à instituer un mécanisme plus efficace pour donner suite aux enseignements tirés de chaque catastrophe.

83. Le Comité régional a examiné un projet de résolution sur les situations d'urgence et les catastrophes.

84. La résolution, telle qu'amendée, a été adoptée (voir résolution WPR/RC65.R6).

RAPPORTS DE SITUATION SUR LES PROGRAMMES TECHNIQUES : Point 15 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/10)**Paludisme**

Tuberculose : Préparation en vue de la mise en œuvre pratique dans la Région de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015

Dengue**Maladies non transmissibles**

Salubrité de l'environnement : Forum régional sur l'environnement et la santé

Prévention des traumatismes et de la violence

Nutrition : double fardeau de la malnutrition

Couverture sanitaire universelle

Objectifs du Millénaire pour le développement

Règlement sanitaire international (2005)

Sécurité sanitaire des aliments : mise en œuvre de la Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments (2011-2015)

85. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que le RSI (2005) assurait un cadre juridique mondial à tous les États Membres qui leur permettait d'échanger des informations et de renforcer leurs capacités pour prévenir, détecter, évaluer et circonscrire les menaces à la santé publique. La Région avait déjà pris des mesures dans ce sens en mettant en œuvre la *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique* (SMEAP). Les États Membres étaient invités à redoubler d'efforts pour se doter des capacités essentielles requises aux termes du RSI (2005) d'ici à 2016 – date finale – et de les conserver à l'avenir.

86. La *Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments (2011-2015)* avait été approuvée par la soixante-deuxième session du Comité régional. La stratégie était axée sur le renforcement des systèmes nationaux de contrôle des aliments, ainsi que sur la promotion de la coordination nationale et de la collaboration entre partenaires et gouvernements nationaux. Les normes nationales ou internationales sur la sécurité sanitaire des aliments avaient été appliquées dans la plupart des pays de la Région, et les lois et les réglementations alimentaires avaient été mises à jour. Les services d'inspection, les capacités de laboratoire et les mécanismes d'INFOSAN avaient tous été renforcés.

87. Alors que beaucoup de pays progressaient sur la voie de l'élimination du paludisme, la résistance à l'artémisinine représentait un défi majeur dans la sous-région du Grand Mékong. Une étroite collaboration avait été favorisée par l'élaboration de l'*Emergency Response to Artemisinin Resistance in the Greater Mekong Subregion: Regional Framework for Action 2013-2015* (Riposte d'urgence à la résistance à l'artémisinine dans la sous-région du Grand Mékong : un cadre d'intervention régional pour 2013-2015). L'OMS participait également à de nouvelles initiatives telles que l'Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme (APLMA). Par le biais de consultations régionales, les États Membres et les partenaires avaient contribué à l'élaboration de la nouvelle Stratégie technique mondiale pour 2016-2025, qui ferait l'objet d'un débat à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015.

88. La Région avait atteint les cibles des OMD relatifs à la tuberculose avant la date-butoir de 2015 ; on notait cependant 1,6 millions de nouveaux cas et 110 000 décès chaque année. Sur les cas enregistrés en 2013 dans la Région, on estimait à 71 000 le nombre de cas résistants aux médicaments, dont moins d'un sur 15 était diagnostiqué et traité correctement. La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé avait approuvé la stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 (résolution WHA67.1). Des consultations étaient en cours en vue de définir les mesures prioritaires à prendre pour répondre aux besoins de chaque pays.

89. La dengue continuait d'être un grave problème de santé publique dans la Région. L'OMS avait souligné la nécessité de renforcer les capacités par des approches intégrées, notamment la SMEAP et la gestion intégrée des vecteurs.

90. Pour ce qui était du *Plan d'action régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans le Pacifique occidental (2014–2020)*, les États Membres en avaient commencé la mise en œuvre. L'OMS collaborait avec les ministères de la santé à l'élaboration de plans d'action pour la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT) multisectorielles, qui comprenaient des cibles nationales alignées sur les objectifs mondiaux volontaires. Le Secrétariat travaillerait en étroite collaboration avec les États Membres afin de renforcer l'action menée au niveau national pour lutter contre les MNT. L'objectif d'un Pacifique sans tabac à l'horizon 2025 était audacieux. Pour appuyer sa réalisation, nombre d'États Membres avaient adopté *L'ensemble OMS d'interventions essentielles ciblant les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires en contexte de faibles ressources* (PEN).

91. Comme suite à la résolution du Comité régional WPR/RC56.R7 adoptée en 2005, 14 États Membres avaient créé en 2007 le Forum régional sur l'environnement et la santé dans les pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est. Le Forum s'était avéré efficace pour promouvoir la collaboration entre le secteur de la santé et celui de l'environnement, et pour améliorer les cadres stratégiques et réglementaires. Il avait permis d'instituer officiellement des plans d'action sur la santé et l'environnement au Cambodge, en Malaisie, en Mongolie, aux Philippines et en République démocratique populaire lao; il avait également approuvé en 2013 un nouveau cadre de coopération visant à renforcer davantage la collaboration parmi les pays et à l'intérieur de chacun d'entre eux.

92. En réponse à la prévention de la violence et des traumatismes, qui coûtaient la vie à plus d'un million de personnes chaque année dans la Région, le Comité régional avait, en 2012, adopté sa première résolution visant à transposer à plus grande échelle les mesures de prévention, de contrôle et de répression. Par la suite, des consultations entre les États Membres avaient permis de poser les premiers jalons d'un nouveau plan d'action régional axé sur la sécurité routière, ainsi que sur la prévention des traumatismes chez l'enfant et de la violence à l'encontre des femmes, des enfants et des jeunes. Un plan de renforcement des capacités centré sur ces trois domaines d'action prioritaires était également en cours d'élaboration. Le Bureau régional avait redoublé d'efforts pour associer un large éventail d'acteurs à la prévention de la violence et des traumatismes, notamment les ministères de la santé, des transports, de la police, de la justice, du développement social et de la condition féminine.

93. Pour ce qui était de la nutrition et du double fardeau de la malnutrition dans la Région, le Comité régional avait adopté en 2012 la résolution WPR/RC63.R2 sur le renforcement de la nutrition dans la Région. Les États Membres élaboraient au niveau national des politiques, des plans d'action et des documents juridiques ; des consultations s'étaient tenues sur les mesures juridiques à prendre pour promouvoir la nutrition, notamment les réglementations régissant l'étiquetage et la commercialisation destinés aux enfants, et sur la prévention de l'obésité. En réponse à l'aggravation du problème, un *Plan d'action pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région du Pacifique occidental (2015-2020)* avait été élaboré. Les États Membres étaient encouragés à faire fond sur le plan pour mettre à jour leurs programmes nationaux centrés sur la nutrition.

94. Le rapport sur la couverture sanitaire universelle portait sur les activités menées à cet égard par les États Membres au cours des années précédentes. Il s'agissait de dispositions législatives telles que la révision des lois sur l'assurance maladie, de l'établissement de nouvelles statistiques essentielles, de la création de fonds de financement de la santé, et des mesures prises pour répondre aux préoccupations dans le domaine des droits de l'homme. La couverture sanitaire universelle était pour les États Membres de la Région un objectif commun de développement du système de santé, et occuperait une place majeure dans le programme de développement pour l'après-2015. À cet effet, les

États Membres étaient de plus en plus résolus à se conformer aux principes d'équité, d'efficacité et de durabilité énoncés dans l'examen des stratégies des systèmes de santé présenté à la soixante-quatrième session du Comité régional.

95. Le rapport final présentait en détail les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) dans la Région. L'échéance, fixée à 2015, approchait à grands pas. Dans l'ensemble, la Région réalisait des avancées considérables pour ce qui était des objectifs relatifs à la santé. À l'exception de quelques États et Territoires qui n'atteindraient peut-être pas tous les objectifs d'ici à 2015, tous les pays avaient accompli des progrès remarquables pour réduire les taux de mortalité et de morbidité, et pour élargir la couverture de santé. Parmi les défis à relever, figuraient l'inégale répartition des progrès entre les pays et à l'intérieur de chacun d'entre eux, le manque d'informations précises et fiables pour suivre les progrès accomplis. En règle générale, il convenait de redoubler d'efforts pour accroître l'accès aux services de santé et leur disponibilité en vue de réduire les disparités en matière de santé.

96. Les représentants se sont félicités de la rapidité avec laquelle alertes et éléments d'information sont diffusés par les points focaux nationaux RSI et les points de contact RSI de l'OMS. L'OMS a été saluée pour l'assistance qu'elle a offerte dans l'établissement des capacités principales requises aux termes du RSI (2005), et plusieurs représentants ont demandé un appui technique supplémentaire pour combattre de nouvelles souches de maladies transmissibles. Un intervenant a suggéré l'établissement d'un système de communication régulière et la mise en commun de plans de coopération et une claire définition des rôles dévolus à chaque ministère afin d'éviter toute confusion. Si l'épidémie de maladie à virus Ebola avait montré que les plus graves menaces sanitaires étaient prises au sérieux dans les plus hautes sphères politiques, elle avait également souligné que les pays dotés de systèmes de santé fragiles ne disposaient pas de toutes les capacités principales requises aux termes du RSI et qu'il fallait peut-être renforcer les mécanismes d'autoévaluation pour remédier à ces lacunes. Pour les petits pays insulaires du Pacifique, les points d'entrée posaient un problème particulier. Un représentant avait fait observer que sur les 194 États Membres que comptait l'OMS, seuls 63 disposaient des capacités prescrites. Maintenir le RSI (2005) au-delà de 2015 posait un défi dont tous les États Membres devraient prendre conscience.

97. Lors des débats sur le paludisme, les représentants ont noté que la multiplication des échanges internationaux entraînait l'augmentation des cas importés. Plusieurs représentants avaient indiqué que les efforts de lutte nationaux étaient axés sur les groupes vulnérables tels que les populations autochtones et les migrants. L'OMS avait un rôle à jouer dans l'intensification des interventions de prévention et de traitement, dans la surveillance des médicaments antipaludiques et dans le renforcement des capacités afin de veiller à la qualité des médicaments administrés. Il fallait combattre le problème de la résistance à l'artémisinine par des initiatives régionales ; l'Organisation devait continuer de montrer la voie à suivre et participer à des actions coordonnées avec les États Membres et les partenaires. L'Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme (APLMA) et la *Stratégie technique mondiale contre le paludisme 2016-2025* pouvaient contribuer à mobiliser un appui politique à l'endigement de la résistance à l'artémisinine et un effort collectif en vue d'éliminer le paludisme dans la Région d'ici à 2030. Une représentante a annoncé qu'un nouveau médicament antipaludique avait été élaboré avec succès dans son pays, grâce à l'appui de l'Organisation et de l'Opération médicaments antipaludiques. Le représentant de la Chine a déclaré que l'OMS devrait soutenir la recherche sur des substituts aux produits dérivés de l'artémisinine ; à cet égard, l'Organisation devrait envisager d'accélérer la préqualification d'antipaludéens fabriqués en Chine, efficaces et peu coûteux.

98. Les représentants ont souligné combien il importait d'adopter une approche régionale et de nouer des partenariats durables pour maîtriser la tuberculose, notant que la Région avait beaucoup à gagner de la *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*. Le renforcement du dépistage des cas parmi les groupes vulnérables était jugé d'une

importance particulière. L'OMS était invitée à fournir une assistance technique à un pays insulaire du Pacifique pour améliorer les services de diagnostic en laboratoire et le temps d'analyse. L'Organisation était également priée de renforcer l'appui technique et financier qu'elle offrait aux pays les plus touchés, en vue notamment de réduire le coût des médicaments antipaludiques. À cet égard, un représentant a annoncé l'élaboration dans son pays d'un nouvel antipaludéen et un autre a fait état de la création d'un réseau virtuel national sur la tuberculose multirésistante, qui ferait appel, sur un plan clinique, aux compétences recueillies à travers le pays pour gérer les cas multirésistants et extrêmement résistants. Les États Membres étaient invités à renforcer l'association des secteurs public et privé, qui faisait partie intégrante de la *Stratégie mondiale et cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015*. Il a été observé que certaines cibles et échéances énoncées dans la stratégie mondiale étaient moins pertinentes au regard de la situation nationale.

99. Il a été rappelé que la Stratégie régionale en matière de sécurité sanitaire des aliments arrivait à échéance à la fin de 2015 ; le Secrétariat devrait faire part des mesures qu'il envisageait de prendre pour la renouveler. Un représentant a fait observer que face à la mondialisation des chaînes de distribution alimentaire, la sécurité sanitaire des aliments passait notamment par l'établissement de structures de collaboration mondiales telles que celles qui servaient à lutter contre les maladies infectieuses. Parmi les activités proposées à l'intention des États Membres, figuraient notamment les suivantes : la mise en œuvre de mesures de sécurité dès le début de la production alimentaire ; le respect des normes du Codex Alimentarius dans l'application de nouvelles mesures d'hygiène ; une communication appropriée sur les risques, y compris l'échange d'informations à l'échelon mondial. Alors que l'on ne pouvait que se féliciter de la participation de l'OMS, les États Membres de la Région avaient encore des progrès à faire. Une communication plus active de l'OMS sur la sécurité sanitaire liée à l'alimentation serait également bienvenue, sur le plan tant régional que mondial. Le représentant du Japon a annoncé que son pays cherchait d'autres moyens de contribuer à la sécurité des aliments, en détachant notamment des fonctionnaires auprès du Bureau régional.

100. Des préoccupations ont été exprimées quant à la propagation de la dengue dans la Région. Celle-ci semblait anéantir les efforts fondés sur la stratégie de lutte contre la dengue. Il faudrait renforcer encore davantage les mesures prises pour combattre la maladie. Plusieurs représentants ont noté qu'il importait, d'une part, de mobiliser l'ensemble de la société dans les efforts consentis pour maîtriser la dengue, et, d'autre part, de solliciter une assistance technique auprès de l'OMS dans le domaine de la gestion de la lutte antivectorielle. L'urbanisation, les déplacements internationaux et le changement climatique avaient facilité la propagation de la dengue, laquelle pourrait donc être mieux maîtrisée par une coopération transfrontalière et l'échange en temps utile de données épidémiologiques. À cet égard, l'OMS devrait engager des dialogues plus actifs avec les parties prenantes multisectorielles et veiller à ce que sa démarche s'inscrive dans le cadre du programme de développement durable au niveau des industries et des nations. Là encore, une action concertée s'imposait au niveau régional. Les représentants ont également fait état de difficultés financières et de l'insuffisance de ressources humaines qualifiées auxquels se heurtaient leurs pays. Pour y remédier, il faudrait faire en sorte de mieux intégrer les activités de lutte contre la dengue dans les programmes de santé existants et renforcer la participation des communautés. Le Plan stratégique de lutte contre la dengue devait venir à échéance à la fin de 2015 et le Secrétariat devrait faire part des mesures qu'il entendait prendre pour le renouveler. Le Bureau régional devrait saisir l'occasion de faire concorder le nouveau plan avec les directives mondiales et les stratégies mondiales sur la prévention et la maîtrise de la dengue, en incorporant de nouveaux éléments qui tiendraient compte des différences géographiques, économiques, politiques et culturelles. Divers obstacles à la lutte contre la dengue, liés aux comportements ont été soulignés, notamment le manque de participation communautaire aux efforts déployés pour définir et détruire les habitats de moustiques, l'absence de propreté de l'environnement et l'abandon de détritiques. Dans une certaine mesure, ces obstacles pouvaient être surmontés par l'évolution des pratiques de planification urbaine.

