

PROCES-VERBAL DE LA DEUXIEME SEANCE

(Mandarin Hall, Shanghai International Convention Centre)  
Mardi 14 septembre 2004 à 9 heures

PRESIDENT: M. Gao Qiang (Chine)

TABLE DES MATIERES

	page
1. Allocution du Président entrant .....	102
2. Rapport du Directeur régional (suite) .....	102
3. Discours de l'orateur invité : Professeur William Hsiao), Professeur d'économie (Bourse K. T. Li), Ecole de Santé publique de Harvard .....	104
4. Budget programme 2002-2003 : exécution du budget (rapport final) .....	104
5. Projet de budget programme 2006-2007 et onzième programme général de travail, 2006-2015 .....	107
ANNEXE 1- Allocution du Président entrant à la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, Shanghai, Chine.....	111
ANNEXE 2- Financement et prestations des services de santé publique par le Professeur William Hsiao, Professeur d'économie (Bourse K. T. Li), Ecole de santé publique de Harvard .....	115

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

Le PRESIDENT s'adresse au Comité (Annexe 1).

2. RAPPORT DU DIRECTEUR REGIONAL (suite)

Le Dr ABU BAKAR (Brunéi Darussalam) remercie le Bureau de la santé de la Municipalité de Shanghai pour l'excellence de l'organisation de cette session et la chaleur de son accueil. Il prend note des progrès accomplis par l'OMS dans la lutte contre les maladies non transmissibles, la lutte contre le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle, les soins et la prévention du VIH/SIDA, la maternité sans risques et la prise en charge des maladies de l'enfance. Il évoque également la réalisation des objectifs dans les domaines de la lutte antitabac et du traitement de la tuberculose. Il commente les progrès de l'action de l'OMS et des Etats Membres dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, l'établissement de communautés en bonne santé et le développement du secteur de la santé, notamment en renforçant les systèmes de santé pour réagir aux menaces émergentes. Il souscrit à l'initiative du Directeur régional pour renforcer la coopération avec la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, le SRAS ayant prouvé l'intérêt vital de cette collaboration. Il appuie aussi la proposition de faire un rapport birégional tous les trois à quatre ans.

A l'invitation du PRESIDENT, les représentants du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, l'Association pédiatrique internationale, la Fédération internationale des Sociétés d'otorhynolaryngologie et la Fondation commémorative Sasakawa pour la Santé font leur déclaration au Comité.

Le DIRECTEUR REGIONAL déclare que les observations des Etats Membres soulignent cinq points importants qu'il va aborder successivement.

Premièrement, pour ce qui est des maladies transmissibles, les pays sont maintenant mieux préparés à affronter de nouvelles menaces comme le SRAS : ils ont tiré des enseignements des flambées précédentes, mais ils doivent rester vigilants. Néanmoins, plusieurs signaux d'alerte montrent la nécessité de se tenir prêt à affronter l'éventualité d'une pandémie de grippe. Le virus H5N1 a une circulation beaucoup plus étendue dans la Région qu'on ne le croyait. Les données historiques indiquent que les pandémies de grippe reviennent tous les 30 ans, ce qui veut dire que le moment est arrivé pour qu'il y en ait une nouvelle. S'il devait y avoir une transmission interhumaine, pratiquement personne ne serait immunisé contre le virus. On estime que la pandémie de 1918-1919 a fait 40 millions de morts. Or, les mouvements des personnes et des biens sont maintenant sans commune mesure avec ceux de cette époque. Bien que la flambée de janvier 2004 se soit produite dans des régions de production des volailles à grande échelle, les cas récents ont été signalés dans de

petits élevages, comptant un faible nombre de volailles. Cela signifie que la surveillance est médiocre dans les zones rurales, ou, comme la recherche le laisse penser, que le virus est transporté par d'autres espèces d'oiseaux, comme les canards, qui ne développent pas la maladie. Enfin, la recherche montre également que la souche H5N1 renforce sa virulence. Pour toutes ces raisons et bien d'autres encore, il invite instamment les Etats Membres à développer leurs moyens d'action au niveau du personnel comme des systèmes de santé pour garantir la détection rapide des cas et l'organisation d'une riposte décisive, le cas échéant.

En référence aux deux Etats Membres qui avaient éliminé la lèpre, mais qui ont ensuite perdu cet acquis, il déclare que l'OMS, en collaboration avec la Fondation commémorative Sasakawa pour la Santé, fournira toute l'aide possible pour qu'ils retrouvent leur statut de pays ayant éradiqué cette maladie.

L'OMS prêtera également son concours à la réunion de l'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique, qui doit se tenir à Fidji en 2006. Comme l'a fait observer le représentant des Samoa, son pays est à la pointe de la lutte contre la filariose dans le Pacifique et il a été le premier à avoir terminé cinq campagnes complètes d'administration massive de médicaments.

Deuxièmement, il fait observer que le rapport annuel a deux fonctions : rendre compte de l'action de l'OMS pendant l'année écoulée, ce qui a un intérêt limité en dehors du secteur de la santé, et analyser la situation sanitaire dans la Région du Pacifique occidental, ce qui a aussi un intérêt limité dans la mesure où il ne couvre pas l'ensemble de l'Asie. Il propose donc de faire paraître à l'avenir deux documents : le rapport de situation destiné aux Etats Membres, avec une présentation semblable à celle des autres documents, et une analyse en profondeur de la situation sanitaire pour une zone géographique plus large, à publier conjointement avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. Bien qu'il faille encore en déterminer la périodicité, il espère que le premier numéro paraîtra avant la cinquante-huitième session du Comité régional en 2007. Il assure les petits pays insulaires que leur situation particulière recevra toute l'attention voulue dans cette nouvelle publication. Il convient avec le représentant de l'Australie de la nécessité de rationaliser la collecte des données.

