

Rappel de l'ordre du jour

Deuxième journée du Conseil : réunion d'affaires

Le Président du Conseil du Partenariat RBM, l'Honorable Ministre de la Santé de Zambie, a rappelé l'ordre du jour de la 18^{ème} réunion du Conseil.

Discours de bienvenue

Le Président a souhaité la bienvenue aux membres du Conseil, aux suppléants et aux délégués, et a accueilli les nouveaux participants, à savoir la Chine et la Thaïlande, respectivement membre et suppléant du groupe d'intérêt des pays endémiques d'Asie-Pacifique, le Soudan, nouveau suppléant du groupe d'intérêt des pays endémiques de l'IGAD, ainsi que Les Amis du Fonds Mondial Afrique, nouveau membre du groupe d'intérêt des ONG du Sud, et son suppléant, la Coalition camerounaise contre le paludisme.

Objectif de la réunion

L'accent est placé sur les principaux domaines de stratégie et de responsabilité du Partenariat. Les membres des trois groupes d'action se sont réunis pour étudier les problèmes relevés dans l'Évaluation externe du Partenariat RBM, réalisée par Dalbert en 2009, et ont pris en compte les délibérations issues de la retraite du Conseil à Annecy en septembre 2009 et de la 17^{ème} réunion du Conseil pour adresser leurs recommandations finales au Conseil.

Ouverture officielle

Le Dr J A Nájera, leader historique de la campagne mondiale d'éradication du paludisme de l'OMS, a été invité à ouvrir la 18^{ème} réunion du Conseil en évoquant certaines leçons tirées de la campagne. Lors de son intervention, il a retracé la lutte antipaludique depuis la découverte du mécanisme de transmission du paludisme, à la fin du XIX^{ème} siècle, jusqu'à nos jours.

Depuis le début, la lutte contre le paludisme s'est servie d'arguments socioéconomiques pour obtenir un soutien politique. Le coût du paludisme, de part l'incapacité de travail et les pertes de journées de travail qu'il entraîne, a été utilisé pour dénoncer le paludisme comme un obstacle à l'entreprise coloniale. Les efforts initiaux avaient un esprit très scientifique (avec des initiatives de lutte testées sur le terrain, un soin apporté à l'information et à l'éducation du public, une application sélective) et étaient basés sur l'étude de l'épidémiologie locale et une compréhension des contraintes d'échelle. Un réseau de dispensaires dédiés à la lutte antipaludique a été mis en place dans les pays endémiques.

Après la Seconde Guerre mondiale, un nouveau moyen de lutte est apparu : le dichlorodiphényltrichloréthane, mieux connu sous l'abréviation DDT, entraînant un changement radical de stratégie. Divers essais ont fait apparaître une interruption de la transmission, avec une absence de retour du paludisme en cas d'arrêt de la pulvérisation. Ce succès a donné un nouvel élan à la demande d'éradication du paludisme et donné lieu, en 1955, au lancement de la campagne mondiale d'éradication du paludisme de l'OMS. Pour procéder à une pulvérisation massive d'insecticide, une armée de « pulvérisateurs » a dû être formée et déployée. Des cadres, plutôt que des scientifiques, étaient chargés de la stratégie qui nécessitait une solide organisation centrale pour gérer les approvisionnements massifs, le transport et les réseaux de distribution. Les personnes intéressées par les variabilités locales ont été remplacées par de jeunes recrues de l'OMS, formées aux méthodes de pulvérisation.

La campagne mondiale d'éradication du paludisme a eu certains bienfaits : elle a modifié de façon importante la carte mondiale du paludisme ; elle a été le premier programme de santé publique à viser une « couverture totale » ; elle a établi un contact avec la communauté par le biais de collaborateurs bénévoles ; elle s'est efforcée d'utiliser des cartes tout au long de ses activités ; et elle a gardé en ligne de mire les problèmes restants plutôt que les résultats obtenus. Toutefois, d'importantes défaillances ont également été constatées. La campagne a accordé une confiance exagérée aux connaissances existantes et a négligé la recherche. Elle s'est limitée à une seule mesure censée être « peu onéreuse, efficace et sûre ». Elle a privilégié la discipline, en s'opposant aux écarts locaux, et a brisé les liens avec le passé et les services de santé plus larges. Elle a présumé qu'une campagne mondiale pouvait être lancée sans savoir quoi faire en Afrique et enfin, elle a cru que le risque d'épidémie ne réapparaîtrait pas après l'élimination de la maladie et a imposé un système de surveillance non testé.

Au cours des années 1960, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a commencé à s'inquiéter de l'absence de progrès et en 1968, l'épidémie massive au Sri Lanka (alors Ceylan) a provoqué la stupeur, indiquant que le système de surveillance n'avait pas fonctionné. La stratégie mondiale de lutte antipaludique a été réexaminée avec le constat qu'un programme de lutte formant la première étape d'un processus visant l'éradication complète était nécessaire. Le concept de l'éradication limitée dans le temps a été abandonné.

Malheureusement, la stratégie de « lutte » (en parallèle avec la crise économique de l'époque) a servi de justification à un retrait des ressources.

Les programmes ont eu beaucoup de mal à s'adapter à la stratégie de contrôle en raison de plusieurs facteurs : surcharge de main-d'œuvre non qualifiée ; manque de cadres professionnels capables de mettre au point une nouvelle stratégie ; éloignement des instituts de recherche et difficultés de collaboration ; incapacité à s'intégrer dans les services de santé plus vastes ; stratégie défensive dérisoire avec des ressources inadaptées et sur-engagées ; et absence de moyens face aux nouveaux projets de développement, au dépistage précoce ou à la prévision du risque épidémique.

Dans les années 1970, le paludisme a resurgi dans de nombreux pays et le nombre de cas a même explosé dans des endroits où il n'avait jamais été une grosse menace auparavant, par exemple dans les forêts tropicales du Brésil, sous l'effet du développement économique anarchique.

Tandis que la lutte antipaludique souffrait d'importants revers, les efforts d'éradication de la variole étaient beaucoup plus efficaces, et des leçons ont pu être tirées de cette campagne. Celle-ci a accordé une place importante aux analyses épidémiologiques et à la coordination, a encouragé un encadrement flexible, a favorisé la recherche en vue de trouver des solutions aux problèmes rencontrés, et a incité les personnels à innover et à s'adapter. Les objectifs étaient considérés comme des indications de possibilités mais un programme de vigilance en plusieurs étapes a été mis au point (via des indicateurs de morbidité, une investigation des foyers et un contrôle des apparitions de variole, ainsi qu'une étude des cas particuliers) pour évaluer de près les progrès.

Fort de sa longue expérience sur le terrain, le Dr Nájera a recommandé que la lutte future pour éliminer le paludisme comporte les aspects suivants : participation/responsabilisation réelle et durable de la communauté ; rétablissement, aux plus hauts échelons hiérarchiques, de cadres professionnels solides, capables de guider une action flexible et adaptable ; intégration du paludisme dans les structures de santé d'ensemble ; développement d'une véritable surveillance ; utilisation prudente des indicateurs et compréhension des véritables dénominateurs ; étude historique des régions touchées et des causes externes possibles ; implication de la recherche et d'autres organismes pour acquérir de nouvelles connaissances ; et priorisation des études épidémiologiques.

Il considère que la communauté antipaludique actuelle dispose d'un certain nombre d'atouts, comme des moyens de communication et des infrastructures considérablement améliorés, de nouvelles technologies de cartographie, une meilleure connaissance des mesures de contrôle, ainsi que des ressources importantes, qu'il ne faut pas hésiter à mettre à profit pour maximiser les efforts de lutte contre le paludisme. Toutefois, il est important de garder à l'esprit les conseils formulés par Paul Russell¹ en 1936 : « Plus que l'argent et la perfection, le temps et la continuité sont les mots d'ordre qui doivent guider la lutte contre le paludisme dans les tropiques ».

Le Président a remercié le Dr Nájera d'avoir partagé sa précieuse expérience, et offert une perspective sur les opportunités et les difficultés qui peuvent attendre le Conseil du Partenariat RBM.

Procédures du Conseil

Le Vice-président du Conseil a indiqué que le quorum était atteint et a rappelé les procédures de fonctionnement et de vote du Conseil, telles qu'énoncées dans le cadre opérationnel et les statuts du Partenariat RBM.

Il a rappelé au Conseil que la politique de gestion des conflits d'intérêt était entrée en vigueur en janvier 2010, et qu'il était demandé à tous les membres, suppléants et délégués du Conseil de remplir la documentation disponible concernant d'éventuels conflits d'intérêt. Tout partenaire membre d'un comité, d'un groupe de travail ou d'un réseau sous-régional (SRN) du Partenariat est également tenu de remplir le questionnaire.

¹ Russell, P. (1936) Epidemiology of malaria in the Philippines. *Am. J. Trop. Med.* **19**, **1**.