101. Les représentants ont noté que les maladies non transmissibles (MNT) continuaient de représenter un défi et que certaines tendances, notamment le vieillissement de la population, ne faisaient qu'accroître les difficultés rencontrées. Un représentant a ajouté que trois des quatre provinces de son pays avaient décrété « l'état d'urgence » face à une MNT. Pour ce qui concerne la lutte contre le fardeau des MNT, les représentants ont salué l'appui qu'offrait l'Organisation, notamment à la mise en œuvre de programmes nationaux de réduction de l'apport en sel, à la révision de la législation et au renforcement des capacités au moyen de l'ensemble OMS d'interventions essentielles ciblant les MNT. L'importance d'une action coordonnée sur les maladies non transmissibles (MNT) a été soulignée, et l'OMS, ainsi que ses partenaires du développement ont été encouragés à collaborer avec les pays insulaires du Pacifique à la mise en place d'actions nationales appropriées. Malgré les succès enregistrés dans la lutte antitabac, comme certains pays insulaires du Pacifique ne disposaient pas d'outils de surveillance et d'évaluation, le Secrétariat et les États Membres étaient priés de leur apporter un appui. À cet égard, un intervenant a demandé à l'Organisation d'apporter son concours à l'Alliance de surveillance pour la lutte contre les MNT. L'importance revêtue par le plan d'action mondial et son cadre de surveillance complet a également été soulignée. Les intervenants ont fait observer que les mesures de lutte contre les MNT nécessitaient une utilisation efficace des mécanismes de coordination et un effort de collaboration avec un large éventail de partenaires, aux niveaux national, régional et mondial. L'Organisation devrait continuer de jouer un rôle de chef de file dans la prévention et la maîtrise des MNT, facilitant les échanges nécessaires entre les pays.

102. Les représentants ont noté que la prévention de la violence et des traumatismes était une question complexe qui nécessitait une approche multisectorielle. Le rôle de chef de file joué par le Bureau régional dans la tenue des débats sur la question avec les États Membres était bienvenu. Le Secrétariat était invité à étendre ces consultations en 2015.

103. En ce qui concerne la nutrition et le double fardeau de la malnutrition, on a souligné l'importance de prendre une approche coordonnée. Un représentant a demandé un complément d'informations sur les moyens employés par le Bureau régional pour collaborer avec d'autres partenaires multilatéraux dans la Région. Les représentants se sont félicités du *Plan d'action pour réduire le double fardeau de la malnutrition dans la Région du Pacifique occidental (2015-2020)*. Un intervenant a noté que plusieurs autres stratégies, plans et conventions de cet ordre avaient été mis en place, aussi bien à l'OMS que sur le plan international. Des initiatives visant à rationaliser l'établissement de rapports nationaux seraient donc bienvenues, de même que des informations sur la façon dont la seconde Conférence internationale OMS/FAO sur la nutrition (prévue du 19 au 21 novembre 2014) appuierait les nombreux autres plans connexes sans risque de chevauchements. Le renforcement de la collaboration entre l'OMS et la FAO dans le cadre de ce forum serait par conséquent bénéfique. Pour relever le défi de la nutrition, les gouvernements devaient adopter une démarche intersectorielle dont les institutions des Nations Unies se feraient l'écho. Un représentant a indiqué qu'avec l'appui de l'OMS, son pays était prêt à mettre en commun ses données d'expérience et à établir une coopération technique avec les États Membres. Plusieurs représentants comptaient sur l'appui technique de l'OMS pour adopter une démarche en matière de nutrition qui ferait appel à l'ensemble des pouvoirs publics, ce qui leur permettrait de transposer les objectifs de leurs plans régionaux dans une législation fondée sur de solides données scientifiques.

104. Les représentants ont débattu des activités menées par leurs pays respectifs pour établir la couverture sanitaire universelle, dont certaines remontaient à des dizaines d'années. Au nombre des enseignements tirés par les États Membres figuraient les mesures suivantes : élargir la couverture de l'assurance maladie de base ; améliorer l'accès aux soins en établissant un système de soins de santé primaires couvrant les zones urbaines et rurales ; assurer l'équité dans les services de santé publique. Plusieurs intervenants ont proposé de mettre en commun les données d'expérience de leurs pays avec d'autres États Membres. Même si la couverture sanitaire universelle demeurait un élément important de l'objectif de santé mondial, des difficultés se posaient pour organiser, définir et concrétiser les

méthodes à employer pour l'instaurer. Un représentant a noté la réserve de certains États Membres au regard de la difficulté qu'il y aurait à mesurer la couverture sanitaire universelle. Cependant, les indicateurs fournis à la fois par l'OMS et la Banque mondiale permettaient d'y parvenir d'après les paiements directs des soins de santé, la disponibilité de médicaments essentiels et de qualité et la présence de personnel soignant qualifié pendant les accouchements. L'accent placé par le Bureau régional sur la répartition par les États Membres des fonds nationaux à un plus large éventail de domaines sanitaires a été salué. L'Organisation et l'Observatoire des systèmes et des politiques de santé en Asie et dans le Pacifique ont été priés de collaborer plus systématiquement avec les États Membres à la réalisation des activités suivantes : améliorer l'efficacité technique dans les secteurs public et privé, fournir un appui au renforcement des capacités et à la planification stratégique sur l'estimation des coûts ; renforcer la collaboration avec les États Membres dans la mise en œuvre des plans de santé nationaux afin que même les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure puissent en bénéficier. Plusieurs représentants ont souligné l'importance de faire en sorte que la couverture sanitaire universelle compte parmi les cibles du programme de développement pour l'après-2015 afin que la question de la santé soit intégrée dans toutes les politiques. Il conviendrait de tenir de nouvelles discussions sur le financement de la santé, les systèmes de prestation de services et la gouvernance des personnels sanitaires en vue d'élargir la couverture sanitaire universelle. L'Organisation était invitée à appuyer les ministères de la santé dans les efforts qu'ils menaient pour faire participer les secteurs non liés à la santé à une action multisectorielle visant à établir la couverture sanitaire universelle. Un représentant a annoncé que son pays détacherait du personnel auprès du Bureau régional et des États Membres pour travailler sur la question des services hospitaliers.

105. Plusieurs représentants ont fait observer que les pays étaient toujours aux prises avec les difficultés suivantes : réduire la mortalité infantile et la malnutrition ; redoubler d'efforts en faveur des régions pauvres et reculées ; mettre fin aux déséquilibres entre zones urbaines et zones rurales ou reculées ; améliorer la couverture des services de soins de santé primaires. Pour atteindre les OMD relatifs à la santé, il était essentiel d'éviter tout recul des indicateurs. Un représentant a souligné combien il importait de veiller à ce que l'intensification des efforts consentis pour atteindre les OMD n'entravât pas l'équité de l'accès aux services de santé ni leur disponibilité.

106. Les représentants ont souligné qu'il était essentiel d'instaurer une collaboration multisectorielle pour relever les défis sanitaires et environnementaux. Les pays membres de la Northern Pacific Environmental Health Association (NPEHA) avaient récemment défini deux priorités en vue des travaux ultérieurs dans le domaine de la santé et de l'environnement : planification stratégique ; formation et renforcement des capacités pour les personnels de la santé et de la salubrité de l'environnement. L'appui de l'OMS a été salué par un membre du Secrétariat du Forum régional sur l'environnement et la santé. Le Secrétariat était prié d'accorder une aide supplémentaire aux membres de la NPEHA dans l'élaboration du plan stratégique de l'Association et des plans d'action nationaux.

107. Quatre organisations non gouvernementales ont présenté des déclarations écrites sur le point de l'ordre du jour. Les représentants ont également pris la parole au nom des organismes suivants : l'Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme (APLMA) ; la Fédération internationale du diabète ; l'Organisation météorologique mondiale ; International Spinal Cord Society (la Société internationale de la moelle épinière) ; la Banque asiatique de développement ; la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine ; l'Alliance internationale des organisations de patients ; l'Organisation mondiale des médecins de famille ; le Groupe d'examen indépendant d'experts.

108. Le Directeur de la Division des maladies transmissibles a souligné certaines des observations faites et des questions soulevées. À propos du paludisme, il a évoqué l'importance du rôle de l'Action d'urgence contre la résistance à l'artémisinine dans la sous-région du Grand Mékong (ERAR), à la

fois le projet et le cadre y afférent. Il s'est également félicité de la contribution financière de l'Australie et de la Fondation Bill & Melinda Gates au projet. Le rôle de l'APLMA était également important. Il a mentionné les nombreuses activités en cours pour éliminer le paludisme, « l'arme la plus efficace » contre la maladie : définition d'objectifs nationaux d'élimination par les pays d'endémie paludique, le prochain examen par le Sommet de l'Asie de l'Est de la possibilité d'une région exempte de paludisme et la recommandation au Directeur général du Comité de pilotage de la politique de lutte antipaludique (MPAC) sur la faisabilité de l'élimination du paludisme à *falciparum* de la sous-région du Grand Mékong, qui serait débattue à la prochaine Assemblée mondiale de la Santé. Il a également indiqué que le Secrétariat entendait mettre à jour certains plans en consultation avec les États Membres. Le plan sur la dengue était un exemple possible. Il a réaffirmé l'importance, déjà mentionnée par plusieurs représentants, d'accorder toute l'attention voulue aux groupes vulnérables, en dépit des difficultés que cela impliquait. Pour ce qui est de la lutte contre la tuberculose, il a souligné qu'il importait d'améliorer l'accès aux cas manquants, et partant de combler une lacune très importante en matière de traitement – notamment en ce qui concerne la tuberculose multirésistante. Le réseau virtuel facilitant la gestion de la tuberculose multirésistante - évoqué par un intervenant - pourrait servir de modèle en matière de prestation des services. Vu que l'État Membre intéressé était devenu plus aguerri dans la gestion du réseau, les enseignements qu'il en avait tirés pourraient être utiles aussi bien aux États Membres qu'au Secrétariat. Le Directeur de la Division des maladies transmissibles s'est félicité des efforts consentis par un État Membre pour combler le déficit de financement au moyen de ressources nationales, en s'appuyant sur le nouveau modèle de financement du Fonds mondial. Bien conscient que plusieurs pays avaient été touchés, le Secrétariat collaborait avec eux pour faire face aux effets du changement. En dépit des nombreux obstacles qu'il restait à surmonter – notamment la résistance à l'artémisinine et la tuberculose multirésistante et extrêmement résistante aux médicaments, les lacunes en matière de traitement et les populations difficiles à joindre – beaucoup avaient été accompli, ce qui se traduisait par l'amélioration de la santé des communautés et l'augmentation du nombre de vies sauvées. Il existait donc de bonnes raisons de se montrer optimiste - encore que prudemment -, pour l'avenir.

109. Le Directeur de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence, a évoqué les observations formulées par les représentants sur le RSI (2005). On notait une communauté de vues entre les États Membres et le Secrétariat. Le Règlement était considéré comme particulièrement important et les États Membres, ainsi que la communauté internationale misaient beaucoup sur lui, face aux fortes pressions exercées pour rendre la Région plus sûre qu'auparavant. À l'heure de la mondialisation, le RSI (2005) était un outil de sécurité sanitaire mondial et en assurer le respect était une lourde responsabilité. En réponse à la question « sommes-nous prêts pour l'Ebola ? », le Directeur a répondu que la Région était mieux préparée qu'avant et elle a félicité les pays, notamment en ce qui concerne le renforcement des systèmes de surveillance sanitaire et les centres d'opérations d'urgence. Compte tenu de la régulière apparition de différentes maladies, il était nécessaire d'élaborer des politiques générales, conformément aux termes du RSI (2005). Elle a également mentionné la persistance des difficultés liées au manque de capacités des laboratoires dont souffrent les pays insulaires du Pacifique ; le Secrétariat aidait les pays à résoudre ces problèmes. Elle a remercié les pays de l'aide qu'ils s'apportaient mutuellement par le truchement de l'OMS. En réponse aux observations faites par un représentant sur le renforcement des capacités des points d'entrée, en particulier dans le Pacifique, elle a affirmé qu'il était prévu dans le plan de travail de la SMEAP (2010). En outre, en novembre, la réunion des points focaux nationaux du RSI porterait sur les capacités principales, notamment les capacités des points d'entrée. Elle a reconnu l'éventuelle faiblesse de l'auto-évaluation, et indiqué que le Bureau régional utilisait un mécanisme de surveillance et d'évaluation, ce qui signifiait que le Secrétariat recommandait aux pays de tenir des réunions annuelles avec les parties prenantes afin de pouvoir procéder à un examen honnête des résultats et des lacunes, et de proposer des modifications pertinentes aux plans de travail. La surveillance au niveau régional était assurée par le Groupe technique consultatif de l'Asie-Pacifique, conformément aux priorités de la Région convenues d'un commun accord. Elle a également fait état de la volonté du Bureau régional de participer aux débats qui se tenaient au Siège au sujet d'un

éventuel mécanisme de surveillance externe. En ce qui concerne la proposition d'organiser un programme de sécurité sanitaire mondial, elle estimait qu'il s'agissait d'une initiative très importante. Le Bureau régional tenait à travailler avec les États Membres dans ce domaine. Sur la sécurité sanitaire des aliments, elle a reconnu que les progrès accomplis étaient moins importants que prévu. Il était clair que des progrès avaient été réalisés dans les domaines de la législation et de l'élaboration de mécanismes. Un rapport de situation était en cours d'achèvement et présenterait en détail les difficultés rencontrées. En réponse à la question émanant d'un représentant sur ce qu'il adviendrait de la *Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments 2011-2015*, elle a répondu que compte tenu de la souplesse de la Stratégie, celle-ci restait pertinente. Le Secrétariat continuerait de l'appliquer pour aider les États Membres. Il était prévu de tenir une réunion virtuelle d'experts par le biais d'Internet en vue d'évaluer la Stratégie et de décider de la meilleure voie à suivre. Faisant référence à un autre représentant qui avait déclaré qu'il restait des progrès à faire, elle a indiqué que le Secrétariat était d'accord sur ce point et en avait pris bonne note. Pour finir, elle a confirmé que le Secrétariat était prêt à collaborer avec les États Membres qui en avaient fait la demande et à leur apporter un appui technique.

110. Le Directeur de la Division Maladies non transmissibles et Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie a fait état des fortes dispositions prises par les États Membres pour combattre les épidémies. Elle a fait observer que plusieurs représentants avaient affirmé que les maladies non transmissibles (MNT) demeuraient une priorité majeure pour l'exercice biennal 2016-2017, et que le programme d'action concernant les MNT s'étendait désormais au-delà des systèmes de santé, les ministères de la santé reconnaissant l'importance de la collaboration avec d'autres secteurs dans la lutte contre les MNT et faisant participer tous les secteurs du gouvernement. Elle a pris note des innovations, mentionnées par trois pays, dans le domaine des infrastructures, ainsi que les nouvelles mesures gouvernementales dans la prestation des services de soins de santé face aux MNT. Pour ce qui est de la nutrition et de la lutte contre le double fardeau de la malnutrition, elle a pris note de la mise en garde contre les chevauchements entre diverses initiatives. Le plan d'action régional serait une plateforme d'action dans les pays et garantirait la cohérence des politiques, leur permettant d'agir en fonction de leurs besoins et de leur situation économique. Le plan renforcerait également la collaboration entre les secteurs de la santé et de la nutrition. À cet égard, elle a noté que la FAO avait été mentionnée. Comme pour la résistance aux antimicrobiens, il importait de plus en plus que les ministères de la santé et de l'agriculture unissent leurs efforts. En ce qui concerne la protection de la violence et des traumatismes, plusieurs pays la considéraient comme un sujet d'intérêt public. Elle a noté la participation des États Membres à une initiative qui prenait la forme d'un plan régional sur la protection de la violence et des traumatismes. Le Secrétariat collaborerait plus étroitement avec les États Membres pour appuyer leur action. Les représentants avaient évoqué l'importance de la législation. Elle a indiqué que le Bureau régional avait renforcé ses effectifs en ressources humaines dans ce domaine, ce qui avait des répercussions sur le sel, l'étiquetage des denrées alimentaires et la taxation du tabac. Sur ce dernier point, elle a fait part des conclusions de la sixième session de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, annonçant que les dispositions de l'article 6 pour la taxation venaient d'être adoptées, mesure importante qui appuierait également la lutte contre les MNT. Sur la question de la surveillance, évoquée par les États Membres, elle a noté l'importance de renforcer les capacités voulues pour l'enregistrement des faits d'état civil et des statistiques de l'état civil, et la tenue des registres de cancers et de MNT dans leur ensemble. Quant aux OMD, elle a reconnu qu'il importait de veiller à ce que les gains obtenus ne soient pas réduits à néant. Cela valait en particulier pour la mise en place du programme de développement pour l'après-2015, qui devait impérativement prévoir la protection de la santé des femmes et des enfants, en particulier les mères.

