

PROCES-VERBAL DE LA DEUXIEME SEANCE

(Lower NZI, Aotea Centre, Auckland Convention Centre)
Mardi, 19 septembre 2006 à 9 heures

Président : M. Pete Hodgson (Nouvelle-Zélande)
puis : M. Pehin Dato Suyoi Osman (Brunéi Darussalam)
puis : M. Pete Hodgson (Nouvelle-Zélande)

TABLE DES MATIERES

| | page |
|--|------|
| 1. Allocution du Président entrant | 118 |
| 2. Rapport du Directeur régional (suite) | 118 |
| 3. Examen d'un amendement au Règlement intérieur du Comité régional | 120 |
| 4. Budget programme 2004-2005 : exécution du budget (rapport final) | 122 |
| 5. Projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et avant-projet de budget programme 2008-2009 | 125 |
| ANNEXE - Allocution du Président entrant | 131 |

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

Le PRESIDENT fait une déclaration au Comité (Annexe).

2. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL : Point 7 de l'ordre du jour

(Document WPR/RC57/2) (suite)

Mme GIDLOW (Samoa) déclare au Comité que les maladies transmissibles restent un sujet de préoccupation pour la santé dans son pays. Une action nationale de l'ensemble du secteur de la santé pour éliminer la filariose est en cours. Les efforts pour maîtriser le VIH/SIDA par une approche pluridisciplinaire ont eu des résultats positifs mais les infections sexuellement transmissibles restent un sujet d'inquiétude. Une stratégie nationale de préparation à la grippe, associée au contrôle des frontières et s'appuyant sur l'expérience acquise dans la prévention du SRAS, a été mise au point et commence à être mise en œuvre. Le Gouvernement des Samoa se félicite de l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) et reconnaît la volonté exceptionnelle de le mettre en œuvre manifestée par certains pays, notamment l'appui de l'Australie pour aider certains pays à orienter leurs actions. Les Samoa apprécient l'assistance que l'OMS et d'autres partenaires, comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Japon, la Chine, Singapour, les Etats-Unis d'Amérique et l'Union européenne, apportent au développement du secteur de la santé aux Samoa. Son Gouvernement attend avec un intérêt particulier les discussions sur l'élaboration des plans d'action nationaux pour la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, étape initiale dans l'application du Règlement sanitaire international.

Le Dr NGUYEN THI XUYEN (Viet Nam) félicite l'OMS pour l'action qu'elle mène contre les flambées de grippe aviaire et pour son travail dans la lutte contre le VIH et la tuberculose. La Région mène une lutte efficace contre les maladies, en particulier contre la grippe aviaire. Le Viet Nam n'a pas enregistré de cas humains depuis la mi-novembre 2005 mais, compte tenu des cas d'infection touchant les oiseaux et les humains dans les pays voisins, il a entrepris la vaccination de masse des volailles, instauré une surveillance rigoureuse et organisé des activités supplémentaires d'information, d'éducation et de communication. Il met aussi sur pied un partenariat contre la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine à l'appui de son programme opérationnel intégré. Il collabore avec l'OMS et les pays de la Région par l'échange d'échantillons biologiques et d'informations, élément important dans la gestion des urgences de santé publique. Le Viet Nam invite instamment l'OMS à continuer d'aider les Etats Membres à améliorer la surveillance et les capacités d'action rapide.

L'infection à VIH se renforce dans un certain nombre de pays de la Région. Le Viet Nam se félicite donc de l'objectif d'assurer pour 2010 l'accès universel à des services efficaces de prévention et de soins. Avec l'appui de la Banque mondiale, du Fonds mondial et du Plan d'urgence présidentiel des

Etats-Unis pour l'aide contre le SIDA (PEPFAR), le Viet Nam accentue les activités de soins et de traitement aux personnes vivant avec le VIH et étend ses activités de prévention. En juin 2006, l'Assemblée nationale du Viet Nam a voté une loi portant sur la lutte contre le VIH et celle-ci doit étendre la portée des activités d'atténuation des effets néfastes.

La co-infection tuberculose/VIH est un sujet de vive inquiétude dans les pays de la Région, dont le Viet Nam. Le programme de lutte contre la tuberculose au Viet Nam fonctionne très bien mais, à cause de l'infection à VIH, la tuberculose ne régresse pas dans le pays. Une meilleure collaboration entre les programmes de lutte contre la tuberculose et contre le VIH est une priorité, assortie d'un financement durable. Le Viet Nam a adopté un plan quinquennal de lutte antituberculeuse, 2006-2010, techniquement valable mais qui n'est pas encore financé dans sa totalité. Le Viet Nam se félicite de la contribution du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et reconnaît l'aide de l'OMS dans la préparation des propositions soumises au Fonds mondial.

Le Dr DANIEL (Iles Cook) salue l'aide technique et financière apportée par l'OMS. Plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement ont été atteints dans les Iles Cook, mais la situation s'aggrave pour les maladies non transmissibles. Environ 80 % de la population est en surpoids, 60 % obèse et 20 % diabétique, et l'on diagnostique de plus en plus de cas de diabète chez les jeunes et de cas d'obésité chez les écoliers. Il s'étonne que ces maladies continuent de ponctionner les ressources du Ministère de la Santé, malgré les nouvelles techniques scientifiques et les dernières méthodes de prise en charge. Les Iles Cook font appel à l'OMS pour l'orienter sur les interventions qui auront plus de succès que celles déjà mises en place. Une approche similaire à celle de la Convention-cadre pour la lutte antitabac serait peut-être nécessaire, notamment pour lutter contre les graisses animales et les aliments trop riches en sucre.