Ceux-ci ne doivent être soumis qu'une seule fois, même si le partenaire participe à plusieurs mécanismes du Partenariat. Les informations ainsi soumises permettront au Comité exécutif et au Secrétariat de gérer les futurs problèmes de conflit d'intérêt potentiels.

Adoption de l'ordre du jour de la 18^{ème} réunion du Conseil

Il a été proposé et accepté que la question suivante soit ajoutée à l'ordre du jour dans la rubrique Autres sujets : une modification doit être apportée aux statuts du Partenariat pour stipuler que les pré-lectures, dont les points de décision et l'ordre du jour de la réunion du Conseil, soient mises à la disposition des membres du Conseil au plus tard 10 jours avant la réunion, sans que des changements puissent ensuite y être apportés. Cette disposition a pour but de donner aux délégations le temps de préparer leurs interventions et la réponse que leur groupe d'intérêt présentera au Conseil.

L'ordre du jour a été adopté avec cette révision.

Adoption du compte-rendu de la 17^{ème} réunion du Conseil

Le compte-rendu de la 17^{ème} réunion du Conseil du Partenariat RBM a été adopté sans changement.

Rapport relatif aux actions menées

Résumé de la présentation

Étant donné qu'un grand nombre des actions menées suite à la 17^{ème} réunion du Conseil du Partenariat RBM sera présenté en détail lors des sessions de cette 18^{ème} réunion du Conseil, la Directrice exécutive a rapidement passé en revue les tâches réalisées par le Comité Financier (CF), le Comité 2010 et les différents groupes d'action concernant la mise en œuvre du Plan de travail 2010-2011 du Partenariat et les visites au sommet des équipes de plaidoyer. Elle a évoqué une visite au sommet couronnée de succès en République démocratique du Congo.

Les fonds supplémentaires d'Abu Dhabi sont une bonne nouvelle car ils financeront intégralement le budget du Cadre d'activités supplémentaires (SAF), ce qui permettra de libérer des fonds sans affectation pour les autres activités des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux (SRN) actuellement inscrites dans le SAF.

La Directrice exécutive a noté les actions menées suite aux résolutions de la 17^{ème} réunion du Conseil, comme l'élimination des monothérapies à base d'artémisinine, le développement de stratégies de gestion de la résistance aux médicaments et aux insecticides, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, et la mobilisation de fonds pour la période 2011-2015. La session ministérielle spéciale prévue le troisième jour de la 18^{ème} réunion du Conseil sera consacrée aux stratégies de lutte contre la résistance aux insecticides et aux médicaments.

Résumé de la discussion

- La Banque mondiale a demandé pourquoi la décision de la 17^{ème} réunion du Conseil sur le renforcement des systèmes de santé ne figurait pas dans le rapport relatif aux actions menées. La réponse est que le sujet du renforcement des systèmes de santé a été activement traité lors de la première journée de la 18^{ème} réunion du Conseil et qu'il sera examiné en détail lors des autres sessions de la réunion.

Décision

Le rapport relatif aux actions menées doit être classé avec le compte-rendu.

Rapport de la Directrice exécutive

Résumé de la présentation

La Directrice exécutive a exposé brièvement le format de son rapport, différent de celui des réunions précédentes. Elle propose de passer en revue six défis stratégiques urgents auxquels le Partenariat RBM doit faire face. Les recommandations et les points nécessitant une attention particulière de la part du Conseil et des partenaires ont été présentés pour chacun des six défis identifiés :

Financement

- S'assurer que l'élan soit maintenu et que les niveaux de financement ne régressent pas car cela entraînerait une réduction de la couverture. Cette responsabilité doit-elle être confiée à un groupe de travail ou bien à un groupe d'action du Partenariat ?
- Réfléchir à des solutions pour accroître les budgets nationaux consacrés à la santé dans les pays endémiques et leurs dépenses pour lutter contre le paludisme. Il convient également de réfléchir à la manière dont le secteur privé pourrait jouer un rôle plus actif dans la lutte antipaludique au niveau des pays.
- Les fonds existants doivent être correctement appropriés et utilisés. Des efforts particuliers doivent être réalisés pour réduire la fluctuation des montants et des calendriers de financement. Un travail doit être effectué avec le Fonds Mondial pour revoir le calendrier des évaluations de la performance et faciliter la reconduction des subventions pour la Phase 2.
- Faire en sorte que la prochaine reconstitution des ressources du Fonds Mondial soit soutenue et couronnée de succès.

Mise en œuvre

- Résoudre le problème des fluctuations importantes dans la disponibilité des produits antipaludiques vitaux.
- Porter une attention particulière à l'amélioration de l'approvisionnement et de la distribution pour faire en sorte que les produits parviennent aux personnes à risque.
- S'efforcer d'améliorer le diagnostic pour diriger le traitement de façon optimale.
- Continuer à veiller à ce que la disponibilité et l'accessibilité des interventions vitales soient équitables, ce qui implique de traiter la question des taxes et des droits de douane.
- Inclure des approches novatrices pour résoudre le problème des ruptures de stocks aux niveaux secondaires dans le cadre de la planification de l'extension de la couverture des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT).

Utilisation des produits antipaludiques

- Soutenir la compilation d'informations de qualité pour optimiser l'appropriation et l'utilisation des principaux moyens de prévention et de traitement contre le paludisme dans tous les différents contextes sociaux et politiques.
- Soutenir le déploiement des nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement pour optimiser l'utilisation des médicaments antipaludiques et la bonne gestion des maladies autres que le paludisme.

Résistance

- Déterminer si des actions spécifiques sont nécessaires, en plus de l'effort continu à souligner ce problème.
- Identifier le meilleur mécanisme permettant d'accompagner les efforts de l'OMS pour favoriser le développement de stratégies régionales, en assurant l'endiguement essentiel de la résistance où qu'elle apparaisse.
- Continuer à sensibiliser ou à encourager les actions pour résoudre le problème de la résistance aux insecticides et aux médicaments, et soutenir les efforts des nombreux partenaires clés qui œuvrent dans ce domaine, de même que les acteurs de la recherche et du développement.

Assurer la pérennité des réussites

- Élargir la série de rapports « Progrès et Impact » pour continuer à réfléchir aux principaux problèmes que le Partenariat RBM doit résoudre pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), et mettre en lumière le rôle de la lutte antipaludique dans le renforcement des systèmes de santé.
- Donner la priorité absolue au maintien des niveaux de financement et à la prévention de leur déclin dans le domaine de la santé en général, et du paludisme en particulier, pour s'assurer de la réalisation des OMD.

Objectif : l'éradication

- Chercher un mécanisme pouvant servir de cadre de coordination pour les efforts d'éradication à l'échelle mondiale.
- Plaider pour la mise en œuvre de l'agenda de recherche pour l'éradication du paludisme (MaERA).

Pour conclure, la Directrice exécutive a noté que les membres du Partenariat RBM avaient réalisé un travail collectif remarquable au cours des dix dernières années, et qu'ils pouvaient en être fiers. Cependant, le travail du Partenariat n'est pas terminé : il faut faire plus et mieux. Elle a encouragé les partenaires à : relever le défi

de multiplier les actions efficaces car l'extension de la couverture des interventions est essentielle ; à avoir la sagesse de reconnaître les limites des approches actuelles ; et à avoir le courage d'essayer de nouvelles approches promettant d'améliorer les résultats, de pérenniser les bénéfiques et d'ouvrir de nouvelles portes pour améliorer le quotidien et les conditions de vie des populations.

La Directrice exécutive a remercié les membres du CE pour l'aide apportée dans la compilation de ce rapport, ainsi qu'Alan Court (Bureau de l'Envoyé Spécial des Nations unies pour le paludisme), Matthew Lynch (Vice-Président du Conseil), l'Honorable Ministre Simbao (Président du Conseil), Rick Steckettee (PATH/MACEPA) et le Secrétariat du Partenariat RBM, pour leur contribution.