111. Le Directeur de la Division Systèmes de santé a félicité les États Membres des progrès accomplis en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle et les OMD relatifs à la santé. Ils ont placé la Région dans une position relativement avantageuse. On ne pouvait pas pour autant verser dans la complaisance compte tenu des écarts importants qui subsistaient entre les pays, sur le plan de

l'équité, entre les villes et les campagnes, et entre les revenus. Il importait donc de continuer à rechercher une réalisation équitable des cibles. Elle a fait observer que plusieurs interventions attestaient la volonté de faire figurer la couverture sanitaire universelle au nombre des objectifs de développement pour l'après-2015, et l'importance que revêtaient les systèmes de santé dans l'action menée pour instaurer la prestation de soins universels. Elle a noté que l'ensemble de la Région avait pleinement conscience que la couverture sanitaire universelle était nécessaire pour atteindre les OMD de façon durable, lutter contre les MNT et assurer une planification préalable des interventions en cas de nouvelles maladies. Là résidait toute l'importance de la couverture sanitaire universelle : veiller à ce que les systèmes de santé puissent faire face à l'évolution des problèmes sanitaires. Les intervenants avaient évoqué les différents chemins empruntés par leurs pays respectifs pour instaurer la couverture sanitaire universelle, certains ayant commencé très tôt. Les différentes voies choisies montraient que les travaux sur les systèmes de santé portaient sur des interventions sociales et politiques, et qu'il n'y avait pas de recette à suivre depuis le sommet. Néanmoins, les difficultés rencontrées n'étaient pas éloignées les unes des autres. Leurs références à l'évaluation des technologies – s'agissant de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé et du Comité d'examen sur l'évaluation de la santé –, et à la création d'un régime d'assurance unique, montraient combien il importait pour les États Membres d'établir des fondements institutionnels qui sous-tendraient l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Même si les États Membres s'employaient à atteindre cet objectif, il était nécessaire d'accorder une attention accrue à la question. En même temps, remerciant l'État Membre qui avait offert de détacher un professionnel pour travailler dans le domaine des services hospitaliers, elle a pris note des observations formulées sur l'importance des services locaux et de leur développement. Le caractère essentiel de l'accès à des services de bonne qualité, en sus du financement, était largement reconnu, de même que le lien étroit entre les deux aspects. Comme on l'avait déjà évoqué, l'importance de faire participer d'autres secteurs (notamment la société civile et le secteur privé) montrait clairement que l'instauration de la couverture sanitaire universelle passait par une approche faisant appel à l'ensemble des pouvoirs publics et de la société. À la proposition d'un État Membre de poursuivre les débats sur le financement de la gouvernance, elle a répondu qu'il fallait tenir compte du lien très étroit entre la prestation des services et la mise en place de services de soins de santé intégrés et orientés sur les individus. Elle s'est dite prête à y accorder une plus grande importance lors du Comité régional qui se tiendrait l'année suivante.

Le Directeur régional a attiré l'attention des représentants sur les montants budgétaires alloués aux travaux sur le RSI – publiés dans un rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé. Par comparaison, le Bureau régional dépensait plus que les autres bureaux régionaux sur les questions relatives aux nouvelles maladies, aux MNT et aux systèmes de santé. Comme le financement dépendait des contributions volontaires, les fonds débloqués pour les situations d'urgence étaient considérables mais diminuaient fortement pendant les périodes plus calmes où il aurait fallu se consacrer à des activités de planification préalable. La situation était difficile mais le Secrétariat était déterminé à maintenir les capacités de façon à mieux servir les États Membres. Pour ce qui est de la dengue, il a indiqué qu'il était difficile de résoudre le problème. De multiples déclarations et annonces avaient été faites à son sujet. Il restait néanmoins difficile de prédire la maladie en dépit de certaines tendances manifestes, qui étaient probablement liées au changement climatique. Malgré les efforts consentis par le Secrétariat, d'importantes flambées avaient frappé en 2013 la République démocratique populaire lao, les îles du Pacifique, et même Singapour – pays modèle de la Région. En 2014, la maladie avait touché la Chine, la Malaisie et les Philippines. Il s'agissait d'un problème pressant qui infligeait des souffrances humaines. Comme le proposaient les États Membres, il fallait revoir le plan actuel. Les États Membres avaient demandé qu'un point sur la dengue soit inscrit à l'ordre du jour du prochain Comité régional. Le Directeur régional était en accord avec eux mais inviterait un Groupe d'experts techniques chargés de faire des recommandations sur les mesures à prendre. Pour ce qui est de la sécurité sanitaire des aliments, il a exprimé sa profonde gratitude au Gouvernement du Japon, qui avait proposé de détacher un expert auprès du Bureau régional. Ce qui venait à point nommé compte tenu de la rapide évolution que connaissait la Région, certains de ses pays aux prises avec des

problèmes de fabrication et de commercialisation des denrées alimentaires. De plus, en raison de leur petite superficie, les îles du Pacifique ne disposaient pas des capacités de contrôle et de surveillance nécessaires, mais leurs problèmes étaient également liés à la consommation de sel et aux MNT. En ce qui concerne le paludisme, il a réaffirmé l'importance du rôle que jouait l'APLMA comme mécanisme de financement. Sur la question de la résistance à l'artémisinine, il a attiré l'attention sur la dimension politique de ce qui constituait un grave problème. Il n'existait qu'un médicament de prédilection pour le paludisme à *falciparum*. D'énormes difficultés surgiraient si ce médicament cessait d'être efficace. L'action d'urgence contre la résistance à l'artémisinine avait été mise en place pour faire face au problème. Les cinq pays directement concernés par le problème touchaient deux régions de l'OMS, ce qui posait des problèmes de coordination. Les deux Directeurs régionaux tenaient une réunion annuelle pour débattre de leurs priorités communes à cet égard. Le nouveau centre régional de Phnom Penh avait été créé dans le cadre de cet effort, en vue de décentraliser les autorités et de faciliter une prise de décision rapide. Pour ce qui concerne la tuberculose, en particulier ses formes multirésistantes et extrêmement résistantes, le Directeur régional était conscient de la gravité du problème. Il importait que le Bureau régional offre son soutien pour écarter cette menace. Dans l'ensemble, les activités du Bureau régional suivaient le calendrier prévu mais il était déterminé à renforcer son appui au pays insulaire du Pacifique qui en avait exprimé la demande. Il a remercié Singapour d'avoir détaché un expert en gestion hospitalière, de même que les autres gouvernements qui avaient envoyé des spécialistes dans la Région. Il a signalé que 14 experts étaient actuellement en détachement pour l'OMS dans la Région.

COORDINATION DES TRAVAUX DE L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ, DU CONSEIL EXÉCUTIF ET DU COMITÉ RÉGIONAL : Point 16 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/11)

Allocation stratégique des volants budgétaires

Collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques

Multilinguisme : mise en œuvre du Plan d'action

112. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a déclaré que le Comité régional était encouragé à offrir des conseils et des orientations sur la nouvelle allocation stratégique des volants budgétaires (antérieurement connue sous le nom d'allocation stratégique des ressources) et de partager ses vues sur le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques. Toutes les observations formulées par les États Membres seraient soumises à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif en 2015. Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental avait créé une bibliothèque numérique baptisée Dépôt institutionnel de l'OMS pour le partage de l'information (IRIS), afin d'assurer aux États Membres un accès via Internet aux produits d'information sur la santé et aux documents des organes directeurs publiés par l'OMS dans le Pacifique occidental. Au début de 2015, plus de 7000 de ces ouvrages seraient disponibles en chinois, en français et dans d'autres langues.

113. Le Sous-Directeur général chargé de l'Administration a indiqué que les débats sur la réforme de l'allocation stratégique des volants budgétaires avaient progressé lentement parmi les principaux bureaux de l'OMS et les quatre grands segments de l'activité de l'Organisation, à savoir : la coopération technique, la production de biens de santé publique, l'administration et la gestion, et les interventions dans les situations d'urgence. La Région du Pacifique occidental était représentée par la Malaisie dans le groupe de travail des États Membres qui avait été créé pour assister et guider le Secrétariat dans l'élaboration de la nouvelle méthodologie, et pour faciliter les débats entre États Membres. Quelques principes de base avaient été adoptés : la nouvelle méthodologie couvrirait les contributions fixées et les contributions volontaires, et prendrait en compte les besoins fondés sur

des données factuelles, la gestion axée sur les résultats, la justice et l'équité, la responsabilisation et la transparence, une claire définition des rôles et des fonctions, et l'amélioration des résultats.

114. La répartition des ressources entre les régions avait été la question la plus litigieuse. Aucune région ne s'était portée volontaire pour accepter une réduction de ses crédits. Néanmoins, une série de critères avait été élaborée pour l'allocation des ressources, notamment les indicateurs de développement humain et la couverture de vaccination, les indicateurs supplétifs pour les catégories techniques dans le Programme général de travail, et le facteur de pondération par groupe de population. Il importait de garder à l'esprit que les ressources seraient allouées aux régions, lesquelles les répartiraient entre les États Membres. Institution mondiale de santé publique, l'OMS devait se concentrer sur les domaines qui avaient un avantage comparatif, et en même temps s'aligner sur le Programme général de travail et les priorités des pays. Le segment des biens publics mondiaux, tels que la santé comportait des fonctions obligatoires et des engagements à long terme en sus de fonctions et de politiques plus sensibles au facteur temps (plus assujetties à des contraintes de temps), souvent précisés dans les décisions des organes directeurs. Le rapport coût-efficacité et les économies de coûts étaient des considérations majeures. À l'OMS, les coûts d'administration et de gestion étaient demeurés stables au fil du temps. L'expérience montrait également que les ressources pouvaient être rapidement réallouées à d'autres activités afin de faire face à des catastrophes et à des situations d'urgence. L'allocation stratégique des volants budgétaires recoupait d'autres composantes de la réforme de l'OMS – et en était tributaire – à savoir la planification ascendante, le coût des produits et des prestations, la définition des rôles et des fonctions aux trois niveaux de l'Organisation, ainsi que l'examen des coûts d'administration et de gestion. Il importait donc que les différents éléments ne soient pas traités isolément ou séparément. L'application de la méthodologie par segments à l'exercice biennal actuel se traduisait comme suit : 23 % des ressources de l'OMS étaient alloués à la coopération technique, 33 % aux biens publics mondiaux et régionaux, 22 % à l'administration et à la gestion et 22 % aux interventions pendant les situations d'urgence. Environ 30 % du montant total des ressources étaient affectés au Siège, 20 % aux régions et 50 % aux pays.

115. Le Directeur exécutif du cabinet du Directeur régional a déclaré que l'OMS était chargée de coopérer avec des acteurs non étatiques conformément à la large définition contenue dans sa Constitution. La nécessité de coopérer avec les organisations non gouvernementales avait été reconnue dès les premiers jours de l'existence de l'Organisation, mais ses premiers contacts avec le secteur privé n'avaient eu lieu qu'à partir de 2001. La collaboration avec les acteurs non étatiques avait été initialement suscitée par le désir d'assurer un financement plus stable à l'OMS, puis le débat avait porté sur les objectifs du financement de la santé, ainsi que sur les rôles et les activités des autres parties prenantes dans le secteur sanitaire. L'élaboration de politiques sur la collaboration avec les acteurs non étatiques progressait très lentement, mais un certain nombre de thèmes essentiels étaient apparus, à savoir l'évaluation des risques et des avantages, le principe de la diligence, la transparence et la responsabilisation, ainsi que les conflits d'intérêt. L'OMS avait établi des règles précises sur les conflits d'intérêt impliquant des individus, mais œuvrait encore à l'élaboration de directives sur les conflits institutionnels et la définition de pratiques exemplaires. La question du principe de diligence avait été résolue par la création d'une base des données publiques de toutes les institutions avec lesquelles coopérait l'OMS. La question de savoir si l'Organisation devrait accepter des ressources financières de la part d'organismes du secteur privé avait été âprement débattue, notamment la nature des mesures de sécurité qui pourraient être prises pour protéger l'intégrité et la réputation de l'OMS. À cet égard, la notion de « neutralité concurrentielle » était particulièrement importante, signifiant qu'aucune entité collaborant avec l'OMS ne devait en retirer un avantage concurrentiel.

116. Considérant que la méthodologie d'allocation des volants budgétaires était juste et transparente, les représentants lui apportaient leur soutien et, en règle générale, estimaient que la classification par segments des activités de l'Organisation se comprenait aisément et que les éléments définis par le Groupe de travail des États Membres représentaient des points utiles à la poursuite des débats. La méthodologie proposée comprenait la souplesse voulue pour réallouer des fonds si

nécessaire. Un représentant a indiqué que les coûts des produits devraient être estimés de façon réaliste, et les rôles et responsabilités définis plus précisément aux trois niveaux de l'Organisation. De quelle manière exactement le principe de l'amélioration des résultats, en particulier lorsqu'il s'appliquait aux fins d'une meilleure allocation des ressources, pouvait-il aller de pair avec le principe de la justice et de l'équité ?

117. Les représentants ont appliqué le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, instrument qui leur donne la souplesse de coopérer avec des acteurs mondiaux de la santé issus de tous les secteurs, tout en protégeant l'intégrité de l'OMS qui a pour mandat de définir les normes mondiales dans le domaine de la santé. Par exemple, sous réserve de mesures de protection appropriées, l'OMS devrait pouvoir collaborer avec le secteur privé dans sa capacité commerciale afin de faire progresser la recherche et le développement de nouveaux produits médicaux. L'Organisation était, aux termes de sa Constitution, chargée de collaborer avec d'autres secteurs dans des domaines tels que la nutrition, le logement, l'hygiène, les loisirs, l'hygiène environnementale et l'élaboration de normes sur les aliments ainsi que les produits biologiques et pharmaceutiques. La notion de neutralité concurrentielle devrait être intégrée dans le Cadre de collaboration. Un représentant a indiqué qu'un processus d'évaluation visant à garantir une amélioration continue, que de solides accords de contrôle et qu'un mécanisme permettant de cesser tout rapport avec certains acteurs non étatiques, si nécessaire, devraient offrir des garanties suffisantes pour assurer l'adoption du Cadre de collaboration par l'Assemblée mondiale de la Santé. Un autre représentant a fait observer que lors de la récente réunion régionale de l'Organisation panaméricaine de la santé, il avait été proposé de créer un bureau expressément chargé de surveiller l'application de la politique de collaboration. Outre sa fonction de surveillance, ce bureau pourrait assumer un rôle de facilitateur pour promouvoir la collaboration, et appuyer activement les programmes de l'OMS dans les efforts consentis pour nouer des relations avec les acteurs non étatiques, notamment dans le secteur privé. Plusieurs représentants ont appuyé l'idée de prévoir l'évaluation du Cadre de collaboration de façon à garantir un contrôle régulier de la part de l'Assemblée mondiale de la Santé par l'entremise du Conseil exécutif. Les mécanismes destinés à recevoir les fonds d'organismes du secteur privé devraient être alignés sur les stratégies nationales du secteur de la santé. L'OMS avait la possibilité de tirer des enseignements d'initiatives multipartites menées avec succès et des partenariats entre secteur privé et secteur public, dont elle pourrait faire part aux États Membres.