A l'invitation du PRESIDENT, des représentants de la Fondation Sasakawa pour la Santé, de l'Association internationale d'Ergonomie, de l'Association internationale de Pédiatrie, du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en Iode, du Forum de la pharmacie dans le Pacifique occidental, de la Fédération internationale pharmaceutique, de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine s'adressent au Comité.

Le DIRECTEUR REGIONAL par intérim déclare avoir pris note des nombreuses observations constructives. Une grande préoccupation des représentants a trait à la menace de la grippe aviaire et, globalement, à la sécurité des populations humaines. Plusieurs Etats Membres ont signalé avoir pris des mesures pour renforcer les capacités et améliorer la surveillance, afin de satisfaire aux exigences du Règlement sanitaire international (2005) en matière de capacités essentielles. La Chine et le Viet Nam, tous deux confrontés à des flambées continuelles de grippe aviaire, ont agi en profondeur et avec succès. La stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et le plan de travail pour

son application seront discutés à un stade ultérieur de la session. Un élément important en est l'évaluation par les pays de leurs capacités essentielles, qui devrait intervenir dès le début du processus. Plusieurs représentants ont lié le travail dans ce domaine au renforcement des systèmes de santé. Ce lien est essentiel, de même que, plus largement, les normes de santé publique. La question des ressources humaines pour la santé, soulevée par la France, la Chine et le Japon, sera étudiée au cours de la session.

Dans le domaine des maladies transmissibles, les Fidji ont mentionné une flambée récente de rougeole. Le programme d'élimination de la rougeole mis en place depuis longtemps dans la Région du Pacifique a été payant, mais il est difficile de maintenir une large couverture vaccinale. Là où la couverture a diminué, on a observé des flambées éparses.

Le représentant des Etats-Unis d'Amérique a parlé de la tuberculose à bacilles ultrarésistants. Le plan stratégique régional 2006-2010 « Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental », dont on parlera à un stade ultérieur, prévoit les mesures à prendre pour faire face à la maladie multirésistante. Les mesures proposées comprennent une application ferme de la stratégie DOTS et le développement des capacités de laboratoire. Le plan propose également de développer les mesures de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH, à laquelle on peut aussi associer l'apparition des tuberculoses multirésistantes.

La lutte contre les maladies non transmissibles apparaît comme un thème dominant dans cette session, avec un sentiment de frustration exprimé de manière évidente dans les observations de plusieurs représentants portant sur les actions à mener. Les exemples d'interventions rationnelles, fondées sur des bases factuelles, se multiplient dans le monde et ces approches doivent être développées et étendues. Les représentants de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Iles Cook et de Malaisie ont parlé plus spécifiquement de l'alimentation, domaine couvert par la stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Le Bureau régional collabore depuis plusieurs années avec les Etats et Territoires sur ce problème majeur et complexe dans la Région du Pacifique, sous différents aspects : organisation d'ateliers, commandes d'études, publication de monographies et assistance apportée à plusieurs pays, le tout dans le cadre des divers accords commerciaux du secteur de l'alimentation. On trouve plusieurs exemples de bonnes pratiques dans la Région, notamment l'utilisation habile par la Polynésie française de la taxation et d'autres politiques pour réglementer la consommation des aliments et des boissons. Ce sujet sera repris au cours de la session.

3. EXAMEN D'UN AMENDEMENT AU REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE REGIONAL : Point 22 de l'ordre du jour (Document WPR/RC57/17)

Le DIRECTEUR REGIONAL par intérim explique au Comité qu'un Etat Membre de la Région, l'Australie, a proposé d'amender le Règlement intérieur du Comité régional, afin de parer explicitement

et de manière adéquate à l'éventualité où, dans un avenir indéterminé, le Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental ne serait plus en mesure de terminer son mandat et laisserait le poste vacant. Le Règlement actuel ne prévoit pas une telle situation. Autrement, le Comité pourra souhaiter examiner le cas actuel de vacance éventuelle du poste de Directeur régional en décidant d'accélérer la procédure de désignation, si le Directeur régional actuel était élu au poste de Directeur général.

Le PRESIDENT fait observer que la question présentée au Comité est de savoir s'il faut établir un article couvrant une vacance exceptionnelle du poste.

Mme HALTON (Australie) accepte cette formulation succincte. Elle ne veut pas se lancer dans des hypothèses concernant une possibilité immédiate de vacance, mais elle voudrait plutôt étudier la question plus large de l'adéquation du Règlement existant. Elle rappelle ses observations de la veille sur l'insuffisance du Règlement pour faire face à une vacance exceptionnelle du poste de Directeur général. Le Règlement ne précise pas clairement qui doit prendre les fonctions, les modalités de convocation du Conseil exécutif en session extraordinaire pour étudier la question et l'application du Règlement, ainsi que la procédure à suivre pour pourvoir le poste vacant.

Les discussions du Conseil en mai ont été difficiles, bien que l'existence d'un article permettant la suspension d'un article quel qu'il soit ait été pratiquée. Le hasard a fait que le Dr Lee est décédé au début de l'Assemblée mondiale de la Santé quand un nombre suffisant de membres du Conseil étaient réunis pour permettre d'organiser une session extraordinaire. Seule cette circonstance et des conseils judicieux ont permis au Conseil de résoudre le problème. L'article 6 du Règlement intérieur du Conseil exécutif prévoit de convoquer une session extraordinaire dans deux circonstances : sur la demande conjointe de dix Etats Membres et, après consultation entre le Directeur général et le Président du Conseil, dans le cas où surviendraient des événements exigeant une action immédiate conformément aux dispositions de l'article 28(i) de la Constitution. C'est cet article qui a permis de convoquer la session extraordinaire.