Troisièmement, au sujet de la coopération birégionale, la collaboration sur la lutte contre les maladies s'est déjà instaurée avec la Région de l'Asie du Sud-Est. Elle peut encore s'étendre à d'autres domaines, comme les médicaments contrefaits et la sécurité sanitaire des aliments. Elle pourrait couvrir en particulier la riposte aux maladies émergentes. En cas d'épidémie dans l'une ou l'autre des Régions, les deux bureaux régionaux travailleraient alors en équipe.

Quatrièmement, Tonga a attiré l'attention sur la nécessité d'allouer davantage de ressources à la lutte contre les maladies non transmissibles. Il admet qu'un domaine comme la promotion de la santé

semble être moins doté que d'autres, en partie parce qu'on ne peut voir les résultats que sur le long terme. Toutefois, de nouvelles données montrent que la fermeté de l'engagement des autorités pour instaurer un environnement propice à la santé peut avoir des effets en quelques années, s'il s'associe à la volonté de la population de modifier ses comportements. Il s'attend à recevoir davantage de ressources pour la Région au cours de l'exercice biennal 2006-2007 et il consacrera une grande partie de cette augmentation à la lutte contre les maladies non transmissibles.

Cinquièmement, l'approche biomédicale de la santé, qui a permis aux chercheurs de faire des évaluations quantitatives et qualitatives dans certains domaines, a permis des progrès remarquables dans certains domaines de soins, comme la vaccination et les thérapies géniques. Il n'en reste pas moins que la tendance a été de négliger les domaines moins propices à l'analyse scientifique, par leur nature subjective. C'est en particulier le cas pour les effets sur la santé de pathologies comme la dépression, l'anxiété ou le stress. Les données abondent maintenant pour confirmer l'impact des facteurs psychosociaux sur la santé et il propose donc de rédiger un document préliminaire sur le sujet qui sera présenté en 2005 et sera suivi d'un projet de directives à une session ultérieure.

3. DISCOURS DE L'ORATEUR INVITE : PROFESSEUR WILLIAM HSIAO, PROFESSEUR D'ECONOMIE (BOURSE K. T. LI), ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE HARVARD :  
Point 7 de l'ordre du jour

Le PRESIDENT invite le Professeur Hsiao à prendre la parole devant le Comité (Annexe 2).

4. BUDGET PROGRAMME 2002-2003 : EXECUTION DU BUDGET (RAPPORT FINAL) :  
Point 9 de l'ordre du jour (Document WPR/RC55/3)

Le DIRECTEUR REGIONAL présente le rapport final sur l'exécution du budget pour l'exercice 2002-2003 (document WPR/RC55/3), qui donne le détail sur l'exécution du budget ordinaire et sur l'utilisation des fonds en provenance "d'autres sources" du 1er janvier 2002 au 31 décembre 2003. On y trouve également des détails sur la mise en œuvre des programmes pour la même période et des informations sur l'évaluation de fin d'exercice biennal réalisée par tous les bureaux dans les pays et pour les domaines d'action dans la Région. On trouvera des informations complémentaires sur l'activité de l'OMS pendant l'exercice biennal dans les rapports du Directeur régional de 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004. Le rapport final a pour vocation d'informer les représentants des résultats de l'exécution du budget programme depuis son approbation par le Comité en 2001. Cela fait partie du processus pour obtenir la transparence caractéristique des rapports financiers de la Région.

L'exécution financière est exposée en détail dans les annexes 1 à 3 du rapport. L'annexe 1 indique les changements apportés au budget ordinaire entre sa présentation au Comité régional en

septembre 2000 et le 31 décembre 2003. L'annexe 2 indique l'exécution financière par thème et par domaine d'action ; la colonne 2 présente une synthèse de toutes les modifications résultant de gains d'efficacité, de l'absorption des hausses de coût, des fluctuations des prix et des changements dans les programmes. A l'annexe 3 figure un nouveau tableau qui montre l'exécution financière finale par pays et territoire pour le budget ordinaire et les autres sources de fonds, selon une approche "intégrée" de la budgétisation des programmes.

La résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2002-2003 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2001 a encouragé le Directeur général à poursuivre les efforts engagés pour réaliser des gains d'efficacité, comme l'y invitait la résolution WHA52.20, et à utiliser les économies réalisées pour couvrir les surcoûts et les fluctuations de change. Dans la Région du Pacifique occidental, des économies d'un montant de US\$ 1,3 million, provenant pour l'essentiel d'un resserrement des frais du personnel, ont été transférées à diverses activités de programme. En outre, les fonds obtenus grâce aux économies et les fonds non utilisés ont servi à financer le volume impressionnant d'activités déployées pour riposter aux flambées de SRAS.

Au 31 décembre 2003, l'allocation du fonds de roulement avait été pleinement engagée soit US\$ 71 975 000, ou 100 % du budget ordinaire. Les chiffres indiquant, pour les activités régionales et nationales, l'utilisation des fonds provenant d'autres sources par domaine d'action figurent dans la colonne 6 de l'annexe 2. Les fonds provenant d'autres sources, engagés au 31 décembre 2003, s'élevaient au total à US\$ 58 810 986.

En fin d'exercice, tous les bureaux dans les pays et tous les programmes ont évalué l'exécution du budget programme. L'annexe 4 présente les résultats obtenus par les programmes au cours de l'exercice, comme l'avaient demandé les représentants de plusieurs Etats Membres à la cinquantième session du Comité régional. L'exercice est conforme à l'approche fondée sur les résultats adoptée dans la Région en 2000-2001 qui veut que les programmes et les budgets soient établis en fonction des résultats escomptés, lesquels sont définis au début du processus de budgétisation. Cette approche est à la base du processus gestionnaire de l'OMS.