118. Plusieurs représentants ont exprimé leur soutien à l'égard du plan d'action sur le multilinguisme prévu dans la résolution WHA61.12, qui permettra de respecter la diversité et d'améliorer l'accès aux connaissances dans la Région du Pacifique occidental.

119. Le Sous-Directeur général chargé de l'Administration a déclaré qu'il n'y avait réellement ni conflit ni contradiction entre, d'une part, la justice et l'équité et, d'autre part, l'amélioration des résultats. La justice était le point de départ de l'allocation des ressources, laquelle intervenait bien avant le déploiement des ressources. L'amélioration des résultats comprenait un élément quantitatif, dans la mesure où il fallait tenir compte des résultats antérieurs obtenus par les centres budgétaires, ainsi qu'un élément de souplesse, puisqu'une approche soucieuse de rentabilité était mise en œuvre dans la pratique. Ainsi, comme certains centres budgétaires n'étaient pas toujours à même d'utiliser l'ensemble de leurs ressources, il importait de réaffecter ces ressources de manière intelligente. Il ne faudrait pas dépenser de l'argent pour le principe d'en dépenser.

120. Le Directeur exécutif du cabinet du Directeur régional a indiqué que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques serait révisé et amélioré à la lumière des commentaires reçus, en vue de le soumettre aux organes directeurs du Siège en 2015. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a affirmé que la méthodologie d'allocation des volants budgétaires, ainsi que le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, auraient de toute évidence des incidences sur les futurs travaux du Comité régional.

121. Le Directeur régional a indiqué que les technologies d'information avaient considérablement contribué à l'instauration d'une culture de transparence à l'échelle de l'Organisation, dans la mesure où il suffisait désormais d'appuyer sur un bouton pour suivre les dépenses du Siège ou d'autres bureaux. Le Directeur régional devait obligatoirement faire face à certaines tensions : d'une part, il souhaitait obtenir un financement maximum pour le Bureau régional et ses programmes. Mais il avait également pour devoir, au nom de la santé, de voir les choses d'une manière plus globale ; se trouvant dans des situations beaucoup plus difficiles, d'autres régions avaient droit à des ressources plus élevées. De bien des façons, la Région du Pacifique occidental était victime de son propre succès et de son relatif niveau de développement. Vu que les décisions budgétaires avaient de tout temps été des décisions politiques, le passage à l'allocation des volants budgétaires, axées sur une base plus scientifique et plus rationnelle, susciterait forcément une certaine résistance.

PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE, DE DÉVELOPPEMENT ET DE FORMATION À LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE : COMPOSITION DU COMITÉ DES POLITIQUES ET DE LA COORDINATION : Point 17 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/12, WPR/RC65/12 Corr.1)

122. Le Directeur de la gestion des programmes déclare que les trois États Membres de la Région siégeant au Comité des politiques et de la coordination du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine de l'OMS sont actuellement le Brunéi Darussalam, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Le mandat du Viet Nam expirera le 31 décembre 2014, et le Comité régional est prié d'élire un État Membre pour succéder au Viet Nam.

123. Le Comité régional choisit la République de Corée pour remplacer le Viet Nam (voir décision WPR/RC65(2)).

PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES : COMPOSITION DU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION : Point 18 de l'ordre du jour (document WPR/RC65/13)

124. Le Directeur de la Division Gestion des programmes a indiqué que la Région du Pacifique occidental était actuellement représentée par la République démocratique populaire lao, dont le mandat venait à échéance le 31 décembre 2014. Le Comité régional était prié d'élire un État Membre, qui succéderait à la République démocratique populaire lao.

125. Le Comité régional choisit les Fidji pour remplacer la République démocratique populaire lao (voir décision WPR/RC65(3)).

126. La représentante du Viet Nam a déclaré que son Gouvernement souhaiterait représenter la Région du Pacifique occidental dans le Programme spécial.

SOIXANTE-SIXIÈME ET SOIXANTE-SEPTIÈME SESSIONS DU COMITÉ RÉGIONAL : DATES ET LIEUX : Point 19 de l'ordre du jour

Prenant en compte d'autres manifestations prévues, le Directeur régional a suggéré que la soixante-sixième session du Comité régional du Pacifique occidental se tienne du 12 au 16 octobre 2015. Le Gouvernement des États-Unis avait proposé d'accueillir la session sur le territoire de Guam. Tout gouvernement souhaitant accueillir la soixante-septième session devrait contacter le Secrétariat ; en l'absence d'une invitation, la réunion se tiendrait dans les locaux du Bureau Régional à Manille.

CLÔTURE DE LA SESSION : Point 20 de l'ordre du jour

127. Le Président a annoncé que le projet de rapport de la soixante-cinquième session serait envoyé à tous les représentants et qu'un délai serait précisé pour la soumission de propositions de modifications. Passé ce délai, le rapport serait considéré comme approuvé.

128. Le Président de la soixante-cinquième session du Comité régional a fait part de ses observations à la clôture de la session (voir annexe 8).

129. Après l'échange traditionnel de remerciements, la soixante-cinquième session du Comité régional a été déclarée close (voir résolution WPR/RC64.R8).

ORDRE DU JOUR

Ouverture de la session et adoption de l'ordre du jour

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

Discours liminaire

6. Allocution du Directeur général

Examen de l'activité de l'OMS

7. Allocution et rapport du Directeur régional
WPR/RC65/2
8. Budget programme 2012-2013 : exécution du budget (rapport final)
WPR/RC65/3

Politiques, programmes et orientations futures

9. Avant-projet de budget programme 2016-2017
WPR/RC65/4
10. Santé mentale
WPR/RC65/5
11. Initiative pour un monde sans tabac : *Plan d'action régional 2015-2019*
WPR/RC65/6
12. Résistance aux antimicrobiens
WPR/RC65/7
13. Programme élargi de vaccination : *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental*
WPR/RC65/8
14. Situations d'urgence et catastrophes
WPR/RC65/9

Annexe 1

15. Rapports de situation sur les programmes techniques
 - 15.1 Paludisme
 - 15.2 Tuberculose : Préparation en vue de la mise en œuvre pratique dans la Région de la stratégie mondiale de lutte contre la tuberculose après 2015
 - 15.3 Dengue
 - 15.4 Maladies non transmissibles
 - 15.5 Salubrité de l'environnement : Forum régional sur l'environnement et la santé
 - 15.6 Prévention des traumatismes et de la violence
 - 15.7 Nutrition : double fardeau de la malnutrition
 - 15.8 Couverture sanitaire universelle
 - 15.9 Objectifs du Millénaire pour le développement
 - 15.10 Règlement sanitaire international (2005)
 - 15.11 Sécurité sanitaire des aliments : mise en œuvre de la Stratégie régionale du Pacifique occidental en matière de sécurité sanitaire des aliments (2011-2015)
WPR/RC65/10
16. Coordination des travaux de l'Assemblée mondiale de la Santé, du Conseil exécutif et du Comité régional
WPR/RC65/11

Composition des Comités mondiaux

17. Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine : composition du Comité des politiques et de la coordination
WPR/RC65/12
WPR/RC65/12 Corr. 1
18. Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales : composition du Conseil conjoint de coordination
WPR/RC65/13

Autres questions

19. Soixante-sixième et soixante-septième sessions du Comité régional : dates et lieux
20. Clôture de la session

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

AUSTRALIE

Ms Felicity McNeill, First Assistant Secretary, Pharmaceutical Benefits Division, Australian Government Department of Health Canberra, *Chef de la délégation*

Mr Christopher Bedford, Acting Assistant Secretary International Strategies Branch, Australian Government Department of Health, Canberra, *Suppléant(e)*

Ms Helen McFarlane, Director, Health Policy Section Health and Environmental Safeguards Branch Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade Canberra, *Suppléant(e)*

BRUNÉI DARUSSALAM

Pehin Dato Adanan Yusof, Minister of Health Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Chef de la délégation*

Datin Dr Norlila Abdul Jalil, Permanent Secretary of Health Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

Dr Zulaidi Latif, Director General of Medical Services Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

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

Dr Anie Haryani Abdul Rahman, Acting Director of Environmental Health Services, Ministry of Health Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

Dr Yung Chee Tee, Senior Medical Officer Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

Ms Khairil Bahriah Ali, Special Duties Officer Grade I International Affairs Unit, Department of Policy and Planning Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

Mr Shamsul Bahrine Sabtu, Public Health Officer Ministry of Health, Bandar Seri Begawan, *Suppléant(e)*

CAMBODGE

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

Dr Or Vandine, Director General for Health, Ministry of Health Phnom Penh, *Suppléant(e)*

Dr Theme Viravann, Deputy Director of Department of International Cooperation, Ministry of Health Phnom Penh, *Suppléant(e)*

Annexe 2

CHINE

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

Ms Mi Yanping, Division Director, Health Emergency Response
Office, National Health and Family Planning Commission
Beijing, *Suppléant(e)*

Mr Lu Ming, Consult Director, Bureau of Disease Prevention and
Control, National Health and Family Planning Commission
Beijing, *Suppléant(e)*

Mr Zhang Meng, Program Officer, Bureau of Medical
Administration, National Health and Family Planning Commission,
Beijing, *Suppléant(e)*

Ms Xiao Lin, Program Officer, Department of Communications
National Health and Family Planning Commission, Beijing,
Suppléant(e)

Mr Cong Ze, Program Officer, Department of International
Cooperation, National Health and Family Planning Commission
Beijing, *Suppléant(e)*

Ms Yang Jingwei, Program Officer, Department of International
Cooperation, National Health and Family Planning Commission
Beijing, *Suppléant(e)*

CHINE (HONG KONG)

Professor Chan Siu-chee, Sophia, Under Secretary for Food and
Health, Food and Health Bureau, Hong Kong, *Chef de la
délégation*

Dr Chan Hon-ye, Constance, Director of Health
Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*

Dr Leung Ting-hung, Controller, Centre for Health Protection
Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*

Ms Chau Suet-mui, Fiona, Principal Assistant Secretary for Food
and Health, Food and Health Bureau, Hong Kong, *Suppléant(e)*

Dr Li Mun-pik, Teresa, Assistant Director of Health
Department of Health, Hong Kong, *Suppléant(e)*

Dr Lo Chiu-sing, Senior Medical and Health Officer
Department of Health, Tobacco Control Office, Hong Kong,
Suppléant(e)

Dr Yau Shui-wah, Carol, Senior Medical and Health Officer
Department of Health, Centre for Health Protection
Hong Kong, *Suppléant(e)*

CHINE (MACAO)*

ÎLES COOK

Mrs Roana Kerevakacau Mataitini, Director for Funding and Planning, Cook Islands Ministry of Health
Rarotonga, *Chef de la délégation*

FIDJI

Mr Jone Usamate, Minister for Health and Medical Services
Ministry of Health, Suva, *Chef de la délégation*

Dr Eric Rafai, Deputy Secretary for Public Health
Ministry of Health, Suva, *Suppléant(e)*

Mrs Unaisi Bera, Public Health Consultant, Ministry of Health
Suva, *Suppléant(e)*

FRANCE

Mr Mazyar Taheri, Délégation aux affaires européennes
et internationales, Ministère des Affaires sociales, de la Santé
et des Droits des femmes, Paris, *Chef de la délégation*

Ms Cindy Pralong, Conseillère du Ministre de la Santé
Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, Nouméa, *Suppléant(e)*

Mr Jean-Alain Course, Directeur des affaires sanitaires et sociales
de la Nouvelle-Calédonie, Nouméa, *Suppléant(e)*

Dr Jean-Paul Grangeon, Médecin-inspecteur et chef du service de
santé publique de la direction des affaires sanitaires
et sociales de la Nouvelle-Calédonie, Nouméa, *Suppléant(e)*

JAPON

Dr Mitsuhiro Ushio, Assistant Minister for Global Health
Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare
Tokyo, *Chef de la délégation*

Dr Eiji Hinoshita, Director, International Cooperation Office
International Affairs Division, Minister's Secretariat
Ministry of Health, Labour and Welfare
Tokyo, *Suppléant(e)*

Dr Hironori Okabayashi, Medical Doctor
Bureau of International Medical Cooperation
National Center for Global Health and Medicine
Tokyo, *Suppléant(e)*

Dr Junichi Nitta, Second Secretary of the Embassy
of Japan in the Philippines, Pasay City, *Suppléant(e)*

Dr Takashi Suzuki, Deputy Director, International Affairs Division
Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare
Tokyo, *Suppléant(e)*

* non représenté

Annexe 2

- JAPON (suite)
- Dr Takayuki Shimizu, Deputy Director, International Affairs Division, Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare, Tokyo, *Suppléant(e)*
- Dr Yumi Kisaka, Deputy Director, International Affairs Division Minister's Secretariat, Ministry of Health, Labour and Welfare Tokyo, *Suppléant(e)*
- KIRIBATI
- Dr Kautu Tenaua, Minister of Health
Ministry of Health & Medical Services
Tarawa, *Chef de la délégation*
- Dr Teatao Tira, Secretary
Ministry of Health & Medical Services, Tarawa, *Suppléant(e)*
- RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE
POPULAIRE LAO
- Associate Professor Dr Som Ock Kingsada, Vice Minister of Public Health, Ministry of Public Health, Vientiane, *Chef de la délégation*
- Dr Nao Boutta, Director General of the Cabinet
Ministry of Public Health, Ministry of Health
Vientiane, *Suppléant(e)*
- Mr Ounheuan Nammachack, Secretary to the Vice-Minister of Public Health, Ministry of Health, Vientiane, *Suppléant(e)*
- MALAISIE
- Datuk Seri Dr S. Subramaniam, Minister of Health
Ministry of Health, Putrajaya, *Chef de la délégation*
- Datuk Dr Noor Hisham Abdullah, Director General of Health
Ministry of Health, Putrajaya, *Suppléant(e)*
- Dr Chong Chee Kheong, Director of Disease Control
Ministry of Health, Putrajaya, *Suppléant(e)*
- Dr Nik Jasmin Nik Mahir, Head of Global Health Unit, Office of the Deputy Director General of Health (Public Health), Ministry of Health, Putrajaya, *Suppléant(e)*
- Dr Suraya Amir Husin, Senior Principal Assistant Director
Medical Development Division, Ministry of Health, Putrajaya, *Suppléant(e)*
- Mr Saravanan s/o Mariappan, Principal Private Secretary to the Minister of Health, Ministry of Health
Federal Government Administrative Centre, Putrajaya, *Suppléant(e)*
- Raveendran Nair, Counsellor, Embassy of Malaysia
Makati City, *Suppléant(e)*

RÉPUBLIQUE DES ÎLES MARSHALL	<p>Mr Phillip H. Muller, Minister of Health, Ministry of Health Majuro, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Mrs Julia M. Alfred, Secretary of Health, Ministry of Health Majuro, <i>Suppléant(e)</i></p>
MICRONÉSIE (ÉTATS FÉDÉRÉS DE)	<p>Dr Vita Futalina A. Skilling, Secretary (Minister) of Health Department of Health & Social Affairs Pohnpei, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Mrs Louisa Helgenberger, National Immunization Manager Department of Health & Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Mayleen Ekiek, TB&Leprosy National Medical Director Department of Health & Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Mr Arthy Nena, PHEP Manager, Department of Health and Social Affairs. Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Mr X-ner Luther, NCD Section Manager Department of Health and Social Affairs Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Fancelyn P. Solomon, Administrative Specialist Department of Health & Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Anamaria Yomai, National Physician, Department of Health & Social Affairs, Pohnpei, <i>Suppléant(e)</i></p>
MONGOLIE	<p>Dr Natsag Udval, Minister for Health, Ministry of Health Ulaanbaatar, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Dr Yadamsuren Buyanjargal, Director of the Policy Implementation and Coordination Department Ministry of Health, Ulaanbaatar, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Dr Ulziibayar Ganchimeg, Director of the National Center for Public Health, Ministry of Health, Ulaanbaatar, <i>Suppléant(e)</i></p>
NAURU	<p>Mr Valdon Dowiyogo, M.P., Minister for Health, Nauru, <i>Chef de la délégation</i></p> <p>Mr Rykers Solomon, Secretary for Health and Medical Services Ministry of Health, Nauru, <i>Suppléant(e)</i></p> <p>Ms Carrina Hiram, Personal Assistant to the Minister Ministry of Health, Nauru, <i>Suppléant(e)</i></p>