Résumé de la discussion

- Les membres du Conseil ont félicité la Directrice exécutive et son équipe pour leur excellent rapport et ont approuvé le nouveau format mettant l'accent sur les principaux problèmes stratégiques.
- Les membres du Partenariat RBM doivent être félicités pour les efforts déployés à l'échelle des pays (par exemple au Nigeria) pour catalyser la collaboration entre les différents groupes d'intérêt et la mobilisation des ressources. Les récentes visites au sommet en République démocratique du Congo et au Canada ont été très appréciées.
- L'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA) crée un système de responsabilité mutuelle en accord avec la Déclaration de Paris. Les pays de l'OCDE pourraient peut-être envisager de mettre en place un système complémentaire.
- Les membres / suppléants du Conseil représentant les pays endémiques devraient vérifier que leur chef d'État fait partie de l'ALMA en faisant éventuellement appel à l'Envoyé spécial pour se faire aider en matière de plaidoyer.
- L'ALMA doit être appelée à aider le réseau sous-régional à faire face aux problèmes sur une base conjointe / régionale.
- Le Partenariat RBM pourrait chercher des solutions pour accroître la productivité et la portée en faisant appel à d'autres réseaux existants avec des objectifs alignés. L'Envoyé spécial serait ravi d'étudier toute proposition visant à accroître l'engagement bilatéral avec les pays donateurs et les réseaux intéressés au sein du Partenariat.
- L'étude récente² de Murray *et al.*, qui a mis à jour une baisse des dépenses nationales en matière de santé associée à un accroissement de l'aide au développement pour la santé, doit être examinée de plus près. (Des copies de cette étude ont été diffusées).
- Il est important de trouver des occasions de mener des actions de plaidoyer pour que les pays endémiques respectent les engagements pris dans la Déclaration d'Abuja, par exemple à l'occasion de la réunion de l'ALMA et du Sommet de l'Union africaine à venir.
- Il est nécessaire d'élaborer des stratégies plus agressives en matière de mobilisation des ressources, de façon à obtenir l'engagement de donateurs inhabituels comme la Chine et l'Inde.
- L'importance du rôle joué par les communautés religieuses dans la lutte contre le paludisme est de plus en plus reconnue. Les partenaires RBM pourraient chercher des façons d'impliquer davantage des partenaires religieux potentiels.
- Le rôle de la recherche et des universités dans la résolution de certains problèmes stratégiques a été évoqué. La recherche opérationnelle peut améliorer le déploiement des outils existants, et la recherche et le développement (R&D) peut fournir de nouveaux outils comme des vaccins et de nouveaux composés antipaludiques. Cependant, la R&D est un pari risqué car très peu de nouveaux produits potentiels parviennent à être commercialisés. Par conséquent, il faut à la fois « sauver » les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT) et trouver des moyens d'accroître l'investissement dans la recherche et le développement.
- Le lien du Partenariat RBM avec les pays s'effectue par l'intermédiaire des réseaux sous-régionaux (SRN) et il est décevant d'entendre que des problèmes d'ordre administratif liés à l'hébergement des points focaux des SRN continuent à affecter le fonctionnement de certains réseaux. Les SRN doivent également rendre davantage de comptes lorsqu'il s'agit de suivre les problèmes des pays et de mobiliser une assistance technique aux pays. Le moment est venu, par conséquent, de réexaminer sérieusement leurs rôles, leurs capacités et leurs mécanismes de responsabilisation.

² Murray, J L *et al.* Public financing in developing countries: a cross-national systematic analysis. *The Lancet* **375**, Numéro 9723, pages 1375 – 1387.

- De nombreux défis stratégiques pourraient être résolus avec davantage de moyens humains dans les pays endémiques, ce qui nécessite de développer des politiques et des modèles de RH spécifiques aux pays, de former des travailleurs sanitaires de tous niveaux, et de trouver plus de fonds pour embaucher des travailleurs sanitaires supplémentaires ou mettre en place des avantages pour les travailleurs sanitaires issus de la communauté, notamment dans les zones rurales.
- Les cadres conceptuels de suivi et d'évaluation au niveau des pays doivent être renforcés afin de démontrer que les investissements dans la lutte antipaludique portent leurs fruits.
- L'utilisation des produits antipaludiques doit être accrue afin de montrer l'impact des investissements. Il convient donc d'insister davantage sur la mobilisation sociale et la communication pour le changement de comportement (CCC), ce qui implique de solliciter davantage les mass médias. L'UNICEF pourrait être un partenaire de premier plan pour aider le Partenariat en matière de CCC et de mobilisation sociale. La société civile et les organisations religieuses pourraient jouer un plus grand rôle dans la distribution des moustiquaires et le contrôle de leur utilisation. Des stratégies efficaces doivent être développées pour diffuser les nouvelles recommandations en matière de diagnostic.
- Les membres des pays endémiques ont exprimé certaines inquiétudes concernant la pérennité de la stratégie relative aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (LLIN), et ont appelé à d'autres examens / recherches pour trouver des méthodes de lutte antivectorielle plus durables.
- Le contrôle est tout aussi important que l'élimination. La recherche pour l'élimination du paludisme ne peut pas se faire sans la coopération et le soutien de la communauté internationale. Le lancement d'un réseau Asie-Pacifique travaillant sur l'élimination a été noté.
- Le lien entre le renforcement des systèmes de santé et le paludisme doit être mieux défini et renforcé.
- Le co-siège (RBM, Stop TB et UNITAID) du Conseil du Fonds Mondial a amélioré la capacité technique du Fonds Mondial et établi un mécanisme facilitant le partenariat entre les trois entités et le Fonds Mondial. Ce mécanisme met en avant l'importance du partenariat pour obtenir des résultats.
- Le renforcement du leadership de l'OMS au cours de l'année passée et de son rôle de chef de file en matière de politique a été salué. Plus que jamais, il est vital de s'assurer que des données à jour soient disponibles au bon moment pour étayer le travail effectué dans le domaine de la lutte antipaludique.

Résumé de la réponse

- La Directrice exécutive a remercié les membres du Conseil pour la manière dont ils ont accueilli son rapport et sa présentation, ainsi que pour leurs nombreuses contributions importantes à la discussion.
- La recherche a été évoquée à plusieurs reprises lors de la discussion et ce sujet pourrait peut-être être l'un des thèmes de la prochaine réunion du Conseil.
- Il est nécessaire d'évaluer de façon plus approfondie les dispositions d'hébergement des réseaux sous-régionaux et de résoudre les autres problèmes en suspens pour veiller à ce que les SRN fonctionnent efficacement.

Décision

Le rapport de la Directrice exécutive doit être classé avec le compte-rendu.

Rapport du Comité exécutif

Résumé de la présentation

Le Comité exécutif s'est réuni à six reprises par conférence téléphonique puis une fois de visu depuis la 17^{ème} réunion du Conseil.

Le processus de priorisation des fonds supplémentaires sans affectation a été examiné par le CE en février 2010. Seules les activités approuvées par le Conseil et inscrites dans le Cadre d'activités supplémentaires seront retenues pour le processus de priorisation. Les priorités parvenues à ce processus seront approuvées par le CE et le CF. Ces discussions ont eu lieu au bon moment puisque les fonds supplémentaires récemment apportés par Abu Dhabi iront au budget de dépenses du Secrétariat et au SAF, ce qui libérera des fonds sans affectation qui pourront être réalloués par le biais du nouveau processus.

Le CE a suivi le travail du CF, du Comité 2010 et des trois groupes d'action. Par le biais du Directeur exécutif, il a suivi la participation du Partenariat RBM aux réunions du Fonds Mondial. Le Comité exécutif a établi l'ordre du jour de la 18^{ème} réunion du Conseil et a veillé à ce que les pré-lectures soient disponibles pour servir de support aux discussions.

Il a été demandé au Conseil de déterminer ou de reconfirmer la composition du CE. Conformément au paragraphe 4.3 du cadre conceptuel opérationnel du Partenariat RBM, il est porté à l'attention du Conseil : que le Président actuel du CE est le Vice-président sortant du Conseil ; que le CE est actuellement composé de dix membres (dont un membre du Conseil issu de chacun des sept groupes d'intérêt plus l'agence d'hébergement) ; que tous les membres susmentionnés du CE jouissent de droits de vote ; que le Président du CE a une voix prépondérante ; que le Directeur exécutif du Partenariat RBM est un membre Ex-Officio et que tout membre du Conseil peut assister à une téléconférence du CE en tant qu'observateur.

Résumé de la discussion

- Les membres du Conseil représentant les ONG ont fait remarquer que la distinction était de plus en plus marquée entre les délégations des ONG du Sud et les délégations des ONG du Nord de part leurs problèmes et leurs positions. Ils ont demandé que cela soit pris en compte dans la composition du CE, et que la composition du CE soit élargie de façon à permettre au groupe des ONG du Nord et au groupe des ONG du Sud d'occuper chacun un siège au sein du Comité exécutif. D'autres membres du Conseil se sont enquis de savoir si les statuts actuels du Partenariat permettaient de diviser ce siège et ont demandé au Président du CE de consulter les statuts avant d'aller plus loin dans cette question.
- Le ministre de la Santé du Ghana n'a pas participé activement au Comité exécutif. Il est prévu qu'il participe à la session ministérielle spéciale qui doit se dérouler le troisième jour de la réunion du Conseil et cette occasion doit être saisie pour l'informer sur son rôle au sein du CE. S'il ne peut pas s'engager au sein du CE, le groupe d'intérêt des pays endémiques devra choisir un autre représentant.

Décisions

1. Le rapport du Comité exécutif doit être classé avec le compte-rendu.
2. Il a été demandé à chaque groupe d'intérêt de redésigner leur représentant au sein du CE.

Rapport du Comité Financier

Résumé de la présentation

Le Président du Comité Financier (CF) a présenté le rapport du CF et a souligné les principaux développements de l'an passé. Le Président du CF a demandé au Secrétariat de présenter ses rapports financiers pour 2009 et le premier trimestre 2010.