M. NAKAZAWA (Japon) se félicite de la bonne exécution du budget programme 2002-2003 et en particulier de l'engagement de la totalité du budget ordinaire. Le Directeur régional a très bien dirigé l'affectation des fonds aux programmes en fonction des besoins de la Région et il n'y a rien à y redire. Il demande si l'exécution a posé des difficultés.

Le Dr HE (Chine) est satisfait que le budget ordinaire ait été exécuté à 100 % et que les fonds provenant d'autres sources aient été utilisés à bon escient. Il faut féliciter le Directeur régional et son personnel d'y être parvenus, compte tenu des difficultés qui sont apparues, notamment les flambées

de SRAS en 2003. Les programmes de la Région ont porté sur 17 domaines essentiels conformément aux priorités fixées. Toutefois, la réduction des crédits par rapport à l'exercice précédent a eu une incidence sur la mise en œuvre du programme élargi de vaccination et sur les activités d'élimination de la lèpre, de sorte que les objectifs fixés n'ont pu être atteints. Il espère que les crédits affectés à la Région seront augmentés. Il se félicite de trouver dans le rapport des informations sur l'exécution financière par pays et sur les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Il serait utile dans les prochains rapports de présenter une analyse de la situation assortie de propositions d'amélioration.

M. KIRATA (Kiribati) remercie le Directeur régional de son rapport et demande des précisions sur le calcul des taux d'exécution pour Kiribati.

Mme BLACKWOOD (Etats-Unis d'Amérique) félicite le Directeur régional d'être parvenu à un taux d'exécution de 100 % du budget ordinaire et des efforts qu'il a faits pour réaliser des gains d'efficacité et des économies de US\$ 1,3 million, qui ont permis de transférer des ressources aux domaines hautement prioritaires.

Le Dr SONG (Vanuatu) est satisfait du rapport, qui tient compte des importants changements budgétaires approuvés par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Il est également satisfait du taux d'exécution financière pour le Vanuatu, indiqué à l'annexe 3, qui a pu être atteint grâce au soutien du personnel local de l'OMS et à la souplesse dont celui-ci a fait preuve. Il accepte les chiffres définitifs donnés pour l'exécution et les résultats des programmes.

Le DIRECTEUR REGIONAL répond au représentant du Japon que l'exécution du budget programme 2002-2003 s'est heurtée à deux grands obstacles. Premièrement, les flambées de SRAS ont nécessité un transfert de ressources pour la riposte d'urgence d'un montant US\$ 5 millions environ, ce qui a retardé la mise en œuvre d'autres activités. Deuxièmement, en vertu de la résolution WHA51.31, les crédits alloués à la Région ont diminué de US\$ 2,6 millions par rapport à l'exercice précédent. Cette baisse a eu pour conséquence une réduction de postes au Bureau régional concernant le programme élargi de vaccination, la salubrité de l'environnement et la promotion de la santé, et les activités dans ces domaines s'en sont ressenties. A l'instar du représentant de la Chine, il espère qu'une augmentation des ressources pour l'exercice 2006-2007 viendra rétablir l'équilibre.

Répondant à la question du représentant de Kiribati, il explique que le taux d'exécution du budget ordinaire pour Kiribati est de 94,85 % ainsi qu'il est indiqué dans la colonne intitulée "pourcentage de l'allocation" à l'annexe 3. L'exécution financière à Kiribati représente 0,53 % de l'exécution totale dans la Région, comme l'indique la dernière colonne de l'annexe.

5. PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2006-2007 ET ONZIEME PROGRAMME GENERAL DE TRAVAIL 2006-2015 : Point 10 de l'ordre de jour (Document WPR/RC55/4)

Le DIRECTEUR REGIONAL présente le document WPR/RC55/4, qui contient le projet de budget programme pour l'exercice 2006-2007, un projet de budget programme stratégique régional ainsi qu'une ébauche et un processus d'élaboration du onzième programme général de travail 2006-2015.

Le projet de budget programme pour 2006-2007 fait l'objet des trois premières annexes du document. L'Annexe 1 contient le projet de budget programme mondial pour 2006-2007, commun à toutes les régions de l'OMS. Les informations budgétaires qui l'accompagnent figurent à l'annexe 2. L'annexe 3 présente le projet de budget programme stratégique régional 2006-2007, qui est propre à la Région du Pacifique occidental. Les deux budgets procèdent d'une approche intégrée et stratégique de la planification et de la budgétisation ; ils fixent des priorités et des objectifs clairs pour l'ensemble de l'organisation et présentent ce que l'OMS compte réaliser pendant l'exercice. Une ébauche et un processus d'élaboration du onzième programme général de travail 2006-2015 sont présentés à l'annexe 4. Un document d'information a également été distribué qui donne, à titre indicatif, les chiffres de planification pour les pays et territoires de la Région.

Le Directeur régional explique que le projet de budget programme a été établi selon une démarche fondée sur les résultats. Il servira de base aux budgets programme adoptés à tous les niveaux de l'organisation. Le Tableau 1 de l'annexe 2 présente le montant attribué à chaque Région et au Siège de l'Organisation pour leur permettre d'atteindre les résultats escomptés dans chaque domaine d'action. Les allocations régionales et les contributions volontaires estimatives sont indiquées à l'annexe 2. Le directeur du Département du Siège Planification, coordination des ressources et suivi des résultats a été invité à présenter des informations supplémentaires sur le projet de budget programme mondial.