Annexe 2

NOUVELLE-ZÉLANDE	Mrs Jane Chambers, Manager, Global Health Ministry of Health, Wellington, <i>Chef de la délégation</i>
	Dr Elisabeth Oakley, Manager, Communicable Diseases Ministry of Health, Wellington, <i>Suppléant(e)</i>
NIOUÉ*	
RÉPUBLIQUE DES PALAOS	Mr Gregorio Ngirmang, Minister of Health, Ministry of Health Koror, <i>Chef de la délégation</i>
	Ms Berry Moon Watson, M.P.H., Director, Bureau of Public Health Koror, <i>Suppléant(e)</i>
	Dr Emais Roberts, Special Advisor to the Minister Ministry of Health, Koror, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Temmy Temengil, International Health Coordinator Ministry of Health, Ministry of Health, Koror, <i>Suppléant(e)</i>
PAPOUASIE-NOUVELLE- GUINÉE	Mr Michael Malabag, Minister for Health, National Department of Health, Waigani, <i>Chef de la délégation</i>
	Mr Pascoe Kase, Secretary for Health, National Department of Health, Waigani, <i>Suppléant(e)</i>
	Dr Paison Dakulala, Deputy Secretary, National Health Service Standards, National Department of Health, Waigani, <i>Suppléant(e)</i>
	Mrs Nellie Malabag, Spouse of the Minister National Department of Health, Waigani, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Ken Wai, Executive Manager, Strategic Policy National Department of Health, Waigani, <i>Suppléant(e)</i>
	Mrs Martina Suve-Hohora, Policy and Research Officer National Health Service Standards, Department of Health Waigani, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Angus Ali, Project and Research Officer Minister's Office, National Department of Health Waigani, <i>Suppléant(e)</i>

* non représenté

PHILIPPINES

Dr Enrique T. Ona, Secretary, Department of Health
Manila, *Chef de la délégation*

Dr Enrique Tayag, Assistant Secretary of Health Designate
Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Dr Lilibeth David, Officer-in-Charge – Head, Health Policy
Finance and Research Development Cluster, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Teodoro Herbosa, Undersecretary of Health
Operations Cluster for NCR and Metro Manila Hospitals
Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Dr Nemesio Gako, Undersecretary of Health
Administration Technical Cluster, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Janette Garin, Undersecretary of Health, Women, Children and
Family Health Technical Cluster, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Jaime Lagahid, Assistant Secretary of Health
Chief of Staff, Office of the Secretary, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Gerardo Bayugo, Assistant Secretary of Health
Operations Cluster for Luzon, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Paulyn Jean Rosell-Ubial, Assistant Secretary of Health
Operations Cluster for Visayas, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Elmer Punzalan, Assistant Secretary of Health
Special Concerns Technical Cluster, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Ms Maylene Beltran, Director IV, Bureau of International Health
Cooperation, Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Dr Irma Asuncion, Officer-in-Charge, Director IV, Disease
Prevention and Control Bureau, Department of Health
Manila, *Suppléant(e)*

Dr Kenneth Ronquillo, Director IV, Health Human Resource and
Development Bureau, Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Dr Linda Milan, Adviser, Office of the Secretary
Department of Health, Manila, *Suppléant(e)*

Annexe 2

- PHILIPPINES (suite) Dr Francisco Soria, Jr., Officer-in-Charge, Senior Vice President Health Finance Policy Sector, Philippine Health Insurance Corporation, Pasig City, *Suppléant(e)*
- Dr Ariel Valencia, Director IV, Food and Drug Administration Alabang, *Suppléant(e)*
- RÉPUBLIQUE DE CORÉE Mr Kwon Ki-Chang, Director General, Bureau of International Cooperation, Ministry of Health and Welfare, Sejong
Chef de la délégation
- Ms Lee Minwon, Director, Division of International Cooperation Ministry of Health and Welfare, Sejong, *Suppléant(e)*
- Mr Kim Do-Kyun, Deputy Director, Division of International Cooperation, Ministry of Health and Welfare Sejong, *Suppléant(e)*
- Ms Park Seoungwon, Deputy Director, Division of Mental Health Policy, Ministry of Health and Welfare Sejong, *Suppléant(e)*
- Ms Oh Kyung-Won, Director, Division of Health and Nutrition Survey, Korea Centers for Disease Control and Prevention Chungcheongbuk-Do, *Suppléant(e)*
- Mr Lee Hyungmin, Deputy Director, Division of Epidemic Intelligence Service, Korea Centers for Disease Control and Prevention, Chungcheongbuk-Do, *Suppléant(e)*
- Mr Ryu Suk Hyun, Senior Researcher, Division of Infectious Disease Surveillance, Korea Centers for Disease Control and Prevention, Chungcheongbuk-Do, *Suppléant(e)*
- Ms Lee Hyun-Hee, Assistant Director, Division of International Cooperation, Ministry of Health and Welfare Sejong, *Suppléant(e)*
- Dr Nam Yoon-young, Director, Division of Planning & Public Relations, Seoul National Hospital, Seoul, *Suppléant(e)*
- Ms Jun Jina, Associate Researcher, Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, *Suppléant(e)*
- SAMOA Tuitama Dr Leao Talalelei Tuitama, Minister of Health Ministry of Health, Apia, *Chef de la délégation*
- Mr Mualaihao Pat Ah Him, Associate Minister of Health Ministry of Health, Apia, *Suppléant(e)*
- Leausa Dr Take Kolisi Naseri, Director General, Chief Executive Officer, Ministry of Health, Apia, *Suppléant(e)*

SAMOA (suite)	Mae Ualesi Silva, Assistant Chief Executive Officer Health Prevention and Enforcement Division, Ministry of Health Apia, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Darryl Anesi, Principal Accountant, Ministry of Health Apia, <i>Suppléant(e)</i>
SINGAPOUR	Mr Gan Kim Yong, Minister for Health, Ministry of Health Singapore, <i>Chef de la délégation</i>
	Associate Professor Benjamin Ong, Director of Medical Services Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Dr Derrick Heng, Group Director, Public Health Group Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Ms Yeo Wen Qing, Deputy Director, International Cooperation Branch, Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Ms Lee Wai Yen, Acting Assistant Director, Casemix and Clinical Benchmarking, Performance and Technology Assessment Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Chua Yong Khian, Manager, International Cooperation Branch Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Dr Clive Tan, Associate Consultant, Tan Tock Seng Hospital Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Cheo Boon Thong, Personal Security Officer to Minister Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
	Mr Tan Jianqiang, Thomas, Personal Security Officer to Minister Ministry of Health, Singapore, <i>Suppléant(e)</i>
ÎLES SALOMON*	
TOKÉLAOU*	
TONGA	Mr Lord Tuiafitu, Minister of Health Ministry of Health, Nuku'alofa, <i>Chef de la délégation</i>
	Dr Siale 'Akau'ola, Director of Health, Ministry of Health Nuku'alofa, <i>Suppléant(e)</i>
TUVALU	Mr Leneuoti Maatusi, Minister for Health, Ministry of Health Funafuti, <i>Chef de la délégation</i>
	Mr Isaia Taape, Secretary for Health, Ministry of Health Funafuti, <i>Suppléant(e)</i>

* non représenté

Annexe 2

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

ÉTATS-UNIS
D'AMÉRIQUE

Ambassador Jimmy Kolker, Assistant Secretary, Bureau of Global Affairs, Washington, DC, *Chef de la délégation*

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

Mr Peter Mamacos, Director, Multilateral Affairs, Office of Global Affairs, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, *Suppléant(e)*

Ms Andrea Strano, International Relations Officer, Office of Economic and Development Affairs, Bureau of International Organization Affairs, Department of State, Washington, *Suppléant(e)*

VANUATU

Mr Viran Tovu, Acting Director General, Ministry of Health Port Vila, *Chef de la délégation*

Mr Daniel Bule, Political Advisor to the Minister of Health Ministry of Health, Port Vila, *Suppléant(e)*

VIET NAM

Professor Dr Le Quang Cuong, Vice Minister of Health Ministry of Health, Ha Noi, *Chef de la délégation*

Dr Nguyen Manh Cuong, Deputy Director, International Cooperation Department, Ministry of Health, Ha Noi, *Suppléant(e)*

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

Dr Dang Quang Tan, Deputy Director General Department of Preventive Medicine, Ministry of Health Ha Noi, *Suppléant(e)*

Professor Dr Dang Duc Anh, Deputy Director National Institute of Hygiene and Epidemiology, Ha Noi, *Suppléant(e)*

Dr Nguyen Duc Thanh, Head of the Disaster Prevention and Control, Cabinet of the Ministry of Health, Ha Noi, *Suppléant(e)*

Dr Vuong Anh Duong, Head of Hospital Quality Management Division, Department of Medical Service Administration Ministry of Health, Ha Noi, *Suppléant(e)*

VIET NAM
(suite)

Ms Doan Phuong Thao, Official for Cooperation with the World Health Organization, International Cooperation Department Ministry of Health, Ha Noi, *Suppléant(e)*

Ms Phan Thanh Thuy, Official, Planning and Finance Department Ministry of Health, Ha Noi, *Suppléant(e)*

Ms Nguyen Thu Nam, Researcher, Institute of Health Strategy and Policy, Ha Noi, *Suppléant(e)*

Mr Tran Phuc Hau, Researcher, Pasteur Institute in Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh, *Suppléant(e)*

Ms Le Thi Thu Thuy, Second Secretary
Embassy of the Socialist Republic of Viet Nam in the Philippines
Malate, *Suppléant(e)*

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

Agence internationale de l'énergie atomique

Mr Arsen Jurić, Programme Officer
Vienna

Fonds des Nations Unies pour la population

Mr Klaus Beck, Country Representative
United Nations Population Fund, Makati

Organisation météorologique mondiale

Dr Flaviana Hilario, Acting Deputy Administrator for
Research and Development, Philippine Atmospheric,
Geophysical and Astronomical Services
Administration, Quezon City

Mrs Edna Juanillo, Assistant Weather Services Chief
Climatology - Agrometeorology Division Philippine
Atmospheric, Geophysical and Astronomical
Services Administration (PAGASA), Quezon City

Annexe 2

III. OBSERVATEURS

Ministère philippin de la Santé	Dr Jaime Bernadas Dr Myrna Cabotaje Dr Allan Evangelista Dr Janet Fandino Ms Maria Bernardita Flores Dr Leonita Gorgolon Ms Blesilda Gutierrez Dr Jose Llacuna, Jr. Ms Evelyn Mendoza Dr Minerva Molon Mr Jonathan Monis Ms Angelina del Mundo Dr Dante Salvador Jr. Mr Isidro Sia Dr Aleli Annie Grace Sudiactal Ms Charity Tan
Alliance Gavi	Raj Kumar Mr David Salinas
Groupe d'examen indépendant d'experts	Mrs Kathleen Ferrier
Observateurs (États-Unis d'Amérique)	Ms Maryann Silva Taijeron Mr Joey San Nicolas Ms Basilia Diaz Mr Jayson Ramirez

**IV. REPRÉSENTANTS DES
ORGANISATIONS INTERGOUVERNEMENTALES**

Banque asiatique de développement	Dr Eduardo Banzon
Secrétariat général de la Communauté du Pacifique	Mr Taniela Sunia Soakai

V. REPRÉSENTANTS DES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Alliance pour la Convention-cadre	Mr Rommel Arriola Ms Ipat Luna
Fédération Handicap International	Mrs Edith van Wijngaarden
Health Action International	Dr Edelina dela Paz Ms Shila Kaur
Alliance internationale des organisations de patients	Mr Kin-ping Tsang Mr John Forman
Bureau international pour l'épilepsie	Dr Li, Shichuo
Conseil international des infirmières	Dr Roger P. Tong-An
Fédération internationale du diabète	Ms Leyden Florido
Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine	Mr Jose Maria Gonzalez Mr Wu Tung-Yen Mr Kim Tejano Ms Yuji Jeong Mr Heng Yeh
Fédération internationale de l'industrie du médicament	Philippe Buchy Mr Shane Pang
Fédération internationale des hôpitaux	Dr Ruben Flores Dr Jaime Almora
Association internationale contre la lèpre	Dr Francesca Gajete
Fédération internationale pharmaceutique	Mrs Leonila Ocampo Reynaldo Umali
Fédération internationale des industries des aliments diététiques	Ms Venetta Miranda Mr Alejandro V. Castro
International Spinal Cord Society	Dr Balraj Singhal
Association internationale des femmes médecins	Dr Perla Dolera Dr Rosa Maria Nancho
Medicus Mundi International (MMI)	Ms Belinda Townsend Dr Gene A. Nisperos Ana Pholyn A. Balahadia Monafior Abigail G. Ignacio Noreen Paige H. Sapalo Kevin A. Javier Grace Antonette F. Pati

Annexe 2

WaterAid	Ms Alison Macintyre
Confédération mondiale pour la thérapie physique	Mr Royson Mercado
Fédération mondiale des sociétés d'acupuncture et de moxibustion	Professor Teoh Boon Khai Mr James Sung
Alliance mondiale contre l'hépatite	Mr Francis Charles Gore
Organisation mondiale des médecins de famille	Dr Christine Serrano-Tinio
World Self-Medication Industry	Mr Teodoro Padilla

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

Alliance des dirigeants de la région Asie-Pacifique contre le paludisme
Banque asiatique de développement
L'Internationale des consommateurs
Alliance pour la Convention-cadre
Alliance Gavi
Fédération Handicap International
Groupe d'examen indépendant d'experts
Alliance internationale des organisations de patients
Agence internationale de l'énergie atomique
Bureau international pour l'épilepsie
Conseil international des infirmières
Fédération internationale du diabète
Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine
Fédération internationale pharmaceutique
International Spinal Cord Society
Association internationale des femmes médecins
Medicus Mundi International
Organisation météorologique mondiale
Organisation mondiale des médecins de famille

Annexe 3

**ALLOCUTION DU PRÉSIDENT SORTANT,
TUITAMA DR LEAO TALALELEI TUITAMA,
MINISTRE DE LA SANTÉ DU SAMOA, À LA SÉANCE D'OUVERTURE
DE LA SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL
DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Mesdames et Messieurs les ministres, Mesdames et Messieurs les représentants, Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Mesdames et Messieurs les représentants des institutions des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et des organisations non gouvernementales, Mesdames et Messieurs,

Talofa et bonjour.

C'est avec grand plaisir que je vous retrouve toutes et tous à l'occasion de cette soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. En qualité de Président sortant du Comité, j'ai l'insigne honneur d'adresser au Gouvernement des Philippines, par l'entremise de son Ministre de la Santé, Dr Enrique T. Ona, nos salutations et nos sincères remerciements pour l'accueil festif qui nous est réservé.

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

Il y a près d'un an, nous apprenions avec effroi l'étendue des dégâts infligés par le typhon Haiyan à cette île de beauté.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde sympathie pour la perte de vies humaines et les souffrances engendrées par cette terrible catastrophe. En dépit de l'épreuve douloureuse que vous venez de traverser, vous êtes présents à nos côtés aujourd'hui, dans un esprit de solidarité, engagés dans l'action régionale que nous menons pour bâtir un monde en meilleure santé.