Le Secrétariat a fourni au Conseil sept documents qui ont servi de base à son rapport :

- Annexe 1 État financier annuel 2009 (certifié par l'expert comptable de l'OMS) ;
- Annexe 2 Dépenses (par priorité du plan de travail harmonisé) 2009 ;
- Tableau 1Y Vue d'ensemble des dépenses par objectif du plan de travail du Partenariat en cumul annuel au 31 mars 2010 ;
- Tableau 2Y Vue d'ensemble des dépenses par mécanisme en cumul annuel au 31 mars 2010 ;
- Tableau 3Y Vue d'ensemble des recettes par mécanisme en cumul annuel au 31 mars 2010 ;
- Tableau 4Y Rapport sur les fonds disponibles / flux de trésorerie au 31 mars 2010 ;
- Tableau 5Y Vue d'ensemble des ajustements budgétaires au 31 mars 2010.

Tous les dons financiers au Partenariat RBM sont vérifiés par des auditeurs internes et externes de l'OMS. Les activités et les comptes du Partenariat ont été consolidés dans les états financiers 2008-2009 de l'OMS, sur lesquels l'auditeur externe de l'OMS a émis une opinion sans réserve. Étant donné que les audits internes dépendent des priorités et des ressources de l'Office de contrôle interne (IOS) de l'OMS et qu'un audit spécifique au Partenariat RBM n'a pas été inclus dans le plan de travail 2010 de l'IOS, le Directeur exécutif du Partenariat a décidé de demander un audit interne.

Le Secrétariat a résumé les rapports financiers pour 2009 et le premier trimestre 2010. Une synthèse de l'état financier certifié pour 2009 (Annexe 1) a été présentée et l'attention du Conseil a été attirée sur le report de 7 millions de dollars en 2010. Cette somme doit être considérée dans le contexte de plusieurs contributions importantes qui ont été effectuées au cours du dernier trimestre 2009 et qui, comme dans le passé, devraient être reportées pour les dépenses de l'année suivante. Ce report de 7 millions de dollars dans l'état financier

certifié de 2009 est inférieur à ce qui avait été prévu dans les chiffres provisoires du Tableau 4Y (8 millions de dollars), en raison notamment des frais de soutien aux programmes (PSC) plus élevés en 2009 qu'en 2008. Comme l'explique le document de pré-lecture, l'OMS a modifié sa politique pendant la période de référence afin d'enregistrer les PSC lorsque les recettes sont comptabilisées et non plus lorsque les dépenses sont effectuées.

Un résumé des dépenses par priorité du plan de travail 2009 a été présenté. Le taux global des dépenses pour 2009 est de 73 % par rapport au budget, ajusté à 83 % après exclusion de certaines écritures comptables non liées à la performance de 2009 (comme l'explique plus en détail le document de pré-lecture). Un résumé des tableaux 1Y à 5Y a été présenté. La vue d'ensemble des dépenses provisoires par objectif du PTP en cumul au 31 mars 2010 (sur la base des dépenses passant par les comptes RBM / OMS) indique un taux d'exécution au T1 de 12 %. Même si ce taux est plus faible que prévu, la progression mensuelle des taux d'exécution au premier trimestre constitue une tendance positive. La vue d'ensemble des ajustements budgétaires au 31 mars 2010 (Tableau 5Y) montre l'ajustement à la hausse du budget de dépenses et la baisse associée dans le Cadre d'activités supplémentaires, correspondant à l'arrivée de nouveaux fonds.

Le Secrétariat a conclu son rapport en mentionnant les différents donateurs du Partenariat RBM et en les remerciant pour leur généreuse contribution pendant la période de référence. Trois décisions ont été confiées au Conseil par le Secrétariat.

En résumant le rapport du Comité Financier, le Président du CF a félicité le Secrétariat pour son travail qui a permis d'identifier environ 1 million de dollars de fonds non dépensés issus des années précédentes (techniquement appelés des « engagements non liquidés »).

À cause du remaniement du Conseil, le membre du CF représentant les pays endémiques n'a pas été en mesure de participer activement aux réunions, ce qui veut dire que son remplacement est à envisager.

Le Président du CF a présenté un rapport d'avancement des actions menées suite aux décisions financières prises par le Conseil.

Tâche	Réunion lors de laquelle la décision a été prise	Qui	État
Tous les partenaires doivent fournir les informations dont ils disposent sur les contributions allouées aux principaux mécanismes du Partenariat RBM qui ne passent pas par les comptes de l'OMS.	Genève 2009	SRN, WG	Non effectuée
Compte-rendu mensuel au Comité Financier avec : (1) état des recettes et des dépenses, (2) état des flux de trésorerie et (3) bilan.	Genève 2009	Sec.	Effectuée régulièrement
Le Secrétariat utilisera un modèle de « système parallèle » pour le suivi des recettes et des dépenses.	Genève 2009	Sec.	Utilisation du modèle interrompue
Tous les partenaires doivent fournir les informations dont ils disposent sur les contributions allouées aux principaux mécanismes du Partenariat RBM qui ne passent pas par les comptes de l'OMS.	Genève 2009	SRN, GT	Non effectuée
Le Secrétariat inclura dans le rapport du 2 ^{ème} trimestre 2009 une ventilation des effectifs par type de contrat et la proportion des dépenses du personnel sur l'activité générale par domaine de travail.	Genève 2009	Sec.	Effectuée
Le Secrétariat préparera une note sur les procédures	Genève 2009	Sec.	Effectuée

relatives aux résultats d'audit de l'OMS.			
Le système parallèle devra être élargi de façon à inclure les contributions directes apportées aux groupes de travail et aux SRN.	Genève 2009	Sec.	?
Un modèle de budget devra être développé afin de fournir toutes les informations budgétaires utiles aux propositions soumises au Conseil pour décision.	Genève 2009	CF	Non effectuée
Les déclarations financières des recettes et des dépenses devront expliquer les écarts significatifs.	Genève 2009	Sec.	Effectuée
Un modèle sera développé afin de mieux comprendre et présenter les occurrences des recettes et des dépenses.	Genève 2009	Sec.	Effectuée
Le Secrétariat devra préparer une proposition détaillée à l'intention du CF dans l'optique du renforcement des modèles financiers.	Rio 2009	Sec.	Effectuée en grande partie
Le CF, aidé du Secrétariat, consultera les groupes de travail du Partenariat RBM.	Rio 2009	CF, Sec.	En cours
Les co-présidents mettront en œuvre un système informel de collecte et de déclaration des contributions directes et des dépenses réalisées par les groupes de travail en utilisant le modèle de rapport approuvé par le CF.	Rio 2009	GT	Non effectuée
Le Secrétariat préparera une note sur les procédures relatives aux résultats d'audit de l'OMS.	Rio 2009	Sec.	Effectuée
La réaffectation des fonds suite à la contribution d'Abu Dhabi devra être insérée dans le modèle de budget présenté au CF et approuvé lors de la réunion de Rio en 2009.	Conf. du CE en mars 2009	Sec.	Effectuée en grande partie
Réfléchir à la présentation des données sur les types de dépenses, en alignement avec le modèle de budget de Rio, en comparaison avec les données extraites du GSM.	Demandes du CF	Sec.	Non effectuée

En ce qui concerne les tâches non effectuées, il a été noté que : (1) le CF travaille toujours sur un modèle pour la collecte des informations sur les contributions allouées aux mécanismes du Partenariat RBM qui ne passent pas par les comptes de l'OMS. À ce propos, un système permettant de suivre ces contributions sera nécessaire car le système GSM de l'OMS ne le fera pas. (2) Le modèle de budget servant à fournir des informations budgétaires pour les propositions soumises au Conseil pour décision sera bientôt disponible. (3) Le CE devra vérifier si la réaffectation des fonds approuvés par lui impacte sur les objectifs et les activités. (4) Le mode de présentation des données sur les types de dépenses, en alignement avec le modèle de budget de Rio, par rapport aux données extraites du GSM sera examiné lors de la prochaine réunion du CF.

Les étapes suivantes ont été identifiées pour la suite :

- Rapports montrant davantage les écarts (avec des explications chiffrées) ;
- Rationalisation renforcée des modèles de 2010 ;
- Considération des types de dépenses (postes) ;
- Élaboration d'une politique budgétaire exhaustive ;
- Montrer comment les arrivées de fonds planifiés et nouveaux sont appliquées aux budgets, aux activités et aux mécanismes ;
- Mettre la réalisation des objectifs du PTP et les progrès accomplis vis-à-vis des objectifs du PTP en corrélation avec la disponibilité et l'utilisation des fonds ;
- Résoudre les problèmes de comptabilité.

Le Président du CF est d'accord avec le Secrétariat lorsqu'il recommande que le Conseil « prenne note » de l'état financier annuel de 2009. Cela donnerait au CF et au Secrétariat le temps d'exercer leur diligence raisonnable sur les chiffres reçus de l'OMS le 6 mai 2010, mais aussi de résoudre les problèmes liés aux écarts de PSC entre 2008 et 2009, ainsi que la question soulevée par le CF concernant les recettes prévues pour 2010 et la somme restant à mobiliser pour financer intégralement le Cadre d'activités supplémentaires approuvé par le Conseil. Il a également été proposé d'ajouter une décision validant la décision du Directeur exécutif de procéder à un audit interne spécifique au Partenariat RBM en 2010.