Le projet de budget programme régional stratégique pour la Région du Pacifique occidental, qui sera financé par les contributions des Membres et les recettes diverses, s'élève à US\$ 81 044 000, un montant supérieur de 12,5 % à celui du budget approuvé pour l'exercice biennal 2004-2005. Sur le montant total du projet de budget régional, US\$ 45 267 000, soit 55,85 %, ont été affectés aux activités dans les pays et US\$ 35 777 000, soit 44,15 %, aux activités interpays et régionales. La répartition est effectuée selon des proportions analogues à celle de l'exercice biennal en cours, avec une légère augmentation du pourcentage affecté aux activités dans les pays. Le budget régional estimé alimenté par les contributions volontaires s'élève à US\$ 151 817 000, soit 25 % de plus que pour l'exercice en cours.

Le budget programme régional stratégique sera encore affiné au cours d'étroites consultations avec les Etats Membres, les bureaux dans les pays, le Bureau régional et le Siège de l'OMS, conformément aux principes de gestion axée sur les résultats. Ce budget fera l'objet de nouvelles discussions lors de la 56ème session du Comité régional.

La répartition des crédits alloués à la Région, traitée à l'annexe 3, l'appendice 2 et dans le document WPR/RC55/INF.DOC.1, est semblable à celle des exercices biennaux précédents. Le document d'information présente les chiffres indicatifs de planification par Etat et territoire. L'OMS n'a pas été en mesure d'inclure ces chiffres indicatifs de planification dans le document principal, car les allocations régionales ont été définies en juillet 2004 seulement, soit près de 6 mois après la date respectée dans les exercices précédents. Ce retard résulte de l'application de la résolution WHA51.31 selon laquelle le Directeur général doit présenter une évaluation du modèle de répartition des allocations régionales à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2004. Les chiffres indicatifs de planification présentés serviront de base à l'élaboration de plans détaillés par pays, prévue plus tard dans l'année.

Il est important de remarquer que le montant final et l'affectation des contributions des Membres et des recettes diverses seront arrêtés par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2005. Le Directeur régional souligne que les chiffres indicatifs correspondant à chaque pays pourraient subir quelques modifications une fois la répartition des crédits régionaux finalisée.

Le onzième Programme général de travail sera un document unique à plusieurs égards. Il sera le premier à s'étendre sur une période de dix ans. Aussi donnera-t-il des perspectives à long terme sur la place qu'occupe la santé dans le monde. Il sera soumis pour approbation à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2006. Les observations du Comité seront communiquées au Directeur général et prises en considération lors de la finalisation du document.

La DIRECTRICE, DEPARTEMENT DE PLANIFICATION, COORDINATION DES RESSOURCES ET SUIVI DES RESULTATS, SIEGE DE L'OMS rappelle que le projet de budget programme intégré pour les Etats Membres, les Régions et le Siège a été établi selon une démarche de budgétisation axée sur les résultats. L'OMS, dans son ensemble, est fermement résolue à atteindre les résultats escomptés formulés dans le document du budget. L'objectif consiste à obtenir les ressources correspondantes aux résultats escomptés. Les 36 domaines d'activité s'inscrivent dans le prolongement des exercices précédents mais s'en démarquent par de légers changements. Elle fait observer qu'il existe une forte synergie entre les différents domaines d'activité. Lorsque le budget sera soumis au Conseil exécutif lors de sa prochaine session, un petit tableau accompagnera chacun des 36 domaines, présentant les résultats escomptés dans des domaines connexes. Les quatre exercices

précédents ont été riches en enseignements en matière de budgétisation axée sur les résultats. L'important principe de la décentralisation a présidé à l'élaboration du budget : ainsi, toutes les augmentations de crédits sollicitées l'ont été au profit des Régions et des pays. Le montant des crédits destinés au Siège a été réduit de 1,2 %.

Les quatre orientations stratégiques reflétées dans le budget sont : améliorer les résultats en matière de santé à l'échelle des pays, en maintenant l'accent sur les principales maladies transmissibles et en renforçant l'action face aux alertes en cas d'épidémies et en faveur d'une réduction de la mortalité maternelle et infantile ; améliorer les systèmes de santé et l'accès aux produits ; agir sur les déterminants de la santé tels que l'environnement, les maladies chroniques, la lutte antitabac et la sécurité sanitaire des aliments et enfin améliorer l'efficacité de l'Organisation et sa capacité à rendre compte de son action.

L'augmentation proposée du budget de 12,8 % est le reflet direct de la croissance des demandes et des attentes des Etats Membres et des partenaires. Le monde entier reconnaît l'importance que revêt la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, tout comme le rôle de la santé dans les stratégies de réduction de la pauvreté. La santé attire des investissements du monde entier et son importance, en tant que question de sécurité mondiale, est désormais manifeste, particulièrement dans la Région du Pacifique occidental. La hausse proposée découle du processus de budgétisation axé sur les résultats, mené en étroite consultation avec les Régions. Le fait que cette hausse soit jugée conforme à la croissance budgétaire observée au cours des six exercices précédents démontre la solidité du processus de planification. De même, l'augmentation demandée de 6,5 % par an correspond globalement à la croissance de l'aide publique au développement consacrée à la santé et des dépenses nationales moyennes de santé.

Cinq domaines ayant fait l'objet de demandes d'action renforcée de la part des Etats Membres ont été établis à partir des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé : le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale, l'accélération des progrès en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, la mise en place de mesures face à la charge croissante des maladies non transmissibles et la promotion de l'équité en santé.

Pour une plus grande transparence, les termes utilisés jusqu'alors pour désigner les différentes sources de financement du budget de l'OMS ont été remplacés. Ainsi, au lieu de "budget ordinaire" et de "ressources extrabudgétaires", on désigne désormais les trois sources de financement comme suit : "contributions estimées", "recettes diverses" et "contributions volontaires".