Au cas où la Région serait confrontée à une vacance exceptionnelle du poste et où les représentants ne seraient pas réunis en session ordinaire du Comité, l'inadéquation du Règlement intérieur poserait problème. Bien que l'Article 5 du Règlement intérieur du Comité régional stipule qu'une session extraordinaire peut être convoquée « à la demande conjointe de la majorité des Membres », il serait difficile de l'organiser si les Membres ne se trouvaient pas au même endroit au même moment. En outre, le Règlement ne précise pas comment procéder. La proposition de Mme Halton dérive principalement de l'expérience du Conseil exécutif à Genève en mai.

Le document dont est saisi le Comité, et l'amendement proposé en vue de la désignation d'une personne au poste de Directeur régional à la réunion suivante du Comité est le bienvenu, mais le fait

d'accepter ce changement pourrait vouloir dire que le poste pourrait demeurer vacant pendant un an. Par principe, cette situation est-elle acceptable ?

Le PRESIDENT propose que, compte tenu notamment de la présence du Conseiller juridique, un groupe de travail soit constitué pour examiner la question plus à fond.

Le Dr XING (Chine) dit que sa délégation, comprenant les raisons et la nécessité d'élaborer un amendement au Règlement intérieur du Comité, souhaiterait participer au groupe de travail proposé. Il demande que deux points soient pris en considération. Premièrement, l'amendement devrait être conçu de façon à obtenir un Règlement intérieur plus complet, couvrant toutes les situations possibles dans lesquelles le Directeur régional se trouverait dans l'impossibilité de s'acquitter de ses fonctions. Sa délégation est opposée à l'examen de situations ou de cas individuels afin d'éviter toute partialité ou parti pris. Deuxièmement, le Règlement amendé ne devrait prendre effet que si le Directeur régional en exercice était incapable de s'acquitter de ses fonctions.

Le PRESIDENT déclare qu'un groupe de travail à composition non limitée se réunira pour affiner la proposition d'amendement au Règlement intérieur.

4. BUDGET PROGRAMME 2004-2005 : EXECUTION DU BUDGET (RAPPORT FINAL) :

Point 8 de l'ordre du jour (Documents WPR/RC57/3 et WPR/RC57/INF.DOC.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL par intérim, présentant le point 8 de l'ordre du jour, commente les tendances observées dans le budget programme. Il explique que la résolution WHA51.31 s'est traduite par une réduction cumulée des recettes du budget ordinaire de 19 650 000 dollars et par une baisse des dépenses au cours des trois exercices biennaux couvrant la période 2000-2005. Une augmentation correspondante de 65 600 000 dollars des dépenses au titre de contributions volontaires pendant la même période a toutefois compensé dans une certaine mesure la diminution du budget ordinaire. Les contributions volontaires représentaient 59 % des dépenses totales engagées sur l'ensemble des fonds en 2004-2005 contre 38 % en 2000-2001. L'écart important entre le budget ordinaire approuvé pour les exercices 1998-1999 et 2000-2001 et les dépenses correspondantes peut être attribué principalement aux ajustements monétaires et aux retenues opérées par le Siège. Le mécanisme d'ajustement des taux de change a été abandonné à partir de l'exercice 2002-2003, ce qui a permis de réduire l'écart pour 2004-2005.

En ce qui concerne l'exécution financière définitive du budget de l'exercice 2004-2005 toutes sources de fonds confondues, 43 % des dépenses totales ont été affectées à la lutte contre les maladies transmissibles. Les trois autres thèmes – Pour des communautés et des populations en bonne santé, Développement du secteur de la santé, et Communication et gestion des programmes – ont totalisé 46 % des dépenses ; 9 % seulement ont été consacrés à l'administration et aux finances. Ce pourcentage

relativement faible témoigne des efforts assidus accomplis pour rechercher des gains de productivité dans les activités de l'Organisation.

La majeure partie des fonds ayant servi à l'exécution des activités de lutte contre les maladies transmissibles provenait d'autres sources. L'attrait de ce domaine pour les bailleurs de fonds a fortement contribué au dépassement de la cible de 67,6 millions de dollars. Malgré une augmentation de 71 % du niveau des dépenses au titre d'autres fonds dans ce domaine par rapport à l'exercice précédent, il n'a pas été possible d'atteindre les objectifs du budget programme pour les domaines d'activité autres que les maladies transmissibles, et les cibles concernant les trois domaines (pour des communautés et des populations en bonne santé, développement du secteur de la santé, faire connaître l'action de l'OMS et gestion des programmes) n'ont pas été atteintes. Les facteurs qui ont contribué à l'importante augmentation des contributions volontaires ont été la politique du Directeur général qui a permis d'augmenter les ressources allouées aux Régions et aux pays, l'intérêt accru des donateurs pour le financement des activités de lutte contre la grippe aviaire et le renforcement des efforts déployés pour mobiliser des ressources au niveau des Régions et des pays.

Des informations détaillées sur l'exécution financière du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005 figurent dans le document WPR/RC57/3.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) constate que l'augmentation substantielle des contributions extrabudgétaires exigera une gestion et des contrôles efficaces et entraînera des dépenses d'appui aux programmes non négligeables. L'augmentation a été inégale et certains programmes ont été confrontés à des difficultés de mise en œuvre. A la précédente réunion du Comité régional, sa délégation avait demandé que la présentation de la réalisation des résultats escomptés et des indicateurs comprennent moins d'informations au sujet des taux d'exécution et des efforts accomplis et davantage d'informations sur les résultats réels obtenus et les problèmes et obstacles rencontrés. Elle réitère cette observation en espérant que le rapport présenté à la prochaine réunion du Comité sera amélioré.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) dit que son Gouvernement est heureux de constater que le budget de fonctionnement 2004-2005 a été pleinement mis en œuvre. Il dit que les tableaux faisant apparaître la réalisation des résultats escomptés figurant dans le document WPR/RC57/3 illustrent la portée des activités de la Région aussi bien sur le plan géographique que thématique. Ils montrent également que les nouvelles priorités telles que la grippe aviaire ont été rapidement intégrées dans le budget programme. Sa délégation se déclare satisfaite de ce budget bien équilibré et de son exécution.