Le CF aimerait qu'une politique budgétaire solide et exhaustive soit en place avant le début du prochain processus de budgétisation du PTP, c'est-à-dire avant la prochaine réunion du Conseil.

Enfin, le Président du CF a noté que lors des sessions du premier jour, plusieurs réseaux sous-régionaux et groupes de travail ont suggéré des activités supplémentaires sans nommer de sources de financement et que ces activités ne faisaient pas partie du PTP / SAF. Il a rappelé au Conseil que même s'il subsiste une pénurie de financement, si le Conseil pense que les nouvelles activités sont souhaitables, il doit préciser quelles autres activités doivent alors être annulées.

Résumé de la discussion

- L'OMS a proposé d'animer une discussion entre le Secrétariat du Partenariat RBM et l'OMS afin de résoudre les questions soulevées lors de la présentation. (Par la suite, le Président du CF a également informé le Conseil que le vérificateur de l'OMS avait proposé de rencontrer le CF pour fournir plus d'informations).
- La fréquence élevée des déclarations financières a également été remise en question. Le Président du CF reconnaît les efforts réalisés par le Secrétariat pour fournir des données précises au bon moment. Toutefois, il continue de penser qu'il reste du chemin à parcourir avant d'avoir pleinement confiance dans les données reçues du système de l'OMS. C'est la raison pour laquelle il propose de maintenir la fréquence actuelle des rapports jusqu'à ce que tous les problèmes en suspens soient résolus.

Décisions : états financiers

Le Conseil :

1. Prend note du rapport financier annuel 2009 du Partenariat RBM, certifié par l'expert comptable de l'OMS (Annexe 1).
2. Prend note des états des recettes, des dépenses, des fonds disponibles / flux de trésorerie et des ajustements budgétaires en cumul annuel au 31 mars 2010 (tableaux 1Y à 5Y).
3. Demande au Secrétariat, avec l'assistance du Comité Financier, de soutenir les co-présidents des groupes de travail pour veiller à ce que ces derniers effectuent les déclarations financières qui leur sont demandées pour les contributions directes et les dépenses ne passant pas par le compte RBM / OMS.

Décisions : rapport du Comité Financier

Le Conseil :

1. Demande au Comité Financier de préparer un projet de politique budgétaire exhaustive qui sera examiné par le Comité exécutif et soumis au vote du Conseil par voie électronique. Celui-ci servira à guider la révision budgétaire de 2011 et aux autres développements budgétaires biennaux.
2. Demande au Secrétariat d'accomplir les tâches restantes afin que le Comité Financier puisse présenter les progrès réalisés au Comité exécutif en même temps que son rapport pour le deuxième trimestre 2010, et rendre des comptes à la 19^{ème} réunion du Conseil.
3. Approuve l'actualisation de la Section 4.4 du cadre conceptuel opérationnel du Partenariat RBM pour faire du Comité Financier un comité permanent au Conseil.
4. Demande au CF de mener des discussions avec le Secrétariat du Partenariat RBM et l'OMS pour trouver une façon d'accéder aux données financières et d'améliorer leur exactitude.
5. Valide la décision du Directeur exécutif de procéder à un audit interne spécifique au Partenariat RBM en 2010.

Rapport du Comité 2010

Résumé de la présentation

Le rôle et les membres du Comité 2010 ont été présentés, ainsi que les titres, le calendrier, les auteurs, les objectifs et les contextes événementiels des sept rapports de la série « Progrès et Impact » dont le Comité 2010 a la responsabilité et qui s'inscrit dans la perspective de la réunion au sommet prévue en septembre 2011. Le Comité 2010 s'est réuni par le biais de téléconférences mensuelles. Le programme PATH s'est investi comme chef de file dans la production des rapports. Le Comité accueillerait volontiers un membre des pays endémiques.

À ce jour, deux rapports ont été publiés. Le premier, intitulé « Lutte contre le paludisme : financement et utilisation des ressources » et rédigé par l'UNICEF, l'OMS et MACEPA, avec la contribution du Fonds Mondial, de l'Initiative du Président contre le paludisme (PMI) et de la Banque mondiale, a été lancé à Paris et à Londres le 18 mars 2010. Le second, intitulé « Journée mondiale contre le paludisme 2010 » et rédigé par l'UNICEF et MACEPA, a été lancé à New York le 19 avril 2010. Les partenaires du MAWG ont joué un rôle prépondérant dans les opérations de lancement.

Les prochaines étapes pour le Comité 2010 sont les suivantes :

- Lancement du prochain rapport de la collection Progrès et Impact, « Modélisation des vies sauvées » (à l'aide du modèle LiST), le 21 septembre 2010 à New York. Les plans de lancement sont en cours de discussion.
- Début de la planification du rapport final prévu en 2011, accompagné de la réunion au sommet.
- MACEPA et les autres partenaires envisagent d'ajouter d'autres rapports (par exemple des Tableaux pays), et des discussions devront avoir lieu avec le Conseil pour savoir si le Comité 2010 supervisera les rapports supplémentaires proposés.

Résumé de la discussion

- La délégation des ONG a demandé que les données illustrant la contribution du secteur des ONG à la lutte antipaludique soient mieux reflétées dans les futurs rapports. Les ONG ont été encouragées à transmettre leurs données au Comité 2010 par le biais de Malaria No More.

Décision

Le rapport du Comité 2010 doit être classé avec le compte-rendu.

Rapport du Groupe d'action 2

Résumé de la présentation

Le Groupe d'action 2 a fait suite aux décisions prises lors de la 17^{ème} réunion du Conseil en : préparant un schéma de mise en œuvre du Plan mondial de lutte contre le paludisme (GMAP), en révisant le cahier des charges des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux, et en « traduisant » le cadre de responsabilisation adopté lors de la 17^{ème} réunion du Conseil en actions concrètes.

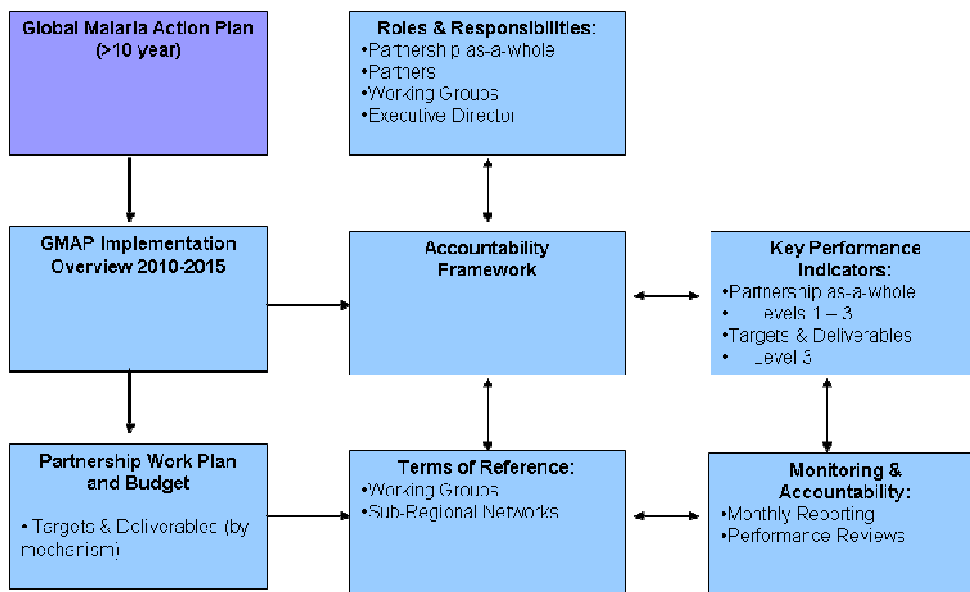
Les recommandations formulées par le Groupe d'action 2 visent à fournir au Partenariat des méthodes pour rationaliser les responsabilités et le suivi des résultats sans trop ajouter à la charge de travail du Partenariat. Il fait avancer le plan d'action du Partenariat et du Conseil pour appliquer les recommandations faisant suite à l'évaluation externe de 2009. Il a été demandé aux membres du Conseil de focaliser leur attention sur les processus proposés plutôt que sur le contenu spécifique de nombreuses diapositives car celui-ci pourra être revu et révisé ultérieurement.

Schéma de mise en œuvre du GMAP

Le GMAP a défini une vision et une stratégie à long terme pour la lutte mondiale contre le paludisme, sans toutefois prioriser ou découper les activités, ou déterminer les responsabilités des partenaires RBM et des autres acteurs pour les différentes activités. L'évaluation externe a mis en lumière la nécessité d'avoir un schéma de mise en œuvre afin de clarifier la contribution des plans de travail et des efforts collectifs du Partenariat aux objectifs de 2015 en termes de ressources, de responsabilités et de priorités.