L'OMS sollicitera une hausse des contributions des Membres de 9 %, une demande raisonnable compte tenu des demandes accrues adressées à l'Organisation. Si l'on maintient une croissance

nominale nulle, le budget ordinaire ne représentera plus que 17 % du budget global en 2015. Bien que les sources de financement volontaires constituent le principal apport budgétaire, il est délicat de miser sur de telles sources et ce pour plusieurs raisons. Il est fréquent que le versement de telles contributions ne coïncide pas avec les allocations budgétaires. Par ailleurs, l'affectation des contributions volontaires à des programmes spécifiques risque de compromettre la réalisation d'autres résultats escomptés, faute de financement.

La séance est levée à 12 heures.

## ANNEXE 1

## ALLOCUTION DU PRESIDENT ENTRANT A LA CINQUANTE-CINQUIEME SESSION DU COMITE REGIONAL DE L'OMS POUR LE PACIFIQUE OCCIDENTAL, SHANGHAI, CHINE

C'est un honneur pour moi et un privilège d'avoir été élu et je vous remercie de la confiance que vous me faites en me désignant Président de cette cinquante-cinquième session du Comité régional pour le Pacifique occidental. J'espère être à la hauteur de la tâche que vous me confiez et je ferai de mon mieux pour que cette session soit couronnée de succès. Les sessions du Comité régional ont, à juste titre, une bonne réputation. En effet, nous recevons conseils et orientations stratégiques. Mais, plus important encore, ces réunions permettent de dégager un consensus et de renforcer la coopération entre les pays et territoires de la Région. A l'heure actuelle, nous faisons face à un certain nombre de défis et nous avons beaucoup de travail à accomplir. Les gouvernements, les populations de nos Etats Membres et nos partenaires espèrent que cette session permettra des débats approfondis sur des questions de santé majeures et sur les mesures qu'il nous faut prendre dans la Région. Avec votre appui et votre coopération, et avec les conseils techniques du Secrétariat de l'OMS, je suis sûr que cette session sera productive et couronnée de succès.

Chers collègues, notre Vice-Premier ministre Madame Wu Yi vous a souhaité la bienvenue à Shanghai au nom du Gouvernement chinois lors de la cérémonie d'ouverture, hier matin. Aujourd'hui, je tiens à souligner que le Ministère de la Santé chinois est très honoré de vous recevoir. Très peu parmi vous ont participé à la trente-huitième session du Comité régional qui a eu lieu en Chine il y a 17 ans. Cette session s'est tenue à Beijing, capitale de la Chine, en septembre 1987, quinze ans après que la République populaire de Chine devienne membre de l'OMS. Le Professeur Chen Minzhang, alors Ministre de la Santé et Président du Comité régional évoqua les trois «D» qui caractérisent notre travail dans la Région : diversité, dynamisme et développement. Ces trois «D» sont toujours d'actualité. Je souhaiterais maintenant ajouter quatre mots clés pour décrire le développement de la santé dans notre Région : exploration, innovation, coopération et progrès.

En regardant autour de vous, vous vous rendez compte des progrès qui ont été faits dans les domaines de l'économie et de la technologie et vous êtes témoins des grands changements en cours. La majorité des pays de la Région s'industrialisent et se modernisent rapidement et jouent un rôle de plus en plus actif au sein de la communauté internationale. La Chine, comme nombre d'autres pays de la Région, fait face à un certain nombre de défis liés à la mondialisation et au développement. Par exemple, comment faire en sorte que le système de santé assure la protection et les demandes croissantes de soins de nos populations. Le choix du Comité de se réunir à Shanghai pour examiner

## Annexe 1

des questions de santé qui nous concernent tous est donc pertinent, car la région de Shanghai est, du point de vue socio-économique, la région de Chine qui se développe le plus rapidement.

En présentant son rapport hier, le Docteur Omi vous a parlé des importantes mesures qui avaient été prises par le Comité régional et les Etats Membres pour améliorer la santé des populations de la Région du Pacifique occidental. Mais il nous a aussi prié d'attacher une attention particulière aux maladies émergentes ou réémergentes comme le VIH/SIDA, le SRAS, la grippe aviaire et la tuberculose. Ces maladies ont eu des conséquences socio-économiques néfastes pour les Etats Membres. Il a été difficile pour les systèmes de santé de réagir aux situations d'urgence et la sécurité nationale des Etats Membres s'est trouvée menacée.

Comme vous le savez, nous avons vécu ces douze derniers mois des événements hors du commun. L'année dernière, l'Asie et le reste de la planète ont été touchés par le SRAS. Depuis le début de l'année, des flambées de grippe aviaire ont surgi de façon périodique. Nous avons beaucoup appris. Notre première riposte au SRAS a été insuffisante parce que nous ne comprenions pas cette nouvelle maladie et nous n'étions pas prêts pour de telles situations d'urgence de santé publique. La communication était très lente, l'information était insuffisante et, surtout, nos systèmes de lutte contre les maladies infectieuses étaient tous inadéquats. Compte tenu des problèmes que pose le SRAS, le Gouvernement chinois a privilégié la sécurité et la santé de la population. A l'initiative du Président Hu Jintao, du Premier Ministre Wen Jiabao et du Vice-Premier Ministre Wu Yi, un Comité national de lutte contre le SRAS a été créé. Ce comité a mobilisé toutes les ressources possibles pour renforcer les activités de prévention de l'épidémie. Le Comité a pris des mesures de surveillance et de contrôle très sévères pour lutter contre l'infection, en isolant les malades, en les traitant le plus rapidement possible afin d'empêcher la propagation de la maladie en particulier dans les campagnes. C'est grâce à notre système juridique, aux sciences et aux techniques, à notre peuple et à l'appui indéfectible de la communauté internationale, à l'esprit de lutte et à la fierté nationale que nous avons pu surmonter cette terrible épidémie de SRAS.