M. KIRATA (Kiribati) félicite le Siège de l'OMS ainsi que le Bureau régional d'avoir mobilisé un tel montant de fonds extrabudgétaires pour 2004-2005. Il s'inquiète cependant que 83 % seulement de

ces fonds aient été utilisés. Son pays a contribué à ce problème en n'utilisant que 89 % de son allocation budgétaire totale pour l'exercice. Cela ne veut pas dire que Kiribati se soit vu attribuer davantage d'argent que nécessaire. Le problème s'explique plutôt par la mauvaise qualité du système de surveillance et de compte rendu utilisé par le bureau de l'OMS dans le pays et le Ministère de la Santé. Ce système est incapable de produire un rapport de gestion en temps opportun sur des lignes budgétaires distinctes et la présentation du rapport est beaucoup trop compliquée. Afin d'améliorer l'exécution du budget à l'avenir, sa délégation estime que le système de suivi du budget national devrait être revu rapidement et simplifié, pour assurer une meilleure surveillance, une meilleure coordination et donc une meilleure mise en œuvre des budgets programmes nationaux par les ministères de la santé. Son pays approuve pleinement l'adoption du rapport final sur l'exécution du budget programme 2004-2005.

Le Dr Kang-Hee LEE (République de Corée) approuve le rapport et félicite le personnel du Bureau régional qui, grâce à son travail, est parvenu à obtenir l'engagement de la totalité des fonds au titre du budget ordinaire à la fin de l'année. Il se félicite des réformes financières amorcées par le regretté Directeur général, le Dr Lee, et en particulier de la politique consistant à accroître les affectations au niveau de la Région et des pays. Dans le cadre d'une approche fondée sur les résultats, il est souhaitable d'attester des résultats et des activités de manière efficace. Il aurait donc préféré voir des chiffres plus concrets figurer dans le rapport plutôt qu'une explication descriptive des résultats.

Le Dr DING (Chine) déclare que la Chine constate avec satisfaction que la totalité des fonds du budget ordinaire ont été engagés et que, si ces fonds restent limités, les fonds extrabudgétaires ont augmenté de façon significative par rapport à l'exercice précédent. Grâce au travail accompli par le Bureau régional, avec l'appui et la coordination des Etats Membres, la Région du Pacifique occidental a obtenu de bons résultats pendant l'exercice biennal. Toutefois, la Région s'est vu allouer une part réduite du budget ordinaire et les fonds extrabudgétaires n'ont pas été suffisants pour faire face à la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles à laquelle sont confrontés ses Etats Membres. Il est donc essentiel de garantir une gestion efficace des ressources et de rechercher une augmentation des allocations du Siège, ainsi que des contributions volontaires supplémentaires auprès de la communauté internationale. La Chine est reconnaissante du soutien technique reçu de l'OMS et espère pouvoir développer l'échange d'informations.

Mme LE THI THU HA (Viet Nam) se félicite de l'exécution du budget programme 2004-2005 et de l'utilisation efficace des ressources extrabudgétaires. L'efficacité de l'exécution est particulièrement louable compte tenu des difficultés rencontrées pendant l'exercice, comme les flambées de grippe aviaire. Le Viet Nam note avec satisfaction le taux d'exécution pour le pays, tel qu'il figure à l'annexe 4 du rapport. Il est également reconnaissant pour le montant important des contributions volontaires qu'il a reçu pour le soutien technique à la lutte contre la grippe aviaire et des efforts du bureau de l'OMS dans le

pays pour mobiliser localement des fonds en faveur d'activités de lutte contre la maladie pendant l'exercice biennal.

Le DIRECTEUR REGIONAL par intérim, répondant aux observations faites, déclare que l'élaboration d'indicateurs efficaces pour les résultats escomptés et de comptes rendus factuels et concis des résultats dans les domaines dont l'OMS est seule responsable représente un véritable défi. Le Siège de l'OMS a utilisé une méthode plus simple pour présenter les résultats sous forme graphique. Le Bureau régional continuera à collaborer avec le Siège afin d'apporter des améliorations à la présentation et les rapports futurs sur l'exécution du budget comporteront une section sur les problèmes et obstacles particuliers rencontrés.

Se référant à un point soulevé par le représentant du Kiribati, il explique que le taux d'exécution de 83 % des fonds extraordinaires est inférieur au taux d'exécution du budget ordinaire, par la nature même des fonds. Les délais d'exécution fixés par les donateurs peuvent être différents de ceux fixés par l'OMS et un financement peut parfois être reporté d'un exercice biennal à l'autre. Ce cas est à l'avantage de l'OMS puisqu'il permet de conserver le personnel nécessaire à la poursuite des activités.

Le système de suivi des programmes est sous contrôle permanent et il y a maintenant un lien plus étroit avec les bureaux de l'OMS dans les pays. Un système mondial de gestion des programmes est en cours d'élaboration. Il devrait normalement être introduit dans la Région du Pacifique occidental à la fin de l'année 2007 et permettre une amélioration notable.

La Chine s'est référée au pourcentage de fonds reçus par la Région du Pacifique occidental. Cette dernière recevra une part plus importante des fonds de l'OMS au cours de l'exercice 2008-2009 ; les sommes allouées sont supérieures à celles auxquelles on aurait pu s'attendre si l'on avait appliqué le dispositif de validation.