Les membres du Groupe d'action 2 ont donc étudié la stratégie et les objectifs énoncés dans le GMAP, et élaboré un schéma de mise en œuvre sur cinq ans susceptible de guider le Partenariat dans l'élaboration de

son plan de travail. Par ailleurs, ils ont également réfléchi à la manière dont le schéma de mise en œuvre pouvait s’insérer dans le cadre de responsabilisation du Partenariat. La figure ci-dessous illustre comment chacun de ces éléments a été aligné pour guider le travail du Groupe d’action 2.



Afin de déterminer les composantes du schéma de mise en œuvre, le Groupe d’action 2 a examiné les objectifs de niveau 1 et 2 du GMAP pour 2010, 2015 et au-delà, les stratégies mondiales et régionales, ainsi que les coûts globaux des stratégies de haut niveau. Le groupe d’action a ensuite identifié les objectifs intermédiaires à suivre entre maintenant et 2015, les responsabilités des partenaires, des groupes d’intérêt et des mécanismes du Partenariat RBM dans l’atteinte de ces objectifs, ainsi que les rôles du Partenariat pour aider la communauté antipaludique à atteindre ces objectifs. Ce sont ensuite les activités définies dans le PTP sur deux ans, les responsabilités des différents mécanismes et la priorisation des activités dans le plan de travail et le budget qui ont été passées au crible. Enfin, les membres du Groupe d’action 2 se sont intéressés à la manière dont cette approche pouvait être soutenue par le cadre de responsabilisation et aux solutions possibles pour suivre les progrès de manière transparente.

L’outil se veut souple et a été conçu pour tenir compte des nouveaux problèmes pertinents et des partenaires. Les décisions clés suivies dans le schéma de mise en œuvre sont : les décisions majeures des partenaires commençant ou finissant entre 2010 et 2015 ; les décisions prises par le Conseil du Partenariat RBM entre 2010 et 2015 ; et l’émergence de nouveaux outils / méthodologies à déployer d’ici 2010 à 2015.

Le schéma de mise en œuvre peut être ouvert dans un fichier Excel et se décompose en rôles, domaines et sous-axes de travail. Quelques exemples de la forme que pourrait prendre ce schéma de mise en œuvre pour plusieurs questions dont le financement, la fourniture et la distribution des produits, la recherche et le développement, et les fonctions de soutien ont été présentés. La section sur les programmes de lutte contre la maladie a été utilisée pour montrer la manière dont ce type d’information pourrait influencer les futures discussions stratégiques du Conseil sur les choix que le Partenariat devra effectuer. Une autre question – celle de l’utilisation des monothérapies à base d’artémisinine – a servi à montrer comment chaque sous-axe de travail pouvait être décomposé de façon plus détaillée. En utilisant le schéma de mise en œuvre pour comprendre le rôle joué par chaque groupe d’intérêt du Conseil et les décisions prises par les principaux partenaires, il sera possible de planifier comment le Partenariat peut coordonner les efforts, catalyser les progrès et guider l’élaboration du PTP de la meilleure façon possible.

Le Groupe d’action 2 a présenté un tableau de bord (avec les niveaux de responsabilité, les rôles, les indicateurs, les objectifs pour les années 2010 à 2015 et les progrès) qui pourrait servir à communiquer les informations contenues dans le schéma de mise en œuvre d’une manière permettant de suivre les progrès dans le temps vis-à-vis des objectifs de 2015. Tandis que le contenu du schéma de mise en œuvre peut alimenter le rapport du Directeur exécutif, le tableau de bord devra également être présenté au Conseil lors de

ses réunions pour fournir une vision consolidée des progrès réalisés ainsi qu'un système d'alerte précoce permettant de traiter les problèmes tôt.

Le schéma de mise en œuvre a la capacité de fournir des informations exhaustives et de faciliter les discussions stratégiques à condition d'être mis à jour régulièrement avec des informations sérieuses. Le Groupe d'action 2 a donc proposé un processus (rôles, méthode, responsabilité, délai) pour l'actualisation du schéma de mise en œuvre en recommandant que cette actualisation soit gérée par un groupe du Conseil et effectuée tous les six mois. Quant à savoir qui serait le mieux placé pour assumer cette responsabilité, quelques options ont été proposées dans la suite de la présentation. Le Groupe d'action 2 a également élaboré un processus (niveau de responsabilité, rôle, indicateur, méthode) pour l'actualisation du tableau de bord en recommandant que ce processus soit aussi géré par le comité du Conseil choisi.

Responsabilité

Le Groupe d'action 2 a travaillé sur les prochaines étapes pour rendre le cadre de responsabilisation opérationnel, ainsi que sur les recommandations relatives aux indicateurs clés de performance (ICP). La 17^{ème} réunion du Conseil avait en effet approuvé trois niveaux d'ICP pour le Partenariat :

- Niveau 1 : impact
Objectifs mondiaux de réduction du fardeau du paludisme ;
- Niveau 2 : effets
Degrés d'intervention et de déploiement d'outils nécessaires pour atteindre les objectifs d'impact du niveau 1 ;
- Niveau 3 : résultats
Niveaux mesurables des activités incluses dans les plans de travail pour atteindre les effets du niveau 2.

Le Conseil avait recommandé qu'un bilan annuel sur les ICP du Partenariat soit effectué lors de la réunion semestrielle du Conseil afin d'informer les discussions stratégiques du Conseil en milieu d'année. Une série d'ICP a été proposée au Conseil.

Hypothèses de planification 2011-2012

La réunion semestrielle du Conseil doit établir des hypothèses de planification pour le développement d'un nouveau PTP ou pour un bilan mi-biennal. La 17^{ème} réunion du Conseil avait demandé au Groupe d'action 2 de recommander un processus et un calendrier pour l'établissement des hypothèses de planification. Le Groupe d'action 2 a donc présenté de nouveaux objectifs et cibles concernant le PTP, alignés avec les décisions de la 17^{ème} réunion du Conseil sur la hiérarchie et les objectifs du cadre de responsabilisation, lesquels avaient été révisés dans une optique SMART (spécifiques, mesurables, avec un responsable, réaliste et temporellement définis). Un modèle d'hypothèses de planification financière a été présenté : il s'agit d'un outil simple qui fournit au Conseil et aux mécanismes du Partenariat une vision claire des prévisions relatives aux niveaux de financement pour les deux prochaines années.

Modèles de rapport

La 17^{ème} réunion du Conseil avait approuvé un cadre de responsabilisation avec des rapports mensuels devant être établis par les différents mécanismes du Partenariat (groupes de travail et réseaux sous-régionaux), afin d'attribuer des responsabilités pour les livrables définis dans le PTP. Les bénéfices escomptés de ces rapports réguliers sont : une identification précoce des problèmes rencontrés dans les livrables (évitant ainsi les surprises lors des réunions du Conseil) et la possibilité offerte aux mécanismes, par le biais du Directeur exécutif, de solliciter l'aide des partenaires pour résoudre les problèmes si le mécanisme ne peut y parvenir seul. Cependant, les membres et les présidents des groupes de travail sont des bénévoles qui peuvent difficilement accepter une charge de travail supplémentaire. Le Groupe d'action 2 en a déduit qu'il était peu probable que ceux-ci acceptent (ou soient capables) d'assumer un surplus important de charge de travail pour effectuer des rapports. Le processus relatif aux rapports devait donc être clair, facile et nécessiter peu de travail supplémentaire.

Le modèle de rapport mensuel développé par le Groupe d'action 2 se limite donc essentiellement à la déclaration des « exceptions », c'est-à-dire à l'identification des défis et des domaines dans lesquels la réalisation des objectifs risque d'être compromise. Il peut être complété par le Secrétariat et validé par le(s) président(s) des mécanismes.

Cahier des charges des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux

Reprenant les meilleurs éléments des cahiers des charges existants, un modèle standard a été élaboré pour inclure les éléments suivants : but / raison d'être ; fonctions du groupe de travail : rôles et responsabilités a)

des membres, b) du Président / Co-président, c) du Secrétariat et d) des sous-groupes de travail / groupes d'action ; procédures de travail incluant a) le plan de travail annuel et le financement, b) les réunions, c) la conduite des activités et d) les comptes-rendus des réunions ; rapports et évaluation de la performance ; dissolution du groupe de travail.

De nombreux éléments des cahiers des charges seront les mêmes pour tous les groupes de travail tandis que d'autres seront spécifiques au groupe de travail concerné. Le nouveau modèle de cahier des charges des groupes de travail s'inspire des bonnes pratiques des groupes de travail du Partenariat RBM et de certains éléments de comparaison le cas échéant. Il sera nécessaire d'apporter des modifications à la Section 4.6 du cadre conceptuel opérationnel du Partenariat, portant sur les groupes de travail, si ce nouveau modèle de cahier des charges est adopté. Ces modifications ont été présentées au Conseil.