Par la suite, le Gouvernement chinois a alloué d'importantes ressources financières pour renforcer son système de santé publique. Cette année, il nous a fallu lutter contre la grippe aviaire et la réémergence du SRAS. Les nouvelles mesures de surveillance et les systèmes de riposte rapide mis en place nous ont permis de juguler l'épidémie. La fréquence des flambées et le fait que ces maladies ne connaissent pas de frontières signifie qu'il faut sans cesse améliorer la communication et renforcer la collaboration à l'échelle internationale. Nous avons beaucoup appris de l'expérience passée et ces leçons nous serviront à l'avenir. A ce propos il y aura une table ronde demain après-midi. Elle traitera

## Annexe 1

de la coopération internationale face aux situations d'urgence et je suis sûr que les Etats Membres auront beaucoup à apprendre les uns des autres.

Mesdames et messieurs les représentants, nous avons beaucoup de travail devant nous cette semaine. Permettez-moi de dire quelques mots des questions portées à l'ordre du jour. Sur la riposte aux flambées, je suis sûr que vous allez intervenir, notamment sur le SRAS et la grippe aviaire. En outre, nous allons examiner comment mieux nous préparer pour réagir à ces urgences grâce aux mesures maintenant incluses dans la version révisée du Règlement sanitaire international. Nous quitterons le domaine traditionnel de la santé lorsque nous aborderons la sécurité sanitaire des aliments, notamment le renforcement de la réglementation et son application à la commercialisation des oiseaux et animaux vivants destinés à l'alimentation. L'émergence récente de la grippe aviaire rend cette discussion particulièrement pertinente.

Nous attachons une grande importance au problème du VIH/SIDA. Heureusement, notre Région continue de juguler la propagation du VIH/SIDA grâce aux mesures efficaces d'éducation et de conseil qui ont été prises pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles. Il s'agit maintenant de fournir des soins à ceux qui souffrent du VIH/SIDA et d'augmenter la couverture de nos interventions. Il nous faut également examiner les progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose. Cela fait maintenant cinq ans que la crise de la tuberculose a été déclarée dans la Région. Il nous faut être beaucoup plus vigilants si nous voulons atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés pour 2005, à savoir une couverture de 100 % au moyen du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), un taux de guérison de 85 % et un taux de dépistage des cas de 70 %. Comme l'a dit hier le Docteur Omi, la co-infection tuberculose/VIH, la pharmacorésistance de la tuberculose et l'accès limité au traitement antituberculeux, chez les plus démunis, représentent des problèmes majeurs et il est donc de notre devoir et de notre responsabilité de résoudre ces problèmes.

Mesdames et messieurs, hier le Docteur Omi s'est dit très fier que la Région du Pacifique occidental soit la seule Région de l'OMS dans laquelle tous les Etats Membres ont signé la Convention-cadre pour la lutte antitabac avant la date butoir du 29 juin 2004. Mais nous avons du chemin à parcourir avant la mise en œuvre de cette Convention. Ne nous reposons pas sur nos lauriers. Au contraire, il nous faut rester vigilants et continuer à prendre des mesures dans les pays selon notre situation nationale. Notre débat sur ce point de l'ordre du jour devrait nous orienter dans la bonne direction.

Chers collègues, nous nous réunissons ici en une période de changements et d'enjeux cruciaux. Les environnements politiques, économiques et sociaux dans lesquels nous travaillons changent

## Annexe 1

rapidement. Ces changements sont liés à des transformations profondes à l'échelle planétaire et à des changements dans nos propres pays. On a de plus en plus besoin de soins de santé. Toutefois, dans de nombreux pays, les ressources disponibles pour les services de santé sont très limitées. L'approche la plus efficace est le développement, c'est la solution fondamentale à toutes nos difficultés. Lors de notre réunion, nous allons examiner le rapport final sur l'exécution du budget programme 2002-2003 et nous pourrions également examiner le projet de budget pour 2006-2007 et le onzième programme de travail 2006-2015. Guidés par la stratégie mondiale de la santé pour tous et les objectifs du Millénaire pour le développement, les gouvernements des Etats Membres de la Région mettront au point des feuilles de route visant à améliorer la santé. Il nous faut travailler ensemble et nous espérons que le Bureau régional pourra nous venir en aide pour mieux utiliser les ressources limitées dont nous disposons et pour traduire dans la réalité nos aspirations communes.

Nous sommes au début du XXI<sup>e</sup> siècle et j'espère que l'exploration, l'innovation, la coopération et le progrès seront les caractéristiques fondamentales de notre Région et que ces mots clés nous serviront de boussole. En utilisant l'expérience acquise en travaillant main dans la main, en profitant des progrès techniques et du développement économique, faisons en sorte de garantir l'équité en santé à toutes les populations de la Région.

Encore une fois, chers collègues, je vous souhaite la bienvenue en Chine. Nous allons faire de notre mieux pour que cette réunion du Comité soit couronnée de succès et que vous vous sentiez tous à l'aise. J'espère que vous aurez le temps de découvrir la riche culture et l'histoire de la Chine ainsi que le passé, le présent et le futur de Shanghai au cours de votre séjour.

Je vous remercie.