Le PRESIDENT en déduit que le Comité régional souhaite approuver le rapport final du Directeur régional sur le budget programme 2004-2005.

Ainsi en est-il décidé (voir décision WPR/RC57(1)).

5. PROJET DE PLAN STRATEGIQUE A MOYEN TERME 2008-2013 ET AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009 : Point 9 de l'ordre du jour
(Document WPR/RC57/4 Rev.1)

Le DIRECTEUR REGIONAL par intérim explique que le budget programme biennal servait auparavant de plan stratégique pour l'OMS. A compter de l'exercice 2008-2009, un plan stratégique à moyen terme de six ans couvrant trois périodes biennales de budget programme constituera pour l'OMS un cadre de gestion fondée sur les résultats, dans le contexte global du Programme général de travail. En

centrant le travail de l'Organisation autour de 16 objectifs stratégiques transversaux sur une période de six années, le plan stratégique à moyen terme reflètera mieux la nature transversale des activités de l'OMS et permettra une approche plus stratégique et à plus long terme des programmes menés en collaboration.

Le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 de la Région du Pacifique occidental permettra une orientation stratégique des activités de l'OMS dans la Région et sera présenté au Comité régional au cours de sa cinquante-huitième session, en 2007, en même temps que les résultats régionaux escomptés qui décrivent les activités attendues du Secrétariat à l'échelon de la Région et dans les pays.

Le financement effectif du projet de plan stratégique à moyen terme exigera une augmentation globale du budget programme 2008-2009. Des augmentations du budget ordinaire et des contributions volontaires, comparé à l'exercice courant, ont donc été proposées.

En 2005, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu que l'OMS devait répondre à des demandes plus fortes et que le déséquilibre entre les contributions volontaires et le budget ordinaire était plus marqué. La part relative du budget programme financée par les contributions volontaires a considérablement augmenté ces dernières années, ce qui a permis à l'OMS d'augmenter son budget global et de répondre aux besoins des Etats Membres. En 2006-2007, environ 67 % du revenu total de la Région devraient normalement être financés par les contributions volontaires. Toutefois, une augmentation des contributions volontaires a soulevé pour la Région une difficulté de gestion puisque seulement 12 % environ ont pu être attribués avec souplesse aux différents domaines d'activité à un niveau élevé de l'Organisation comme le niveau régional. Le restant a été affecté sous différentes formes à des projets et à des activités ou a été réservé à des domaines d'action spécifiques géographiques ou structurels. Dans la Région du Pacifique occidental, les contributions volontaires ont été massivement réorientées au profit des maladies transmissibles et ces programmes n'ont généralement que peu de difficultés à atteindre leurs objectifs fixés dans le budget programme. D'autres domaines techniques comme le renforcement des systèmes de santé et la santé maternelle et infantile continuent de souffrir d'un manque de fonds. Il en résulte un cloisonnement dans les ressources de l'OMS et de ce fait, certains postes du budget programme ont bénéficié par le passé d'un financement excessif alors que d'autres ont souffert d'une insuffisance de fonds.

La répartition des contributions volontaires entre les différents pays et domaines d'activité n'a pas été homogène. Au 31 mai 2006, 94 % des contributions volontaires allouées à la Région ont été réparties entre cinq Etats Membres seulement. Il est clair qu'il faut entreprendre un travail supplémentaire avec les Etats Membres donateurs des fonds volontaires pour augmenter la souplesse de leurs contributions. L'OMS travaillera également plus intensément avec les partenaires nationaux dans la santé pour atteindre

leurs objectifs et continuer à réaffecter des ressources humaines et financières suffisantes au niveau des pays, où elles font le plus défaut.

Mme PRADHAN (Directeur de la Planification, de la coordination des ressources et du suivi des performances au Siège de l'OMS) présente un aperçu du projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 à l'échelle de l'Organisation et l'avant-projet de budget programme 2008-2009. Le onzième programme général de travail adopté à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2006 couvre une période de dix ans et a été élaboré à la suite d'une large consultation et avec la contribution des Etats Membres. Le programme de travail définit un large cadre stratégique pour la santé et offre une perspective à long terme sur la situation sanitaire, ses déterminants et sur les mesures qui doivent être prises pour améliorer la santé – un programme de santé mondial en sept points (présentés dans le document WPR/RC57/4, Annexe 1, Partie I, paragraphes 17 à 23). Il définit également les six fonctions essentielles de l'OMS (document WPR/RC57/4, Annexe 1, Partie I, paragraphe 47). Pour exécuter le programme mondial dans l'esprit des fonctions essentielles de l'OMS, le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 a identifié cinq grands domaines d'activité : apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique, renforcer la sécurité sanitaire partout dans le monde, concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé, développer les moyens institutionnels permettant d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé, renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays. L'expérience acquise et les réactions des Etats Membres, des représentants de l'OMS et des collègues de l'OMS laissent penser que l'approche choisie dans le budget programme biennal, décomposée en 36 domaines d'activité, s'est révélée mal adaptée à l'échelon des pays et de la Région. Elle a favorisé l'instauration de délimitations artificielles qui ont rendu difficile le travail entre les différents domaines techniques. Elle n'a pas reflété la nature stratégique de l'action de l'OMS et les délais impartis étaient trop courts. Le cadre de gestion fondé sur les résultats a donc été affiné et le projet de plan stratégique à moyen terme définit 16 objectifs stratégiques transversaux.