Il a été noté un manque d'harmonisation avec les nouvelles fonctions du Partenariat RBM dans le cas de deux groupes de travail : le Groupe de travail sur la gestion des cas (CMWG) et le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERC).

Outre le cahier des charges des groupes de travail du Partenariat, le groupe d'action a également mis à jour le cahier des charges des réseaux sous-régionaux (SRN). Le modèle de cahier des charges des SRN reprend le format utilisé pour le cahier des charges des groupes de travail, et tient compte des commentaires du / des Président(s) des SRN et du Groupe de travail sur l'harmonisation (HWG). Il reflète également les décisions prises lors de la 17^{ème} réunion du Conseil sur le cadre de responsabilisation pour les SRN. Une proposition de modification de la Section 4.8 du cadre conceptuel opérationnel sur les SRN a également été présentée. Là aussi, de nombreux éléments du cahier des charges seront les mêmes pour tous les SRN tandis que d'autres seront spécifiques au SRN concerné.

Cadre de responsabilisation du point focal des SRN

La 17^{ème} réunion du Conseil avait établi certaines exigences concernant la responsabilité du point focal des SRN :

- Les objectifs et les ICP des points focaux seront définis par le comité de coordination de chaque SRN, en accord avec le plan de travail du SRN.
- La performance du point focal sera évaluée par le comité de coordination du SRN et les résultats seront transmis à l'organisation hôte qui s'en servira pour procéder à sa propre évaluation de la performance du point focal.
- Afin d'assurer une bonne coordination et communication entre les quatre réseaux sous-régionaux, et notamment le travail des points focaux, le Secrétariat fera partie du comité de coordination de chaque SRN.
- Les objectifs et les ICP du point focal seront validés par le comité de coordination du SRN (par le biais de son président) et le représentant du Secrétariat.
- Tous les objectifs du point focal seront des objectifs SMART.

Mécanisme de responsabilisation du point focal des SRN

Niveau	Rend compte de :	Rend compte à :	Responsabilité assumée par :
Trois	Réalisation des buts et des objectifs énoncés dans les plans de travail du SRN qui sont destinés à atteindre les buts de niveau 2 (effets) et qui ont été confiés au point focal	Comité de coordination du SRN (par le biais du Président) et Secrétariat du Partenariat RBM	Point focal

Les objectifs / livrables du point focal des SRN seront identifiés dans le plan de travail du SRN en question et suivis dans le modèle Performance par objectifs. Ils seront validés par le point focal, le président du SRN et le Secrétariat du Partenariat RBM. Le point focal rendra compte (des exceptions) mensuellement au comité de coordination du SRN. En fin d'année, le président du SRN procédera à une évaluation annuelle de la performance (à l'aide du modèle Performance par objectifs) avec le point focal, et ce processus sera aligné avec celui de l'organisation hôte. Des représentants du Secrétariat et de l'organisation hôte pourront participer à la réunion d'évaluation de la performance.

Évaluations de la performance pour les mécanismes du Partenariat

Le Groupe d'action 2 a proposé que le Conseil profite de sa réunion de fin d'année pour évaluer sa performance et a suggéré une série de questions à examiner. Il a aussi proposé que les comités du Conseil évaluent tous les ans leur performance, en examinant diverses questions similaires à celles du Conseil mais en adaptant l'évaluation à leur mandat spécifique. Il a été demandé aux groupes de travail et aux réseaux sous-régionaux de procéder à des évaluations semestrielles lors des réunions du Conseil (décision de la 17^{ème} réunion du Conseil).

Mécanisme d'actualisation

Le cadre de responsabilisation devra être régulièrement revu, adapté à l'évolution des circonstances et harmonisé avec le GMAP. Le Conseil doit donc définir un mécanisme pour :

- Réexaminer périodiquement ce qui a besoin d'être suivi ;
- Veiller à ce que les ressources du Partenariat continuent à être utilisées efficacement ;
- Identifier et recommander des améliorations pour le cadre de responsabilisation.

Le Groupe d'action 2 a proposé au Conseil trois options de mécanisme d'actualisation :

- Option 1 : Ajouter le suivi de la performance et l'actualisation au mandat existant du CF ;
- Option 2 : Déléguer cette responsabilité au CE ;
- Option 3 : Rétablir un Comité de performance au sein du Conseil.

Enfin, le Président du Groupe d'action 2 a présenté une liste des actions requises de la part du Conseil.

Le Président a remercié tous les membres du Groupe d'action 2 pour l'immense travail qu'ils ont effectué pour mener à bien les tâches confiées au groupe d'action. Il a également remercié les autres partenaires, les représentants de Dalberg, ainsi que les présidents / co-présidents des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux pour leur contribution.

Résumé de la discussion

- Au départ assez libre, le Partenariat RBM a bien changé : il est devenu plus complexe, ses membres sont aujourd'hui beaucoup plus nombreux et ses objectifs sont ambitieux, comme en témoigne le GMAP. Vu le stade de développement atteint par le Partenariat, les membres du Conseil sont largement d'accord sur le fait qu'il est vital de se pourvoir de moyens (schéma de mise en œuvre du GMAP et cadre de responsabilisation) pour responsabiliser les partenaires et les autres.
- L'évaluation externe récente menée par Dalberg a d'ailleurs identifié la nécessité de renforcer la responsabilisation, un point que la 17^{ème} réunion du Conseil avait également jugé important. Avec la mise au point par le Groupe d'action 2 d'un schéma de mise en œuvre du GMAP et d'un cadre de responsabilisation – pouvant être révisés et améliorés avec le temps – de nombreux membres du Conseil ont jugé que ceux-ci devaient être acceptés afin que le Partenariat puisse aller de l'avant.
- Le Groupe d'action 2 a répété que le processus de responsabilisation proposé n'était pas figé et que cette première ébauche comportait probablement des erreurs. D'où la nécessité du Comité d'actualisation proposé. Par son intermédiaire, les commentaires des partenaires permettront d'améliorer progressivement l'efficacité du processus. Les modifications du processus proposées par le Comité d'actualisation d'après les commentaires des partenaires pourront être présentées au Conseil.
- Le principal domaine où les opinions des membres du Conseil divergent est la fréquence proposée des rapports demandés aux réseaux sous-régionaux et aux groupes de travail. Certains craignent que de tels niveaux de rapports compliquent les processus des groupes qui reposent sur l'engagement volontaire des partenaires. Des rapports trimestriels, et non mensuels, ne suffiraient-ils pas ?
- Pour d'autres, au contraire, la première journée de la réunion du Conseil a montré qu'il était nécessaire d'évaluer de façon critique et régulière la performance des groupes de travail et des réseaux sous-régionaux, et que des rapports mensuels permettraient au Conseil de voir lesquels des mécanismes sont sur la bonne voie et lesquels rencontrent des difficultés.
- Il a été noté que le CE se réunissait tous les mois et que des rapports mensuels de la part de chacun des mécanismes se combineraient bien avec ces réunions. On obtiendrait ainsi un processus régulier via lequel les problèmes pourraient être portés à la connaissance des membres du CE.
- Il a également été reconnu que la motivation des mécanismes dépendrait de la disposition du Conseil à répondre à ces rapports.
- L'action requise de la part du Conseil à propos du MERG a suscité quelques débats. L'OMS a reconsidéré les discussions qui avaient eu lieu avant la réunion du Conseil entre elle-même et le Président du MERG pour savoir s'il fallait retirer le rôle normatif joué par le MERG de son cahier des charges. L'expertise des

membres du MERG a été reconnue et l'OMS devra de toute façon faire appel à ces mêmes experts si un groupe de travail sur le suivi et l'évaluation était reconstitué. Par conséquent, l'option consistant à maintenir le cahier des charges du MERG et à intégrer l'OMS comme Co-président a semblé être une solution efficace. L'OMS a approuvé cette proposition, et le MERG et le Conseil ont été encouragés à la soutenir.