## ANNEXE 2

## FINANCEMENT ET PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE PUBLIQUE

par le Professeur William Hsiao, Professeur d'économie (Bourse K. T. Li),  
Ecole de santé publique de Harvard

C'est un grand honneur pour moi d'avoir été invité à m'adresser à vous aujourd'hui et je suis particulièrement heureux de retrouver un certain nombre d'amis que je n'avais pas revus depuis plusieurs années. Je suis un économiste et l'économie est appelée la science funeste. Récemment, je me suis trouvé dans une conférence interdisciplinaire à Vienne. La question était de savoir quel était la plus vieille profession du monde. Vous savez comme les chirurgiens sont agressifs ; ils ont immédiatement répliqué : « C'est la chirurgie, bien sûr, puisque Dieu a pris une côte d'Adam pour créer Eve. » L'ingénieur, qui ne voulait pas en rester là, a répondu : « Non, non, non et non. Dieu a créé l'ordre à partir du chaos, l'ingénierie est donc la plus vieille profession. » L'économiste s'est penché vers l'ingénieur et lui a répondu : « Et qui, à votre avis, a créé le chaos ? »

Si je suis devant vous aujourd'hui, ce n'est pas pour créer davantage de chaos. Aujourd'hui, j'aimerais jouer le rôle de l'ingénieur. On m'a demandé de faire court parce que l'ordre du jour d'aujourd'hui est très chargé. Je me propose donc, en vingt minutes, de vous provoquer et de vous inciter à réfléchir sur les systèmes de santé nationaux en faveur des populations rurales des nations du Pacifique occidental. Actuellement, deux milliards de personnes vivent dans les zones rurales des pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans la Région du Pacifique occidental, j'estime qu'au moins 700 millions de personnes vivent dans les zones rurales des pays à revenu faible ou intermédiaire. La Chine, bien sûr, est le plus étendu. Vous savez très bien que ces personnes ne bénéficient pas de mesures de prévention et n'ont pas accès à des soins primaires satisfaisants. On sait cela depuis des décennies et pourtant, on n'a toujours pas trouvé de solution à leur problème. Cet échec est imputable aux universitaires, aux gouvernements et aux spécialistes de la santé publique. Aujourd'hui, j'aimerais vous proposer une solution possible.

Il est plus facile de commencer par citer des faits. Vous connaissez bien les problèmes majeurs qui se posent aux paysans des pays à revenus faible et intermédiaire. Je veux juste souligner un aspect. Les gens veulent pouvoir recevoir des soins de santé de base et bénéficier de mesures de prévention dans leur village. Ils ne peuvent ni ne veulent faire trois à quatre heures de marche pour se rendre dans les villes où se trouvent les centres de santé des sous-districts. Voilà pourquoi vous observerez qu'à la campagne, la plupart des fermiers et des paysans ont recours à l'automédication ou consultent les médecins autochtones qui résident dans les villages et que les soins médicaux que vous offrez ne sont pas nécessairement à leur portée. Le principal problème qui se pose du côté de l'offre est le manque de fonds alloués à la prévention et aux soins de santé de base. Vous savez déjà cela et c'est un

problème que vous avez à résoudre quotidiennement. Mais je sais aussi que de nombreux pays ont essayé d'organiser des services de soins primaires dans les villages avec l'aide des gouvernements et que la plupart ont échoué. Une exception cependant, le Sri Lanka, où j'ai réalisé une étude de terrain. Le Viet Nam et la Chine ont fait la même démarche lorsqu'ils étaient encore des économies socialistes mais ils ont abandonné ou ont mis fin, depuis, à leur tentative.

Concernant l'insuffisance du financement, les niveaux de dépenses varient considérablement d'un pays à l'autre. Pour rendre la comparaison possible, il faut convertir les devises en base ppa (parité de pouvoir d'achat). Sur une base identique, les dépenses des pays peuvent varier. Et il ne s'agit que des pays à revenu faible ou intermédiaire. Je ne parle pas des pays à revenu élevé comme la République de Corée, l'Australie ou la Malaisie. Dans la plupart des pays, ce sont les gens qui, en payant de leur poche, financent les soins de santé. Les fonds ne viennent pas du gouvernement. Pendant ce temps, celui-ci ne s'occupe généralement que de ses propres dépenses et ne regarde pas la situation dans son ensemble.

Nous savons tous que ces dernières années, le monde a été frappé par de nouvelles maladies transmissibles comme le VIH/SIDA ou la grippe aviaire dont vous avez parlé ce matin. Par l'intermédiaire des organisations des Nations Unies et avec l'OMS comme chef de file, vous avez mobilisé le monde entier et de nouveaux fonds comme le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ont été créés pour lutter contre une nouvelle maladie transmissible – le VIH/SIDA et deux anciennes maladies – la tuberculose et le paludisme. C'est ce que nous, économistes, appelons les programmes verticaux et ils sont très importants. Je vous félicite de l'importance que vous accordez à ces trois maladies. Pourtant, si nous regardons les chiffres de la Chine correspondant à seulement trois maladies courantes, les infections respiratoires, les maladies périnatales et les maladies diarrhéiques, nous constatons que la charge de morbidité qui leur est imputable est plus de trois fois supérieure à celle due au VIH, à la tuberculose et au paludisme et la situation est la même dans la plupart des pays de cette Région. Je pense que ces efforts, s'ils retiennent aujourd'hui l'attention du monde entier, ne s'appliquent pas réellement à la santé des populations.

Au cours de la dernière décennie, nous avons collecté des données démontrant que les dépenses médicales ont contribué à appauvrir un grand nombre de ménages. L'OMS a constaté que 2 à 7 % de la population des pays à revenu faible ou intermédiaire s'appauvrit chaque année du fait des dépenses de santé. Votre système national de santé ou votre politique de santé doit donc s'attaquer à ce problème.

## Annexe 2

Jetons un coup d'oeil aux efforts internationaux déployés en faveur de la santé. Vous dirigez ces efforts et je reconnais qu'ils ont permis quelques améliorations. Cependant, en tant que membre de la Commission Macroéconomie et Santé, je sais que nous vous avons proposé des solutions chimériques, irréalisables et sans portée pratique puisque nous savons bien que les donateurs internationaux ne vont pas arriver avec 27 milliards de dollars supplémentaires pour aider les pays en développement à mettre en place des mesures de prévention et à fournir des soins de santé de base. Le financement est donc un problème majeur, mais il ne s'agit pas que de cela.