La tenue en ces lieux de la soixante-cinquième session du Comité régional témoigne de manière éclatante de la résilience héroïque du peuple philippin.

Mesdames et Messieurs, le temps passe vite.

Alors que je m'apprête à céder la présidence à mon successeur, permettez-moi de vous livrer quelques réflexions sur l'année qui vient de s'écouler.

Les difficultés rencontrées au quotidien dans la gestion de nos systèmes de santé sont parfois considérables.

Nous nous heurtons à un manque de ressources humaines. Et il n'y a jamais assez d'argent pour financer les infrastructures sanitaires, les médicaments ou les programmes de santé publique.

L'élaboration de politiques suscite toujours la manifestation d'intérêts divergents – et les voix du commerce peuvent aisément masquer nos messages de santé publique.

Dans la première allocution que j'ai prononcée l'an dernier en qualité de Président du Comité régional, je nous ai décrits comme les « gardiens de la santé dans notre Région ».

En tant que dirigeants et « gardiens de la santé », nous devons tirer le meilleur parti de ce que nous avons car, de plus en plus souvent, nous sommes appelés à faire plus avec moins de ressources.

Annexe 4

Toutefois, au cours de l'année écoulée, j'ai acquis la ferme conviction qu'outre la nécessité d'en faire plus avec moins, nous devons également nous armer de courage et nous préparer à l'inattendu, au catastrophique et, Dieu nous en garde, à l'impensable.

En 2013, après son passage destructeur aux Philippines, le typhon Haiyan a frappé le Viet Nam et certaines régions de la Chine. En 2014, le Vanuatu a subi les assauts du cyclone tropical Luci. De graves inondations ont contraint de nombreux habitants des Îles Salomon à quitter leurs foyers. Les Philippines et la Chine ont été victimes de séismes. Les épidémies de MERS au Moyen Orient et récemment, de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, ne nous laissent pas sans certaines craintes.

Tous ces événements nous rappellent à tous combien nous somme fragiles et vulnérables.

Excellences, Mesdames et Messieurs, dans l'allocution que j'ai prononcée à l'ouverture de la précédente session du Comité régional, j'ai parlé de gouvernance stratégique et de leadership.

En tant que dirigeants, nous pourrions céder à l'abattement face aux difficultés quotidiennes et aux graves menaces qui pèsent sur la santé dans le monde.

Nous pourrions tomber dans l'immobilisme.

Nous pourrions nous contenter de demi-mesures pour tenir un jour, un mois ou un an de plus.

Cependant, l'époque dans laquelle nous vivons nous impose d'opérer des choix clairs et de mener des actions ambitieuses.

Nos citoyens attendent de notre part des orientations claires en matière de santé.

Par conséquent, si nous nous penchons sur ce que nous réserve l'avenir, nous nous devons d'y voir un verre à moitié plein, et non à moitié vide.

Les défis redoutables auxquels nous faisons face nous incitent tout particulièrement à œuvrer en tant que communauté des nations, par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé.

Unissons nos efforts pour remplir le verre jusqu'à ras bord. Ensemble.

Dans nos pays respectifs, assurons-nous que le verre plein contienne une part plus équitable du budget national allouée à la santé.

Dans un esprit de solidarité et de collaboration internationale, mettons en commun nos données d'expérience, notre savoir-faire et nos connaissances afin d'optimiser notre action et d'assurer une meilleure santé à toutes les populations de cette Région.

Chers collègues, le mois dernier, le Samoa a accueilli avec fierté la troisième Conférence des Nations Unies sur les petits États insulaires en développement.

Notre Premier Ministre, Tuilaepa Lufesoliai Neioti Aiono Sailele Malielegaoi, l'Administratrice du PNUD, Helen Clark, Afioga Pulelleite Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour le Pacifique occidental, ainsi que des représentants de cent États insulaires du monde entier, se sont réunis pour renouveler leur engagement en faveur du développement durable des petits États insulaires en développement.

Cette rencontre nous a permis de confirmer notre adhésion au principe de croissance économique inclusive et équitable.

Nous avons défini des domaines d'action pour avancer sur la voie du développement durable, entre autres les énergies durables, la réduction des risques de catastrophe, la sécurité alimentaire et la nutrition, le développement social, l'égalité entre les sexes et la santé des femmes.

Mais avant tout, nous avons veillé à ce que la santé figure en bonne place de l'ordre du jour.

Lors de la manifestation parallèle consacrée aux maladies non transmissibles, à la santé et au développement, nous avons réaffirmé notre volonté de combattre le diabète, les cardiopathies et les cancers grâce à de meilleurs services de santé et à l'ensemble d'interventions essentielles ciblant les MNT (PEN) et de lutter contre les facteurs de risque associés à ces maladies, en veillant à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, à la réduction de l'apport en sel et à la promotion de l'activité physique, dans le cadre de l'initiative pour des Îles-santé.

Chers collègues, l'an dernier, nous avons adopté un nouveau budget-programme pour l'Organisation mondiale de la Santé dans lequel nos activités ont été réorganisées en six catégories.

Nous avons félicité le Directeur régional, Afioga Pulelleite Dr Shin Young-soo, de sa réélection. En ayant conduit l'Organisation à accorder une plus forte attention à l'appui aux pays, le Dr Shin Young-soo nous inspire et nous montre l'exemple. Il se déplace sur le terrain, dans nos îles, et visite les régions les plus reculées, à la rencontre de la population, pour se rendre compte par lui-même de la manière dont l'OMS peut offrir un meilleur appui aux États Membres.

L'an dernier, nous nous sommes penchés sur la nouvelle version de la *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique* (SMEAP). Cette stratégie revêt une importance fondamentale pour lutter contre des flambées épidémiques telles que celle du virus Ebola. Nous devons renforcer nos capacités de base minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international.

Nous sommes convenus de renforcer nos systèmes de santé et d'investir dans des systèmes d'information.

Nous nous sommes lancé le défi de ramener d'ici à 2017 la séroprévalence de l'hépatite B à moins de 1 % chez les enfants de cinq ans dans la Région.

Nous avons pris acte des progrès remarquables accomplis sur la voie de l'élimination de la rougeole, soit une baisse de 93 % du nombre de cas au cours de la période 2008-2012. Nous avons examiné le *Plan stratégique mondial pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2017*, et réaffirmé notre appui au *Plan d'action mondial pour les vaccins*.

Nous avons tous accompli des progrès majeurs dans la réduction de la mortalité infantile. Toutefois, les données montrent que 50 % des décès constatés chez les enfants surviennent au cours des 24 premières heures de vie. Ce constat a conduit à l'adoption du *Plan d'action pour des nouveaux-nés en bonne santé dans la Région du Pacifique occidental (2014-2020)*.

Pour la première fois dans l'histoire du Comité régional, nous avons défini la voie à suivre en matière de lutte contre la cécité évitable.

Nous avons pris acte du nombre élevé de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) guérissables, soit 127 millions, et nous nous sommes engagés à agir pour prévenir une explosion de transmission du VIH, de maladie inflammatoire pelvienne, de stérilité et de cancer du col de l'utérus.

Mesdames et Messieurs, l'être humain se croit parfois très intelligent. Mais la capacité des bactéries et des virus à se jouer de lui ne laisse jamais de me surprendre.

Annexe 4

La tuberculose et le paludisme résistants aux médicaments constituent de graves problèmes qui sapent tous les progrès que nous avons accomplis. Nous nous devons d'accorder une attention particulière à la façon dont la pharmacorésistance des maladies transmissibles gagne du terrain.

L'an dernier, nous avons abordé les thèmes du vieillissement et de l'évolution démographique. Bien que nous aspirions tous à rester jeunes et alertes, la réalité est là : nous commençons à vieillir dès notre naissance. Forts de ce constat, nous avons approuvé le *Cadre d'action régional sur le vieillissement et la santé dans le Pacifique occidental (2014-2019)*.

Je ne saurais terminer mes propos sans réitérer la nécessité de lutter contre les MNT.

Nous avons approuvé le *Plan d'action régional du Pacifique occidental pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020)*, qui s'inscrit dans le même esprit que la mise en œuvre du Communiqué d'Apia adopté par les ministres océaniques de la santé.

L'année a été remplie de défis pour nous tous, mais nous ne courberons pas l'échine ni ne céderons à l'accablement.

Rien n'est impossible si, solidaires, nous conjuguons nos efforts par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé, une organisation composée d'États Membres qui œuvrent sans relâche à la réalisation des objectifs communs de paix et de développement au travers de l'amélioration de la santé.

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en faisant de moi votre Président.

Je remercie les autres membres du bureau du Comité régional de l'aide qu'ils m'ont apportée.

J'en profite également pour remercier le Dr Shin Young-soo et ses collaborateurs des efforts considérables qu'ils accomplissent pour nous apporter les meilleurs conseils techniques possibles afin de guider nos ministères dans leur action.

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

Que Dieu nous accompagne en cette période difficile.

Tofa soifua.

**ALLOCUTION DU DR MARGARET CHAN, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, À LA SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION
DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL
(présenté par le Dr Ian Smith, Directeur exécutif du cabinet du Directeur général)**

Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les représentants, Dr Shin, Mesdames et Messieurs

Le Directeur général vous adresse ses meilleurs vœux de succès pour cette session. Dr Chan consacre, à l'heure actuelle, tout son temps à la coordination de l'action mondiale menée pour faire face à ce qui constitue, sans nul doute, la plus grave crise de santé publique des temps modernes.

Je suis ici pour vous transmettre ses messages, dans les termes qui sont les siens.

Je commencerai ici.

On attend, à l'heure actuelle, du personnel de l'OMS qu'il s'exprime sur l'épidémie de virus Ebola qui ravage une partie de l'Afrique de l'Ouest. C'est donc ce que je vais faire.

Au cours de ma longue carrière en santé publique, notamment lorsqu'à Hong Kong, j'ai eu à gérer les épidémies de grippe H5N1 et de SRAS, puis plus tard à l'OMS, à faire face à la pandémie de grippe à virus H1N1, je n'ai jamais vu une crise sanitaire inspirer, jour après jour, un tel intérêt médiatique à l'échelle mondiale. Jamais n'ai-je vu une crise sanitaire susciter tant de peur et d'effroi, bien au-delà des pays touchés.

Jamais n'ai-je vu une situation sanitaire menacer jusqu'à la survie des sociétés et des gouvernements de pays déjà très pauvres. Jamais non plus n'ai-je vu une maladie infectieuse contribuer si fortement au risque de faillite des pouvoirs publics.

Tout cela s'est confirmé le 18 septembre lorsque le Conseil de sécurité de l'Organisation des Nations Unies a, pour la première fois dans son histoire, convoqué d'urgence une session extraordinaire en vue de faire face à ce qui, d'une crise de santé publique est devenu une menace à la paix et à la sécurité internationales.

Je ne puis vous communiquer le nombre de nouveaux cas d'infection et de décès vu qu'il augmente de façon exponentielle dans les trois pays les plus touchés, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone.

J'évoquerai néanmoins cette épidémie pour faire observer que certains messages et arguments clés qu'exprime l'OMS depuis des dizaines d'années, trouvent aujourd'hui une oreille attentive.

Premièrement, cette épidémie souligne les dangers que provoque le creusement des inégalités sociales et économiques dans le monde. Les riches bénéficient des meilleurs soins possibles. Les pauvres sont condamnés à mourir.

Deuxièmement, les rumeurs et la panique se propagent plus vite que le virus. Et cela coûte cher.

Le virus Ebola inspire une peur quasi-universelle. La peur aggrave fortement le désordre social et les pertes économiques, bien au-delà des zones touchées par l'épidémie.

La Banque mondiale estime à 90 % le taux de pertes économiques imputables, pendant une épidémie, à la réaction désordonnée et irrationnelle du public face au risque d'infection.

Troisièmement, lorsqu'un virus mortel et redoutable frappe de façon incontrôlée les plus démunis, le monde entier est en danger.

Annexe 5

Nos sociétés du XXI^e siècle sont interconnectées, interdépendantes et électroniquement reliées les unes aux autres comme jamais auparavant.

Quatrièmement, des décennies de négligence à l'égard des systèmes et services de santé essentiels signifient qu'un choc, tel qu'un événement météorologique extrême lié au changement climatique, un conflit armé ou une maladie hors de contrôle, peuvent mettre un pays fragile à genoux.

Autrement dit, cette épidémie montre combien un agent pathogène, parmi les plus mortels sur terre, peut exploiter la moindre faille d'une infrastructure sanitaire, qu'il s'agisse du nombre insuffisant de personnels de santé ou de la quasi-pénurie de services d'isolement et de soins intensifs dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne.

Pendant une crise, il est impossible de renforcer ces systèmes. Au contraire, ils vont s'effondrer.

Les dysfonctionnements d'un système de santé ont pour effet de réduire considérablement la capacité de résistance du public face à l'éventail de chocs, toujours plus fréquents et plus puissants, que connaît le monde d'aujourd'hui.

Nous n'ignorons pas les taux de mortalité encore plus élevés liés à d'autres causes, qu'il s'agisse du paludisme et d'autres maladies infectieuses ou du manque de capacités disponibles pour garantir des accouchements sans danger.

Il y a néanmoins une chose dont l'OMS se réjouit.

Lorsque les présidents et les premiers ministres de pays non touchés font une déclaration sur le virus Ebola, ils attribuent, à juste titre, la propagation et la gravité sans précédent de cette épidémie au fait que « les infrastructures essentielles de santé publique n'ont pas été mises en place. »

Cinquièmement, le virus Ebola est apparu il y a près de 40 ans. Pourquoi les cliniciens ont-ils les mains vides, sans vaccin ni traitement à proposer ? Parce que le virus est resté confiné, sur le plan tant historique que géographique, aux pays pauvres d'Afrique.

L'incitation à la recherche-développement est pratiquement inexistante. Une industrie orientée vers le profit n'investit pas dans des produits destinés à des marchés qui n'ont pas de ressources financières suffisantes.

Nous essayons depuis de nombreuses années d'attirer l'attention sur ce problème, tout récemment dans le cadre des discussions du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.

Enfin, le monde n'est pas bien préparé à une situation d'urgence grave et de longue durée, qui menace la santé publique.

Certains d'entre vous auront peut-être déjà entendu cette déclaration, comme elle est l'une des principales conclusions du Comité d'examen du Règlement sanitaire international, qui s'est réuni pour évaluer l'action menée en réponse à la pandémie de grippe en 2009.

L'épidémie de maladie à virus Ebola prouve, sans l'ombre d'un doute, la justesse de cette conclusion.

Quelles leçons tirer de tout cela ? Nous nous sommes fondamentalement fixé les bonnes priorités, lesquelles jouissent aujourd'hui d'un grand retentissement et mobilisent un appui politique de haut niveau.

Elles soulignent combien l'OMS et ses bureaux régionaux ont eu raison de préconiser le renforcement des infrastructures sanitaires essentielles, aux fins de l'instauration de la couverture sanitaire universelle, et de reconnaître la nécessité de renforcer d'urgence les principales capacités requises aux termes du RSI.

Nous nous devons de poursuivre sur la voie que nous avons empruntée, et qui recueille désormais un large soutien, afin d'assurer à tous une santé meilleure et une plus forte capacité de résistance.

Je vous remercie.

Annexe 5

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

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres et les représentants des États Membres et des organismes partenaires, Chers collègues, Mesdames et Messieurs,

Le présent rapport annuel est le sixième que je présente au Comité régional du Pacifique occidental, mettant en relief le travail que nous avons accompli au cours de l'année écoulée et les défis auxquels nous devons nous préparer.

Il y en a un en particulier que j'aborderai plus tard et qui, je sais, vous préoccupe tous, c'est l'épidémie du virus Ebola et ses effets potentiels sur la Région du Pacifique occidental.