Le cadre de gestion fondé sur les résultats a été affiné dans le cadre des réformes de gestion permanentes en vue d'améliorer le fonctionnement, la responsabilisation et la transparence. Le processus de perfectionnement a abouti à des réformes dans les domaines suivants : (1) améliorer la gestion et l'administration, (2) travailler avec efficacité entre programmes différents mais liés et entre pays, régions et Siège, (3) travailler en tant qu'organisation décentralisée, (4) reconnaître le rôle essentiel des directeurs, (5) collaborer avec les partenaires et enfin (6) collaborer avec les Nations Unies.

Un budget global de 4,2 milliards de dollars sera nécessaire pour financer le Plan stratégique à moyen terme au cours de l'exercice 2008-2009, ce qui représente une augmentation d'environ 17 % par

rapport aux dépenses prévues pendant l'exercice 2006-2007. Ces fonds supplémentaires seront affectés aux domaines suivants : 1) la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement se rapportant à la santé maternelle et infantile ; 2) l'intensification de la lutte contre les maladies non transmissibles ; 3) l'application du Règlement sanitaire internationale (2005) ; 4) la pérennisation du développement de la santé en prêtant une plus grande attention aux déterminants de la santé et en renforçant les systèmes de santé. Le budget total nécessaire à la mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme de six ans (2008-2013) est en cours d'établissement et sera présenté au Conseil exécutif en janvier 2007.

Conformément aux vœux des Etats Membres, le cadre révisé présente pour la première fois un budget unique et intégré exposant les résultats attendus de l'ensemble de l'Organisation. Celle-ci le financera en faisant appel à trois sources distinctes, à savoir : 1) les contributions fixées et recettes diverses (soit le budget ordinaire) ; 2) les contributions volontaires de base négociées ; et 3) les contributions volontaires destinées à des projets. Il est prévu de porter les contributions fixées et les recettes diverses à 1 milliard de dollars ; 600 millions de dollars seront mobilisés au titre des contributions volontaires de base négociées et 2,6 milliards de dollars au titre d'autres contributions volontaires.

Le Siège de l'OMS continuera à redéployer les ressources vers les Régions et les pays et la part du financement leur étant destiné continuera de croître. Celle-ci est passée de 54 % pour l'exercice 1994-1995, à 67 % en 2004-2005. Elle devrait atteindre 70 % en 2006-2007 et 72 % en 2008-2009. On prévoit une augmentation des crédits destinés à la Région du Pacifique occidental, qui passeront de 222,7 millions de dollars pour l'exercice 2006-2007 à 327,2 millions en 2008-2009. Exprimée en pourcentage, la part de la Région passera de 7,7 % à 8,6 % du montant total du budget global.

Le dispositif de validation qui a été approuvé par le Conseil exécutif en début d'année 2006 validera le budget programme sur la base des résultats atteints. Toutefois, le processus de validation ne couvrira ni l'initiative en faveur de l'éradication de la poliomyélite ni les interventions en situation d'urgence.

M. AMBA (Brunéi Darussalam) se félicite de l'allongement de la durée du Plan stratégique, portée à six ans et qui couvre désormais trois exercices budgétaires biennaux. Puisqu'il offre une perspective stratégique plus ample et une structure programmatique plus souple, et qu'il rend compte du caractère durable des besoins des pays, il devrait permettre une collaboration encore plus efficace entre l'OMS et les Etats Membres. M. Amba remercie particulièrement l'OMS de l'appui technique apporté aux programmes de son pays en matière de surveillance, de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles, dans l'élaboration d'un système d'information sanitaire et dans le renforcement des technologies essentielles pour la santé. Ce soutien a permis de progresser dans des domaines prioritaires. Il fait observer qu'un appui technique supplémentaire sera nécessaire pour

renforcer les capacités de surveillance et celles des laboratoires pour combattre les maladies transmissibles, en particulier la rougeole et la tuberculose, en matière de communication du risque et pour un usage rationnel des médicaments.

M. McKERNAN (Nouvelle-Zélande) constate que le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le Projet de budget programme 2008-2009 couvrent de manière exhaustive les grandes questions de santé publique revêtant une importance mondiale et régionale. Il soulève toutefois quatre points méritant une attention particulière.

Il suggère d'abord de placer un accent plus prononcé sur la hiérarchisation des activités des programmes. La modicité des ressources exige que l'on donne la priorité aux activités qui apporteront le plus de bienfaits à la santé des populations et qui combleront les inégalités entre Etats Membres et au sein de ces derniers. Une telle démarche présente un intérêt tout particulier dans la lutte contre les maladies non transmissibles et la prise en compte des besoins propres aux petits pays océaniques.

En deuxième lieu, il se félicite de la place de choix accordée au renforcement des systèmes de santé. Il considère que les systèmes de santé doivent s'appuyer sur des démarches exhaustives de soins primaires reposant sur les déterminants de la santé et permettant la pleine participation des communautés.

En troisième lieu, outre sa mission de surveillance de l'état de santé des populations et de l'incidence de l'action d'autres secteurs sur la santé publique, l'OMS a également pour rôle de mieux faire comprendre l'importance de la santé dans la formulation d'autres politiques publiques (éventuellement au moyen d'outils tels que des évaluations d'incidence sur la santé axées sur l'équité).

En quatrième lieu, la hausse marquée des contributions volontaires et la possibilité d'appliquer le principe de souplesse dans l'affectation pour seulement 12 % d'entre elles, entraîneront un cloisonnement du budget, comment l'ont déjà fait observer des intervenants précédents. Son gouvernement souhaite qu'un mécanisme soit mis en place pour veiller à l'adéquation entre l'usage des contributions volontaires et les fonctions et les priorités essentielles de l'Organisation, et appuiera le Secrétariat dans cette tâche.