Vous devez mobiliser plus de fonds en faveur de la prévention et de la santé publique et le gouvernement doit vous appuyer dans cette tâche. Par ailleurs, comment comptez-vous rendre les services de santé plus efficaces et plus rationnels ? Comment comptez-vous mettre les services et les mesures de prévention à la portée des habitants des villages ? Voilà un autre problème clé à résoudre.

Spécialiste de l'économie appliquée, je soulève ces problèmes mais je pense qu'il est de ma responsabilité de vous proposer au moins une solution réaliste possible. Une solution innovante est ce que j'appelle la mutualité des soins de santé. Elle présente deux caractéristiques et vise à relier les initiatives des secteurs public et privé et à en faire des partenaires de financement. La responsabilité première du gouvernement est de financer la prévention, la santé publique et les soins de santé de base. Mais les personnes qui payent de leur poche de fortes sommes d'argent versent également des cotisations, ce qui permet d'organiser le système de soins de santé. Le second partenariat est celui devant exister entre les secteurs public et privé dans les villages. Lorsque les gouvernements se montrent incapables d'organiser et de gérer les soins de santé de base pour leurs populations, il faut alors transférer cette responsabilité à la communauté elle-même. Pour reprendre une expression à la mode, tournez-vous vers les ONG – les ONG à assise communautaire. Laissez les paysans gérer leur centre de santé. Même s'ils ne sont pas parfaitement éduqués, ils ont acquis pour survivre une quantité incroyable de connaissances pratiques qui leur permettent de gérer les maigres ressources dont ils disposent. Ils peuvent gérer un centre de santé sur place, dans leur village. Mais de nombreux pays n'ont pas voulu confier cette responsabilité ou ce pouvoir aux communautés. C'est pourquoi je suggère que la solution consiste à instaurer un nouveau partenariat entre les secteurs public et privé, dans le financement comme dans l'organisation et la gestion des services de soins de santé de base.

En tant qu'économiste, j'ai étudié les budgets de plus de 70 pays en développement. A quelques exceptions près, aucun pays ne dispose de revenus fiscaux suffisants pour financer intégralement la prévention et les soins de santé de base en faveur de sa population. En même temps, les gens payent de leur poche des sommes considérables en médicaments, en consultations auprès de

médecins autochtones, etc. Aussi le nouveau système vise-t-il à exploiter les deux sources de financement. Cette mutuelle rurale de santé (ce qui est juste une appellation que j'ai trouvée), repose sur quatre assertions fondamentales. Un, le gouvernement subventionne la demande. Les gouvernements sont généralement habitués à subventionner l'offre, les dispensateurs de soins ou les dispensaires d'Etat. Deux, vous voulez donner aux gens les moyens d'agir. Vous voulez les aider financièrement tout en leur donnant plus de responsabilités. Trois, les services préventifs de base doivent être implantés dans le village. Quatre, grâce à la leçon tirée de l'initiative de Bamako, les pays devraient organiser un système d'achats en vrac et de distribution des médicaments essentiels. Ce type d'achats en vrac et de distribution pourrait vous faire économiser d'importantes sommes d'argent et éliminer du même coup les médicaments contrefaits.

Cette idée n'est pas nouvelle. Plusieurs pays ont essayé de l'appliquer mais ne sont jamais parvenus à attirer l'attention de l'opinion internationale. Bien sûr, celui qui a réussi à attirer l'attention de l'opinion internationale a été la Chine, avec son système de coopérative médicale mais ce système s'est effondré après que la Chine soit passée d'une économie socialiste à une économie de marché. Nous pouvons citer aussi la Thaïlande et sa carte de santé rurale, l'Indonésie et sa Dana Sehat et d'autres systèmes réussis de pays africains et notamment de la Tanzanie. Ils expérimentent un fonds communautaire de santé fondé sur un concept identique et ont obtenu des résultats positifs. La Chine mène également des expériences sociales. Notre Vice-Premier Ministre, Madame Wu Yi et notre Ministre, Monsieur Gao ont mentionné les expériences que la Chine mène actuellement à l'échelon national. Moi-même, en tant qu'expert en économie appliquée, je réalise deux expériences dans les provinces occidentales de la Chine mais je ne peux pas perdre du temps à vous donner les détails.

Dans les nouveaux systèmes, il est extrêmement important de procéder à une évaluation scientifique. Sinon, vous les décideurs ne disposerez pas des données factuelles nécessaires pour faire une politique saine. Je voudrais vous parler de ce que nous avons constaté en Chine après 10 mois d'expérimentation ayant couvert 60 000 personnes. Soixante-dix pour cent des paysans acceptaient d'adhérer au programme si nous leur donnions une subvention de 2,50 dollars US. Ceux qui n'ont pas adhéré étaient en général des gens proches du seuil de pauvreté et des gens en bonne santé, qui ne pensaient pas pouvoir en tirer un avantage et qui sont donc restés à l'écart, n'imaginant pas qu'ils pourraient tomber malades. Dès les 10 premiers mois, nous avons obtenu un gain d'efficacité de 30 % grâce à l'achat de médicaments, à l'élimination des médicaments contrefaits en circulation et à la normalisation du traitement de huit maladies courantes, au niveau des villages.

## Annexe 2

En conclusion, j'aimerais plaider en faveur de la Région du Pacifique occidental puisque vous voulez peut-être envisager de trouver le juste équilibre. Vous voulez envisager une politique de santé dans laquelle vous combinez financement public et fonds privés. Je tiens à souligner qu'il est de la responsabilité des gouvernements de financer les biens publics, tels que la prévention et la santé publique. Un autre niveau d'équilibre est l'organisation des soins de santé : vous instaurez un système horizontal jusqu'au niveau des villages qui servira de plate-forme d'ancrage aux programmes verticaux auxquels vous accordez tant d'attention aujourd'hui.

Je vous remercie.