Mais tout d'abord, je vous propose de faire le point sur ce que nous avons accompli au cours de l'année passée, en étroite collaboration avec les États Membres, à commencer par nos progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

L'échéance arrivant à grands pas, je suis heureux de déclarer que l'ensemble de la Région est en passe d'atteindre les cibles des OMD relatifs à la santé maternelle et infantile, au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose. Toutefois, à l'échelle des pays, certains États et Territoires risquent fort de ne pas atteindre les objectifs convenus s'ils n'accélèrent pas leurs efforts.

Par leur travail assidu, les membres du personnel de l'OMS ont contribué de façon capitale à l'ensemble des progrès.

Ils ont consenti des efforts exemplaires au cours de l'action menée en réponse au typhon Haiyan, première catastrophe de niveau 3 de la Région au titre du nouveau *Cadre d'action d'urgence* de l'OMS.

Notre appui souligne l'étroitesse du lien nous unissant au peuple des Philippines, qui nous héberge depuis plus de 60 ans. Nous lui sommes très reconnaissants, aussi bien de son hospitalité que de son excellent travail dans l'organisation de cette soixante-cinquième session du Comité régional.

Tant aux Philippines que dans les autres États Membres, nous nous attachons plus que jamais à consentir un appui qui réponde parfaitement à vos priorités et besoins particuliers.

Soucieux de mieux cibler nos efforts, nous continuons de faire le point sur l'appui que nous apportons à nos États Membres.

Deux évaluations externes ont été réalisées. L'une avait pour objet la qualité de l'appui aux pays consenti par le Bureau régional. L'autre était centrée sur les rôles et les fonctions dévolus à l'OMS dans le Pacifique. Nous nous efforçons de donner suite sans tarder aux recommandations qui en découlent.

Nous avons réalisé de solides avancées dans la prévention et la maîtrise des maladies transmissibles.

Le Pacifique occidental a conservé son statut de Région exempte de la maladie. Nous concourons à la mise en œuvre de la stratégie d'éradication définitive, aux fins de l'instauration d'un monde sans polio.

Tous les États Membres, à l'exception de trois d'entre eux, ont officiellement éliminé le tétanos maternel et néonatal.

Annexe 6

Nous pouvons, tous ensemble, tirer fierté des progrès que nous avons accomplis dans la réduction des taux d'hépatite B chez l'enfant. Il n'en reste pas moins que notre Région est affligée d'une lourde charge d'hépatite B chronique, qui se traduit par la perte annuelle de 350 000 vies humaines.

Nous collaborons avec les États Membres dans l'action menée pour relever ces défis.

Plusieurs États Membres ont ajouté de nouveaux vaccins dans leur calendrier de routine.

En étroite collaboration avec plusieurs États du Pacifique, nous avons mené, au cours de l'année écoulée, de nouvelles campagnes de vaccination pour enrayer les épidémies de rougeole.

Le Cambodge, la Chine, les Fidji, la Malaisie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont tous adopté les cibles d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

La quasi-totalité des États Membres se sont dotés, à l'échelle nationale, de plans stratégiques de lutte contre la tuberculose. L'OMS a appuyé les activités visant à élargir l'accès à des soins de qualité, y compris le renforcement du dépistage parmi les groupes à haut risque.

Nous nous employons également à éliminer les maladies tropicales négligées. Nioué, les Palaos et le Vanuatu vérifient l'élimination de la filariose lymphatique.

Sur les quatre pays de la Région où la schistosomiase est endémique, le Cambodge et la République démocratique populaire lao ont fait état d'une forte réduction des infections humaines. Les deux pays s'emploient à son élimination.

Nous continuons de nous heurter à de sérieuses difficultés, en particulier la résistance à l'artémisinine, dans la lutte contre le paludisme. Face à l'apparition de nouveaux foyers de résistance dans la sous-région du Grand Mékong, l'action que nous menons est plus importante que jamais du point de vue de la sécurité sanitaire mondiale.

Les situations d'urgence et les catastrophes sont un sujet de préoccupation croissant pour les États Membres et une menace constante pour la sécurité sanitaire mondiale.

Dix des 20 pays les plus exposés aux risques de catastrophe naturelle dans le monde se situent dans notre Région.

Aux Philippines, nous sommes encore présents dans les zones dévastées par le typhon Haiyan, participant aux efforts de reconstruction près d'un an après la catastrophe qui a causé des milliers de morts et le déplacement de millions de personnes. L'action que nous avons menée, à l'échelle de l'Organisation tout entière, a été d'une ampleur sans précédent sur les plans des ressources humaines, de la logistique et des fournitures. Nous avons aidé le Département de la Santé à coordonner sur place les efforts de 150 équipes médicales étrangères.

De même, nous avons concouru à l'action sanitaire menée dans les Îles Salomon, en coordonnant les activités des organismes partenaires et en dépêchant des experts techniques lorsque des crues éclair se sont abattues sur le pays en avril.

Au cours de l'année écoulée, nous avons fait face aux nombreuses menaces que font peser les maladies émergentes sur la sécurité sanitaire, notamment les flambées de dengue en République démocratique populaire lao et dans le Pacifique, ainsi que la grippe aviaire au Cambodge et en Chine.

Nous avons évalué les risques d'épidémies dues au virus H7N9, au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, également appelé MERS-CoV, et plus récemment au virus Ebola.

Nous mettons à jour ces évaluations régulièrement, et aidons les États Membres à se doter des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international, ou RSI, avant l'échéance de 2016.

Les États Membres ont accompli de réels progrès dans l'acquisition desdites capacités moyennant la mise en œuvre de la *Stratégie de lutte contre les maladies émergentes en Asie et dans le Pacifique* (SMEAP).

Cinq nouveaux pays ont acquis les capacités requises au cours de l'année écoulée. Tous les pays, à l'exception d'un seul, disposent désormais d'une équipe d'intervention rapide en cas d'épidémie.

Sur le plan des maladies non transmissibles, les nouvelles sont moins prometteuses. Les modes de vie ont considérablement évolué en l'espace d'une seule génération. Des aliments que nous mangeons à l'air que nous respirons, nous nous exposons souvent à des conditions dangereuses et préjudiciables, susceptibles de provoquer des MNT ou des facteurs de risque.

Dans notre Région:

- quatre décès sur cinq sont imputables aux MNT ;
- plus d'une personne sur quatre souffre d'hypertension ;
- dans l'ensemble, le taux de tabagisme recule progressivement, mais augmente chez les femmes et les filles.

Les statistiques relatives aux MNT sont particulièrement alarmantes dans le Pacifique ; 19 hommes sur 20 et neuf femmes sur 10 sont exposés à des facteurs de risques dans certaines communautés, et un diabétique sur 10 finira par subir une amputation.

Ces problèmes appellent des mesures allant au-delà du secteur de la santé. Les îles-santé, les villes-santé et les écoles engagées dans la promotion de la santé démontrent le potentiel que renferment les initiatives multisectorielles.

De la même manière, l'ensemble OMS d'interventions essentielles ciblant les MNT, est un autre exemple d'innovation efficace. Il permet vraiment de changer les choses dans les États et Territoires insulaires du Pacifique.

Lors d'une récente visite aux Fidji, j'ai vu, de mes propres yeux, l'enthousiasme des agents de santé, lorsqu'ils utilisaient des tableaux codés par couleur et des glucomètres pour évaluer le risque cardiovasculaire.

En ce qui concerne le tabagisme, l'Australie demeure un chef de file mondial de la lutte antitabac et une source d'inspiration dans la Région, depuis qu'elle a imposé la neutralité du conditionnement. Le Brunéi Darussalam et les Îles Salomon apposeront désormais de grandes mises en garde graphiques sur les paquets de cigarettes. L'année passée, le Viet Nam a édicté une législation complète sur la lutte antitabac.

Parmi les 14 pays qui ont augmenté les taxes sur le tabac ces dernières années, plusieurs allouent déjà une partie de leurs recettes fiscales à divers conseils et fondations œuvrant à la promotion de la santé.

La déclaration prononcée, l'année passée, par les ministres de la santé du Pacifique sur l'instauration d'un Pacifique sans tabac, d'ici à 2015, a représenté un engagement politique historique.

Annexe 6

Les pays auront du mal à affronter simultanément le double fardeau des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles, et à pourvoir aux besoins croissants des personnes âgées dans la Région.

La nécessité d'une couverture sanitaire universelle ira en se renforçant au fil du temps.

Nous avons soutenu, au cours de l'année écoulée, l'élaboration d'une stratégie à trois phases pour la réforme du secteur de la santé en République démocratique populaire lao. Nous avons également tenu, en Chine avec la Banque mondiale, une table ronde sur la réforme des hôpitaux publics dans le contexte plus général des changements apportés au système de prestation des services.

Si tant est qu'il nous reste un long chemin à parcourir avant de faire de la couverture sanitaire universelle une réalité, nous sommes sur la bonne voie.

J'ai récemment participé au Viet Nam à la révision de la loi sur l'assurance maladie. Le Gouvernement a rendu obligatoire l'affiliation à un régime d'assurance, de même que l'inscription des membres de famille dans le secteur non structuré, et étendu les prestations aux groupes vulnérables.

La mise en valeur des ressources humaines et le renforcement des capacités comptent parmi les pierres angulaires de la couverture sanitaire universelle.

Au début de 2014, nous avons inauguré une seconde fois le Centre global d'apprentissage de la santé, initiative abandonnée depuis quelques années. Quinze boursiers issus de cinq pays différents viennent d'y effectuer un stage de six mois en anglais portant sur la santé publique à l'échelle mondiale.

Depuis 2012, plus de 2500 professionnels de la santé ont tiré parti d'un autre outil de formation efficace, créé par l'OMS, le Réseau océanien d'apprentissage ouvert des professions sanitaires (POLHN). Celui-ci offre la possibilité de renforcer ses compétences sans avoir à quitter son pays.

Au cours de l'année écoulée, je me suis attaché à constituer la meilleure équipe d'experts en santé publique de la Région. J'ai recruté deux nouveaux directeurs à l'extérieur de l'OMS, qui nous apporteront leur enthousiasme et de nouvelles perspectives. J'ai également appliqué la politique de rotation à sept représentants de pays, nombre qui pourrait bien être sans précédent à l'OMS.

Je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour placer les bonnes personnes au bon endroit afin de mieux vous servir, vous, nos États Membres.

J'attire l'attention du personnel sur le fait que nous devons être disposés à nous réinventer sans cesse pour remplir la mission qui nous incombe de servir les États Membres en tenant compte de l'évolution de leurs besoins sanitaires. À cette fin, les quatre principes suivants continueront de présider à notre action au cours de mon second mandat :

1. l'OMS se doit de centrer son action sur les besoins des pays et mettre l'accent sur l'aspect humain, en accordant une attention particulière aux populations les plus vulnérables à l'intérieur des pays ;
2. l'OMS doit faire fond sur ses réussites, en abordant de nouvelles difficultés sans perdre de vue les questions en suspens ;
3. l'OMS se doit de faire preuve de souplesse et de flexibilité dans l'action qu'elle mène pour faire participer tous les acteurs, qu'ils viennent du secteur de la santé ou d'autres secteurs ;

4. L'OMS et son personnel doivent garantir une gestion plus avisée des ressources, aussi bien humaines que financières.

En somme, nous devons non seulement nous concentrer sur les besoins actuels des États Membres mais aussi anticiper leurs besoins futurs en santé publique.

De nouveaux défis se posent chaque année, réaffirmant la nécessité de mener une action axée sur la prévention et la préparation, ce qui m'amène à aborder la question de l'épidémie d'Ebola qui sévit aujourd'hui en Afrique de l'ouest.

C'est un problème qui nous concerne tous.

Le virus Ebola fait la une de l'actualité depuis quelques semaines. Vous venez de recevoir les dernières informations de notre Directeur général. Le monde est en état d'alerte élevé. Le système des Nations Unies est entièrement mobilisé.

C'est la première fois que l'Organisation des Nations Unies a établi une mission pour une situation d'urgence de santé publique, baptisée Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola. Elle mobilise de vastes ressources auprès des institutions spécialisées des Nations Unies et d'autres partenaires, répondant ainsi au besoin urgent de moyens logistiques.

La Mission renforce également le rôle central que joue l'OMS dans la conduite des efforts de santé publique.

Je vais vous donner un bref aperçu de la situation dans notre Région.

À l'heure actuelle, aucun cas confirmé d'infection à Ebola n'a été enregistré dans la Région du Pacifique occidental.

Plusieurs personnes ayant voyagé par avion ont dû se soumettre à des tests, qui se sont tous révélés négatifs. Jusqu'à présent, nos systèmes de surveillance et d'intervention se sont avérés efficaces.

Cela ne veut pas dire pour autant que notre Région est en sécurité.

Comme nous l'avons vu récemment aux États-Unis et en Espagne, le virus Ebola peut se propager à la faveur des déplacements internationaux et des difficultés que pose la prise en charge directe des cas, y compris dans les pays développés.

Le virus Ebola n'est pas une maladie circonscrite au continent africain. Il s'agit d'une urgence mondiale de santé publique internationale, d'une ampleur considérable aux niveaux social, économique, humanitaire et politique, sans parler des questions de sécurité. L'épidémie a déjà poussé certaines économies fragiles au bord de l'effondrement.

L'arrivée d'un cas d'infection à Ebola dans notre Région est une possibilité à ne pas écarter.

Lorsque cette crise a commencé à prendre de l'ampleur, j'ai demandé à mon équipe : « Serions-nous en mesure de détecter un cas d'infection à Ebola et d'intervenir rapidement pour empêcher la propagation du virus » ?

La réponse a été affirmative. Laissez-moi vous dire pourquoi.

Si le virus Ebola touchait la Région, les conséquences seraient redoutables. Nous serions mis à rude épreuve pour le maîtriser immédiatement.

Annexe 6

Comme vous le savez, la Région du Pacifique occidental est un point névralgique de l'émergence de nouvelles maladies. Nous avons tiré beaucoup d'enseignements de l'action menée pour lutter contre le syndrome aigu respiratoire sévère (SRAS), première grande épidémie du XXI^{ème} siècle.

Le SRAS a souligné la nécessité d'une forte impulsion, de systèmes de surveillance efficaces, de rapports précis et réguliers, et de moyens d'intervention rapide. En fin de compte, cette expérience nous a rendus plus forts.

Je suis convaincu que notre Région est dans une position plus forte qu'elle ne l'a jamais été. S'appuyant sur la SMEAP, nos États Membres ont investi dans les mesures de préparation et d'intervention qui font partie intégrante des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international.

En juin, le Bureau régional a accueilli la première réunion du réseau mondial de l'OMS sur les activités de préparation, de surveillance et d'intervention. Nous avons vu que notre Région est mieux placée que d'autres pour écarter les menaces de sécurité sanitaire.

Nous avons une équipe au Bureau régional, la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence, qui a été créée en 2010 pour circonscrire ces menaces. La Division travaille sans relâche pour suivre et évaluer les menaces de sécurité sanitaire, notamment le virus Ebola.

Le Centre d'opérations d'urgence du Bureau régional, qui a été adapté aux besoins actuels, est en état d'alerte élevé, et collabore étroitement avec les États Membres, les bureaux de pays et le Siège à la coordination des interventions d'urgence.

Nous travaillons sans relâche aux côtés des États Membres en vue d'améliorer l'état de préparation opérationnelle de leurs systèmes nationaux de santé publique. Il y a à peine une semaine, nous avons mené, à l'échelle de la Région, un exercice de simulation visant à vérifier le niveau de préparation d'une éventuelle riposte à l'épidémie du virus Ebola.

