

## PROCÈS-VERBAL DE LA QUATRIÈME SÉANCE

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

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

## TABLE DES MATIÈRES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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



### 3. EXAMEN DES PROJETS DE RÉSOLUTIONS

Le Comité examine les projets de résolutions suivants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La séance est levée à 12 h 00.