Le Dr DING (Chine) confirme l'importance attachée par son gouvernement à l'exécution du Plan stratégique à moyen terme, en faisant observer que les 16 objectifs stratégiques intersectoriels rendent bien compte des besoins et des demandes des pays. Son gouvernement est disposé à faire part de ses accomplissements en matière de santé publique. S'exprimant sur les hausses prévues dans les recettes budgétaires, il suggère qu'une part accrue de ces dernières soient allouées à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement se rapportant à la santé de la mère et de l'enfant, à la lutte contre les maladies non transmissibles et au Règlement sanitaire international (2005). Il fait observer qu'au cours de ces dernières années, les pays en développement ont accru leurs contributions. Il juge essentiel que les ressources limitées soient affectées aux secteurs dans lesquels les besoins sont les plus pressants. Il

évoque l'importance sans cesse croissante du rôle de l'OMS dans la protection de la santé de toutes les populations et dans l'accomplissement des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Dr SHINOZAKI (Japon) exprime l'adhésion de son pays à cet exercice de planification à long terme, qui devrait permettre une action plus rapide en cas d'urgence, et une vision plus réfléchie des priorités et des normes éthiques en matière de recherche. Le système modifié de négociation des contributions volontaires de base sera viable si les bailleurs de fonds volontaires sont tenus suffisamment informés de leur utilisation. Il espère que la mise en œuvre du Plan stratégique à moyen terme fera l'objet de consultations suivies entre les pouvoirs publics, les parties concernées et les institutions.

La séance est levée à 12 heures.

ALLOCUTION DE M. PETE HODGSON, PRESIDENT ENTRANT,
A LA CINQUANTE-SEPTIEME SESSION DU COMITE REGIONAL
POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL, AUCKLAND(NOUVELLE-ZELANDE)

En ma qualité de président entrant, je tiens à vous souhaiter personnellement la bienvenue en Nouvelle-Zélande et à Auckland, notre ville-hôte

J'aimerais remercier l'OMS et les membres de la Région du Pacifique occidental de l'occasion qui nous est donnée d'accueillir cette session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental.

Votre présence ici, à Auckland, nous permet de mettre en avant un peu de la beauté de notre pays, de présenter certaines initiatives locales dont nous sommes fiers et d'illustrer la contribution de la Nouvelle-Zélande aux efforts entrepris dans la Région en matière de santé.

La Nouvelle-Zélande n'avait pas accueilli de session du Comité régional depuis 33 ans.

Certains d'entre vous jugent peut-être très tardif ce retour en Nouvelle-Zélande mais permettez-moi de vous assurer de notre joie de vous compter parmi nous, ici à Auckland, pour cette cinquante-septième session du Comité régional.

Lors des allocutions prononcées hier à l'occasion de la cérémonie d'ouverture, le terme de « défi » est revenu à plusieurs reprises. Il ne pouvait être mieux choisi.

Plusieurs problèmes sanitaires qui sont pour nous de véritables défis sont inscrits à l'ordre du jour de cette semaine. Citons, entre autres, le VIH/SIDA, l'abus d'alcool et l'obésité.

Je vais être direct. J'ai cité à dessein ces exemples car la tendance générale en la matière est aux reproches et à la mise au pilori.

Or, pour accomplir de véritables progrès, nous devons amorcer une réflexion plus créative.

Pour jouer un rôle véritablement moteur dans ces domaines clé et parvenir à des solutions permettant effectivement de réduire la charge sanitaire liée au VIH/SIDA, à l'abus d'alcool et à l'obésité, il est essentiel que nous oeuvrions aux côtés des personnes les plus directement concernées, de leurs familles et de leurs communautés.

Annexe

Pour dire les choses simplement, les initiatives politiques et les traitements ont de meilleurs résultats lorsque les premiers intéressés participent directement à leur élaboration, qu'ils sont disposés à suivre les démarches proposées et qu'ils souhaitent vraiment s'en approprier les résultats.

Le dialogue et la coordination entre nos pays sont tout aussi essentiels.

L'élaboration de politiques réalistes capables de faire face à de tels problèmes sanitaires exige la prise en compte de considérations propres au commerce, à l'immigration, à la politique extérieure et à la santé.

Mais il convient avant tout de mettre à nu nos « sensibilités » sociales et de se demander comment elles risquent d'influencer notre volonté d'agir en vue de réels progrès.

Je m'explique. En juin dernier, j'ai eu la chance d'assister à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/SIDA..

A mon avis, l'absence de progrès en matière de communication et dans le changement des comportements vis-à-vis du VIH/SIDA est due aux valeurs culturelles, religieuses et sociales profondément ancrées qui régissent cet aspect sensible du comportement humain.

Le monde en développement est la principale victime du VIH/SIDA, et les femmes et les jeunes sont de plus en plus touchés et ce, de manière disproportionnée.

La Nouvelle-Zélande est très préoccupée par la propagation de la maladie dans notre Région, qui atteint des proportions épidémiques en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Les îles voisines du Pacifique sont exposées à un risque très élevé.

Le VIH et le SIDA ne se limitent pas à de simples questions de santé. Ils représentent un défi qui touche au développement mondial, à la sécurité et aux droits humains. Nous devons nous battre sur tous les fronts.

Mais la présente session du Comité régional ne sera pas consacrée qu'au VIH/SIDA.

J'ai évoqué l'alcool.

Ma consoeur, Annette King, avait suggéré lors de la session du Comité régional de 2003, que l'OMS commence à se pencher sur les méfaits de l'abus d'alcool sur les individus, les familles et les sociétés.

Comme vous le savez, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en 2005, une résolution portant sur les problèmes de santé publique provoqués par l'usage nocif de l'alcool. Depuis, d'autres travaux ont été lancés au Siège de l'OMS, à Genève, et dans les Régions, afin de faire progresser l'action dans ce domaine.