Bon nombre de pays ont mis en place les capacités de laboratoire requises pour détecter le virus Ebola, et les lignes directrices sur la prévention et la lutte anti-infectieuse commencent à être mises en application. Quatre-vingt-cinq pour cent des pays de la Région disposent de centres de direction et de contrôle des opérations.

En dépit de notre préparation et de l'expérience que nous avons acquise dans la lutte menée contre le SRAS, la grippe aviaire et d'autres épidémies, le virus Ebola fait peser une nouvelle menace sur notre Région – une menace dont nous n'avons guère l'expérience.

Nous devons nous attaquer de front aux problèmes qui se posent dans notre Région afin de circonscrire cette menace efficacement.

Le Pacifique occidental est une Région très diverse, regroupant petits et grands pays, aux niveaux de développement différents. Notre Région a d'énormes plaques tournantes en matière de transport, et entretient, sur les plans du commerce et des voyages, des échanges dynamiques avec le monde entier, notamment l'Afrique de l'Ouest.

Quelques pays de la Région n'ont pas encore acquis les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international, ce qui signifie que leurs systèmes de surveillance et d'intervention ne sont pas encore suffisamment à même de faire face à ce type de menace.

Seule la moitié des pays qui ont répondu récemment à une enquête de la Division Sécurité sanitaire et Situations d'urgence ont indiqué disposer des mécanismes nécessaires pour transmettre en toute sécurité des échantillons de virus Ebola aux laboratoires de référence.

Notre Région a une tradition d'autonomie et de coopération dans les périodes de crise. Nos États Membres ont travaillé sans relâche pour se doter des capacités requises aux termes du Règlement sanitaire international et de la SMEAP.

Et nombreux sont les États Membres – notamment l'Australie, la Chine, le Japon, la Malaisie, la République de Corée et Singapour, qui ont fait preuve de solidarité avec d'autres Régions en prêtant assistance aux pays touchés par le virus Ebola.

Toutefois, comme les ressources mondiales sont déjà surexploitées, l'OMS dans la Région du Pacifique occidental, doit pouvoir compter sur l'engagement indéfectible de ses États Membres et de ses partenaires.

Nous nous devons d'améliorer sans discontinuer nos systèmes de préparation, de surveillance et d'intervention pour être à même d'enrayer toute épidémie éventuelle.

La crise du virus Ebola met en lumière une simple vérité : il est primordial d'investir dans la sécurité sanitaire en période dite calme. Seulement ainsi serons-nous en mesure de juguler de futures crises, dont l'ampleur pourrait bien surpasser tout ce qui nous a été donné de voir.

Je vous remercie.

Annexe 6

**ALLOCUTION DU PRÉSIDENT ENTRANT, DR ENRIQUE T. ONA,
SECRÉTAIRE À LA SANTÉ DES PHILIPPINES,
À LA SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL
DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Mesdames et Messieurs les Ministres, Mesdames et Messieurs les représentants, Dr Shin Young-soo, Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Mesdames et Messieurs les représentants des institutions spécialisées des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et des organisations non gouvernementales, Mesdames et Messieurs,

Bonjour,

Vingt-cinq ans plus tard, notre pays accueille à nouveau le Comité régional. Comme vous êtes nombreux à bien connaître les Philippines, il nous a fallu faire preuve d'imagination pour donner à votre séjour une touche particulière. J'espère que la cérémonie d'ouverture vous aura fait entrevoir la richesse de notre culture. Je vous invite à découvrir les stands d'exposition et à vous rendre compte de manière plus approfondie des progrès que nous avons accomplis pour instaurer la couverture sanitaire universelle.

Mesdames et Messieurs les représentants.

Je vous remercie de l'insigne honneur que vous m'avez fait en me nommant à la présidence de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour la Région du Pacifique occidental, laquelle revêt pour nous un caractère historique.

Je tiens à adresser mes remerciements et mes félicitations au Président sortant, Tuitama Dr Leao Talalelei Tuitama, Ministre de la Santé de Samoa, ainsi qu'aux autres membres du Bureau de la précédente session du Comité régional pour la qualité de leur travail. Ils ont placé la barre très haut.

Mesdames et Messieurs,

Il y a un an, notre pays était frappé par le typhon le plus violent et le plus rapide à toucher terre dans toute l'histoire moderne. Le typhon Haiyan, baptisé « Yolanda » aux Philippines, a emporté habitations et vies humaines à la vitesse de 276 kilomètres/heure. Notre Président l'a évoqué hier mais je tiens à vous livrer quelques-unes de mes observations personnelles.

Lorsque j'ai découvert l'ampleur des dégâts, à bord d'un hélicoptère, les mots m'ont manqué. Aussi loin que l'œil pouvait voir, ce n'étaient que vastes étendues de terre jonchées d'arbres déracinés, voitures empilées les unes sur les autres, bateaux drossés sur le rivage et encastrés dans des édifices ravagés, décombres innombrables, et hordes de gens errant sans but parmi les débris et les corps sans vie.

Les conditions météorologiques entravaient l'accès à ces îles que ce soit par voie maritime, aérienne ou terrestre, empêchant quasiment toute opération de sauvetage et de secours.

Le Ministère de la Santé a perdu tout contact avec nos centres régionaux des Visayas, région qui se relevait à peine d'un séisme de magnitude de 7,3 survenu deux semaines plus tôt.

Lorsque le temps s'est amélioré et que nous avons pu pénétrer progressivement dans les zones sinistrées, nous avons constaté que la force et la vitesse des vents avaient provoqué une marée de tempête aux effets comparables à ceux d'un tsunami, le niveau de l'eau s'étant élevé jusqu'à 14 mètres. En comparaison, il avait atteint 7 mètres lors de l'ouragan Katrina, qui avait frappé les États-Unis. Des vidéos circulant sur les réseaux sociaux montraient l'eau s'élevant en quelques secondes avant d'engloutir littéralement des bâtiments de deux étages.

Annexe 7

Au total, 16 millions de personnes ont été touchées ; des milliers ont été blessées et environ 6 000 ont perdu la vie. Quatre millions de personnes ont été déplacées, privées d'eau, de nourriture, d'abri ou d'électricité. Nos établissements et personnels sanitaires n'ont pas été épargnés. Eux aussi ont été touchés.

Voilà la situation, et les défis auxquels nous avons dû faire face.

Avec le recul, j'ai pris conscience du fait que le monde, tel que nous le connaissons, peut changer en un instant. J'ai compris à quel point nous étions tous vulnérables, et combien la mort et la destruction pouvaient frapper inopinément.

Chers collègues,

En repensant à ces moments, trois images distinctes s'imposent à mon esprit. La première est celle de l'ampleur de la destruction et des dégâts. La deuxième est celle de la résilience de notre peuple. La troisième est l'appui massif et spontané de la communauté internationale.

Le peuple philippin a senti le soutien, qui lui venait des quatre coins du monde, sous de multiples formes.

Cela nous a redonné espoir. Et c'est dans cet espoir que nous avons puisé la force de surmonter cette catastrophe. C'est l'espoir qui a permis à des millions d'habitants des Visayas de se relever et de prendre un nouveau départ.

Nous avons été profondément touchés par la générosité du monde entier, et par tous ceux qui nous ont accompagnés dans ces heures sombres par leurs prières et leurs paroles de réconfort. Nous leur en sommes profondément reconnaissants et ne l'oublierons jamais.

Au plus fort de la crise et des opérations de secours, 150 équipes médicales venues de l'étranger et plus d'une centaine d'équipes philippines de médecine et de chirurgie étaient à l'œuvre. L'OMS a fait don de plus de 150 millions de tonnes de fournitures médicales et de médicaments d'importance vitale, et appuyé la coordination de l'aide internationale.

Dr Shin, je vous remercie de votre indéfectible appui. Vous avez généreusement mis à notre disposition les services et installations à la fois du bureau de pays de l'OMS et du Bureau régional de l'Organisation pour le Pacifique occidental.

Excellences,

Cette expérience m'a convaincu qu'en période de turbulence, nous ne pouvons nous permettre de maudire l'obscurité. Il nous suffit simplement d'allumer une bougie. Et, avec une seule bougie à la fois, les ténèbres peuvent laisser place à la lumière.

Mes homologues Ministres,

Un programme chargé nous attend.

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

Dr Shin, nous tenons à vous féliciter de votre réélection bien méritée l'année passée. Nous nous réjouissons à la perspective de nouvelles années de collaboration fructueuse. Il ne fait pas de doute que nous devons faire face à de nombreuses incertitudes, notamment la menace que fait peser le virus Ebola sur le monde entier. Je suis certain que sous votre direction et par l'entremise de l'Organisation mondiale de la Santé, nous pouvons compter sur un mécanisme efficace de collaboration internationale.

Mesdames et Messieurs les représentants,

Notre ordre du jour comporte six grands points, que nous entendons aborder au cours des prochains jours, en sus d'un certain nombre de rapports de situation. Je fais donc appel à votre coopération pour que nous puissions conclure nos travaux - à l'avance, j'espère.

Ce matin, nous examinerons l'avant-projet de budget programme 2016-2017. Ce budget fait fond sur le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015.

Comme le dit l'adage, « il n'est pas de santé sans santé mentale ». Depuis un certain temps déjà, le thème de la santé mentale figure à l'ordre du jour du Comité régional. Nous sommes invités à examiner un projet de *Programme régional de mise en œuvre du Plan d'action pour la santé mentale (2013-2020)*.

Nous débattons des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et examinerons le projet de plan d'action régional, qui orientera nos travaux au cours des cinq années à venir. Je me réjouis d'avance de vous narrer l'histoire de la bataille que nous avons engagée pour augmenter les taxes sur le tabac et l'alcool. Elle nous a permis de recueillir un milliard de dollars de recettes, qui serviront notamment à financer les primes d'assurance maladie de plus de 10 millions de familles.

Je suis heureux que nous ayons l'occasion de débattre de la résistance aux antimicrobiens. Chirurgien greffeur de profession, je ne sais que trop combien la résistance aux antimicrobiens peut compromettre le succès de la médecine moderne, notamment la transplantation d'organes et la chirurgie cardiaque. Le projet de *Plan d'action pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région du Pacifique occidental* nous sera présenté pour examen, en vue de guider notre action au niveau national.

Le Pacifique occidental obtient d'excellents résultats dans la lutte contre les maladies à prévention vaccinale. Nous avons conservé notre statut de Région exempte de la poliomyélite, et accompli des progrès satisfaisants sur la voie de l'élimination de la rougeole et du tétanos maternel et néonatal. Le projet de *Cadre régional d'application du Plan d'action mondial pour les vaccins dans le Pacifique occidental* a été élaboré pour aider les pays à renforcer davantage leurs programmes de vaccination.

Enfin, notre Région a été décrite comme l'épicentre mondial des catastrophes. D'après le Rapport mondial sur les risques de 2013, notre Région compte 10 des 20 pays les plus exposés aux catastrophes naturelles telles que les séismes, les inondations, les raz-de-marée et les typhons. Un projet de *Cadre d'action régional du Pacifique occidental pour la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes* est soumis à l'examen du Comité.

Chers collègues,

Après avoir passé en revue notre ordre du jour, je terminerai en vous faisant part de quelques réflexions sur des thèmes qui sous-tendent les activités que nous mènerons par le biais de l'Organisation mondiale de la Santé.

Il y a quelques semaines, lors du Sommet 2014 sur le climat, qui s'est tenu sous l'égide de l'ONU à New York, dans le cadre du *Compact of Mayors*, lequel représente 200 villes, soit 400 millions d'habitants, celles-ci ont renouvelé leur attachement à la réduction des émissions annuelles de gaz à effet de serre. Cette initiative nous montre qu'il importe au plus haut point de coopérer avec les villes, les autorités locales et le secteur privé, dans les domaines de la santé et de l'environnement.

Annexe 7

L'épidémie de maladie à virus Ebola nous apprend que nous sommes aussi forts que notre maillon le plus faible et que nous devons investir dans l'amélioration de la capacité globale de nos systèmes de santé.

Nous ne pouvons tolérer la moindre défaillance dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Le lourd fardeau que représentent les maladies non transmissibles nous impose d'adapter nos infrastructures aux besoins que font naître les nouveaux problèmes de santé publique, à savoir l'hypertension, le diabète, le cancer et les accidents vasculaires cérébraux. Il nous faut également renforcer la promotion de la sécurité, ainsi que la prévention et la gestion des traumatismes, à tous les niveaux des systèmes de soins de santé.

Mesdames et Messieurs les représentants,

Au cours des prochains jours, je compte sur votre active participation aux débats axés sur les grandes questions de santé, qui exigent une attention et une action de notre part de toute urgence.

Je vous remercie, tous et toutes, d'être venus aux Philippines. En qualité de Président, de concert avec les autres membres du Bureau et avec l'appui du Secrétariat de l'OMS, je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour veiller à la bonne gestion de notre temps et à la réalisation des objectifs que nous nous sommes assignés, tout en vous laissant suffisamment de temps pour vous détendre et vous « amuser encore plus aux Philippines » grâce au programme que nous avons élaboré spécialement à votre intention.

Une fois encore, je vous souhaite, à tous et à toutes, une réunion aussi utile que fructueuse.

Mabuhay!!!

**DISCOURS DE CLÔTURE DU PRÉSIDENT,
DR ENRIQUE T. ONA, SECRÉTAIRE À LA SANTÉ DES PHILIPPINES,
À LA SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL
DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL**

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier d'avoir participé à cette rencontre et j'espère que vous avez passé un bon séjour dans notre pays. Je tiens à remercier mes collaborateurs qui ont travaillé sans relâche et contribué à faciliter ma tâche. Je nommerai tout particulièrement mon Vice-Président, M. Michael Malabag, Ministre de la Santé, de la Papouasie-Nouvelle Guinée, un homme très compétent et plein d'esprit, qui était toujours prêt à assumer les responsabilités de président lorsque des affaires urgentes m'appelaient au Gouvernement.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude au Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dirigé par le Dr. Shin, qui a veillé à ce que nos rencontres se déroulent sans heurts et qui nous a permis d'achever nos travaux en avance de façon à ce que vous puissiez voir notre pays. Une visite-découverte des meilleurs produits des Philippines a été organisée à votre intention et vous y êtes tous conviés. Il s'agit de meubles, de quelques objets de décoration et de cadeaux exposés non loin d'ici, au Centre de Convention SMX, censé être aujourd'hui le plus grand centre commercial d'Asie. Comme il s'agit d'une visite spéciale, nous vous demandons de bien vouloir vous inscrire au Bureau d'Information afin que nous puissions faire ouvrir les portes.

Enfin, je tiens à rendre hommage aux hommes et aux femmes de notre Département de la Santé qui ont, en coulisse, pris toutes les dispositions voulues pour l'organisation de nos réunions. Je tiens tout particulièrement à remercier le Comité d'organisation des réunions, relevant du Comité régional du Département de la Santé, dirigé par notre Secrétaire-adjoint, M. Jaime Lagahid, le Vice-Président, la Directrice Mme Lilibeth David, et le Bureau de la Coopération internationale de la santé, dirigé par Mme Maylene Beltran, et bien entendu tous les hauts fonctionnaires du Département de la Santé présents parmi nous aujourd'hui.

Pour l'ensemble d'entre nous qui collaborons ensemble au sein de l'OMS, il semble qu'une lourde tâche nous attend, à savoir mettre en œuvre tout ce dont nous avons débattu et convenu pendant ces trois derniers jours. Et lorsque nous nous retrouverons à Guam dans le cadre de la soixante-sixième session, je suis certain que nous serons informés des progrès remarquables accomplis par chacun des pays sur les diverses questions de santé que nous avons abordées.

J'attendrai donc avec grand intérêt de tous vous retrouver l'an prochain à Guam.

À toutes et à tous, je vous adresse tous mes remerciements et vous souhaite un bon retour dans vos foyers respectifs. Bonne journée !