Je me félicite que nous puissions approfondir la question, mercredi matin, lors du débat sur le projet de Stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool.

Je reconnais que la mise en place d'une politique de lutte contre l'alcool n'est pas une sinécure. L'alcool est un produit mondial apprécié par bon nombre de personnes dans la plupart des pays du monde.

Il n'en demeure pas moins que les problèmes sanitaires et, plus largement, sociaux, provoqués par l'usage nocif de l'alcool sont considérables et que nombre d'entre eux frappent directement les membres les plus vulnérables de nos sociétés – en particulier les enfants et les jeunes.

Il nous appartient de veiller à ce que ces préoccupations de santé publique reçoivent l'attention voulue aux niveaux local, national, régional et international.

J'ai aussi parlé de l'obésité.

Je suis personnellement attaché à cette cause et je pense qu'il est impératif d'oeuvrer concrètement avec d'autres secteurs, y compris le secteur privé, de réfléchir et d'agir à l'échelle internationale.

J'aimerais maintenant vous faire part de certaines idées que nous avons développées en Nouvelle-Zélande.

Des recherches ont montré que les interventions en matière de promotion de la santé et de prévention de l'obésité sont d'autant plus efficaces que leurs cibles sont « jeunes ».

Voici une initiative lancée en Nouvelle-Zélande qui pourrait susciter l'intérêt de vos pays.

« Des fruits à l'Ecole » a été lancé dans les établissements scolaires en 2005. Sa mise en œuvre se poursuit dans des écoles primaires de tout le pays.

« Des fruits à l'Ecole » cible des communautés démunies et impose aux écoles de s'engager en faveur d'une alimentation saine, de la pratique d'exercices physiques, d'un environnement sans tabac et d'une protection contre le soleil.

Annexe

En contrepartie, des fruits sont distribués gratuitement à tous les élèves de l'école.

L'initiative est financée au titre du Plan d'action et de lutte contre le cancer, et pilotée par le Ministère de la Santé, en liaison avec les Conseils régionaux pour la santé, le programme de promotion du sport dans les écoles, Sport et Loisirs Nouvelle-Zélande (SPARC), la Société de lutte contre le cancer, la Fondation nationale pour le coeur, l'Association des administrateurs d'établissements scolaires, la Fédération des directeurs d'école, et le Ministère de l'Education.

J'ai énuméré à dessein tous ces partenaires, afin d'illustrer le caractère collectif de l'initiative.

Selon un premier rapport d'évaluation, « Des fruits à l'Ecole » donne de bons résultats et nos interlocuteurs au sein des écoles et nos conseillers sont très favorables à l'initiative.

« Des fruits à l'Ecole » s'inscrit dans le cadre d'une démarche plus large de promotion de la santé dans les écoles. Elle encourage une action collective menée à tous les niveaux de la vie scolaire en vue de promouvoir la santé et le bien-être des élèves. La participation de ces derniers et l'engagement des familles/*whanau* sont essentiels à une réelle amélioration de l'apprentissage et des progrès en matière de santé.

Cette démarche est un atout important de l'initiative « Des fruits à l'Ecole », et la participation de la communauté, dans son ensemble, et de la famille favorisent la pérennité des progrès au delà de la durée du programme dans chaque école, à savoir trois ans.

La mise en oeuvre de l'initiative « Des fruits à l'école » est facilitée par des coordonnateurs locaux. Les enseignants suivent une formation professionnelle en matière de promotion de la santé dans les écoles, d'alimentation saine, d'exercices physiques, de protection contre le soleil et de lutte contre le tabagisme.

Certaines écoles participantes ont signalé que des enfants faisaient preuve d'une énergie accrue, de meilleurs niveaux de concentration et d'une meilleure conduite depuis le début du programme.

Les enfants peuvent consommer des fruits auxquels ils n'avaient parfois pas accès de manière régulière. D'ailleurs, plusieurs écoles procèdent actuellement à un inventaire des aliments proposés dans leurs cantines ou leurs échoppes.

Afin d'illustrer par un autre exemple la lutte menée contre l'obésité, j'ai prévu au cours de la session de cette semaine un moment de rencontre. Le Premier ministre l'a évoqué hier et j'aimerais vous le rappeler.

Dans un esprit de sincérité et en quête de solutions, j'ai demandé à un groupe de jeunes de la région d'Auckland de venir à la rencontre des Ministres ou des Chefs de délégation, au cours du déjeuner de jeudi, afin d'évoquer leur propre expérience de l'obésité – d'un point de vue personnel, au sein de leur familles, au contact de leurs amis.

Ils seront rejoints par deux jeunes Tongiens et deux jeunes Fidjiens.

J'espère que, comme moi, vous serez impressionnés par l'honnêteté de ces jeunes et leur volonté d'agir contre l'obésité.

L'ordre du jour de la présente session est chargé.

Le défi que je vous lance aujourd'hui consiste à dépasser les sensibilités qui entravent les progrès dans la lutte contre le VIH/SIDA, l'alcoolisme et l'obésité, ainsi que d'autres problèmes de santé qui touchent la Région.

Nous sommes ici entre amis. Nous avons la possibilité de dialoguer ouvertement, et de proposer des solutions pratiques, sans détour. Saisissons cette chance pour changer les choses.

N'oublions pas la raison de notre présence ici : parler d'une seule voix pour la santé et le bien-être de tous les habitants de la Région.

Une fois de plus, permettez-moi de vous souhaiter à tous et à toutes une chaleureuse bienvenue et j'espère que vous emporterez avec vous d'agréables souvenirs de votre court séjour à nos côtés.