- Il a été suggéré qu'il serait important que le Comité d'actualisation cherche une façon d'élargir le processus à l'échelle des pays, une idée que le Groupe d'action 2 a approuvée.
- Il a été demandé qu'un délai d'un mois pour l'établissement des hypothèses de planification pour le PTP 2011-2012 soit ajouté au Point 3.
- Du temps et des ressources seront nécessaires pour actualiser le schéma de mise en œuvre et suivre le processus de responsabilisation. Par conséquent, il a été jugé peu probable que le CE puisse remplir les fonctions du Comité d'actualisation.
- Quelqu'un a suggéré de combiner le CF et le Comité de performance proposé afin de maintenir un lien étroit entre la surveillance de la mise en œuvre et la surveillance du budget, et éviter la création d'un autre comité au Conseil. Cela n'est possible que si la composition du CF est élargie, afin que le comité conjoint puisse inclure des membres ayant de solides compétences en matière de gestion basée sur la performance.
- La France a insisté sur le point qu'élargir le mandat du CF avec la Performance, ne conduise pas à un micro management. Le Secrétariat est responsable afin de faciliter la mise en œuvre des plans de travail du Partenariat
- Après quelques discussions, il a été décidé qu'il était préférable que le Conseil approuve tous les points dont il doit prendre note sur la liste des actions requises de sa part et passe en revue individuellement les autres points.
- En utilisant cette méthode, les membres du Conseil ont approuvé tous les points de la liste, à l'exception du point n°5 concernant l'approbation des modèles et du processus de rapport mensuel recommandés par le groupe d'action.
- Les membres du Conseil ont demandé qu'un petit groupe composé du Président du Groupe d'action 2, de l'Envoyé spécial et de la Fondation des Nations unies se réunissent lors de la pause pour résoudre les problèmes en suspens autour de ce point et reviennent au Conseil avec une proposition à soumettre à adoption.
- À son retour, le petit groupe a noté qu'une décision prise lors de la 16^{ème} réunion du Conseil avait obligé les groupes de travail à fournir des rapports financiers mensuels et qu'il avait été difficile d'obtenir ces rapports. Par conséquent, l'alourdissement des évaluations mensuelles de la performance risquait de s'avérer trop onéreux pour les groupes de travail. Le petit groupe a noté que les réseaux sous-régionaux étaient en première ligne du travail du Partenariat et qu'il était donc crucial qu'ils rendent des comptes régulièrement. Au vu de toutes ces considérations et compte tenu du fait que les SRN ont un point focal salarié pour compiler les rapports, il a été décidé de proposer aux groupes de travail et aux réseaux sous-régionaux une approche légèrement différente pour les rapports. Un point 5 étendu a été proposé pour être approuvé par le Conseil.
- L'option 1 (« Ajouter le suivi de la performance et l'actualisation au mandat existant du CF ») a été adoptée comme mécanisme pour l'actualisation. Le Président du CF a assuré aux membres du Conseil qu'une pluralité adéquate de compétences serait mise en place pour remplir le mandat élargi du CF. Il a proposé qu'un Co-président de comité spécialisé dans la gestion basée sur la performance et les ICP soit recruté. Sa vision est celle d'un seul comité avec deux axes de travail.
- Il a été proposé de renommer le CF élargi « Comité de finance et de performance ».
- À titre de remarque générale au Conseil, il a été suggéré de clarifier la formulation des décisions du Conseil afin que les membres du Conseil n'aient aucun doute sur ce pour quoi ils votent.

Décisions

Le Conseil :

1. Prend note du rapport du groupe d'action sur les démarches effectuées pour la mise en œuvre des recommandations présentées à la 17^{ème} réunion du Conseil.
2. Prend note du rapport du groupe d'action concernant l'élaboration d'un plan de mise en œuvre du GMAP sur 2010 à 2015.
3. Prend note des recommandations relatives à l'établissement des hypothèses de planification pour le PTP 2011-2012 avec un délai d'un mois.

4. Approuve les ICP du Partenariat recommandés par le groupe d'action dans ce rapport.
5. Approuve les modèles de rapport pour la performance et les déclarations financières.
6. Prend note du processus de déclaration financière mensuelle pour les SRN et les groupes de travail, tel que recommandé par le Comité Financier et approuvé par le Conseil en mai 2009.
7. Approuve les rapports de performance trimestriels pour les groupes de travail, avec une révision dans six mois de ce processus par le Comité Financier élargi. Le Comité rendra compte au Conseil lors de sa 19^{ème} réunion.
8. Approuve les rapports de performance mensuels pour les SRN, avec une révision dans six mois de ce processus par le Comité Financier élargi. Le Comité rendra compte au Conseil lors de sa 19^{ème} réunion.
9. Approuve le projet de cahier des charges pour les mécanismes du Partenariat, tel que recommandé par le groupe d'action dans ce rapport.
10. Prend note du rapport du groupe d'action sur les progrès réalisés en vue d'aligner le fonctionnement des SRN et des points focaux avec les décisions prises lors de la 17^{ème} réunion du Conseil.
11. Approuve la structure et le processus de responsabilisation pour les points focaux des SRN, tels que recommandés par le groupe d'action dans ce rapport.
12. Adopte l'option 1 (« Ajouter le suivi de la performance et l'actualisation au mandat existant du CF ») comme mécanisme pour maintenir le cadre de responsabilisation, les ICP, le cahier des charges des mécanismes, etc.
13. Approuve la révision du cahier des charges actuel du MERG pour tenir compte du fait que l'OMS occupera l'un des deux postes de co-président.
14. Demande au Secrétariat de mettre à jour le cadre conceptuel opérationnel par rapport aux groupes de travail et aux réseaux sous-régionaux.
15. Décide que le Comité Financier s'appellera désormais « Comité de finance et de performance (CFP) ».
16. Met fin au mandat du Groupe d'action 2.

Rapport du Groupe d'action 1

Résumé de la présentation

Suite aux discussions ayant eu lieu lors de la première journée de la 18^{ème} réunion du Conseil, le Président du Groupe d'action 1 a présenté une liste révisée des actions requises de la part du Conseil.

Trois options concernant l'avenir du Groupe de travail sur les ressources (RWG) ont été proposées au Conseil pour étude :

- Maintenir le RWG, le rebaptiser « Groupe de travail sur la finance et l'économie (FEWG) » et modifier le cahier des charges de la façon proposée par le groupe lui-même ;
- Avoir deux groupes de travail distincts : un en accord avec la proposition du FEWG et l'autre en accord avec la proposition du Groupe d'action 1 mais avec une réduction du travail académique ;
- Avoir un seul groupe de travail appelé Groupe de travail sur la gestion des ressources (RMWG) avec deux axes de travail, dont l'un serait consacré à l'Analyse économique (EAW) et qui inclurait une période intérimaire pendant laquelle le EAW travaillerait sur ses projets en cours jusqu'à sa complète intégration dans le nouveau RMWG avant la 19^{ème} réunion du Conseil.

Il a été noté qu'une fois que le Conseil aura délibéré sur les actions requises de sa part, des travaux supplémentaires seront nécessaires (par exemple pour choisir les membres du/des groupe(s) de travail et faire en sorte que les institutions adéquates soient représentées au sein de ce(s) groupe(s)). Le Président du Groupe d'action 1 a proposé qu'un petit comité constitué du Directeur exécutif, du Président du Conseil et du Président du CF soit établi pour travailler sur la constitution du / des groupe(s) de travail.

Résumé de la discussion

- La troisième option recommandée pour le futur statut du RWG a reçu le soutien général.
- En réponse à la question « Pourquoi le cahier des charges proposé pour le RMWG ne mentionne-t-il pas un objectif pour les ressources à mobiliser ? », le Président du Groupe d'action 1 a rassuré les membres du Conseil sur le fait que le RMWG aurait des objectifs et des ICP définis dans le PTP et établissant clairement les résultats attendus de lui.
- Il a été demandé que le cahier des charges stipule la manière dont le RMWG sera présidé.

Décisions

Le Conseil :

1. Demande que les implications budgétaires éventuelles liées à la mise en œuvre de la stratégie soient communiquées dans le cadre du document stratégique et que les partenaires apportent un soutien financier direct à l'élaboration de la stratégie.
2. Recommande un seul groupe de travail appelé Groupe de travail sur la mobilisation des ressources (RMWG) avec plusieurs axes de travail, dont un consacré à l'Analyse économique (EAW), et approuve une période intérimaire pendant laquelle le EAW travaillerait sur ses projets en cours jusqu'à sa complète intégration dans le nouveau RMWG avant la 19^{ème} réunion du Conseil.
3. Approuve le cahier des charges proposé pour le RMWG (Annexe 2 du document de pré-lecture du Groupe d'action 1).
4. Demande au Directeur exécutif, au Président du Conseil et au Président du CF de proposer des membres.
5. Met fin au mandat du Groupe d'action 1.

Rapport du Groupe d'action 3

Résumé de la présentation

Suite aux discussions ayant eu lieu lors de la première journée de la 18^{ème} réunion du Conseil, le Président du Groupe d'action 3 a présenté une liste des actions requises de la part du Conseil.

Résumé de la discussion

- Certains se sont dits préoccupés par le fait que le cahier des charges proposé pour le consultant en gestion des connaissances prévoit l'implication de celui-ci dans des activités de planification stratégique. Ce rôle est jugé inapproprié. Il a été décidé de modifier ce point dans le cahier des charges. Le but du consultant en gestion des connaissances est d'apporter un soutien au Secrétariat et au Partenariat en matière de gestion des connaissances.
- Concernant le besoin de reconstituer le comité, il a été noté que le cahier des charges initial du Groupe d'action 3, élaboré lors de la retraite du Conseil à Annecy, demandait une expertise différente de celle requise pour effectuer le travail du Groupe d'action 3 actuel, axé sur la gestion des connaissances. En outre, le président actuel n'est plus en mesure d'assurer la présidence du Groupe d'action 3.
- Le fait que le déploiement de cette stratégie de gestion des connaissances n'aurait aucune implication budgétaire suscite quelques inquiétudes. Le financement pour le travail effectué par le consultant en gestion des connaissances pour développer la stratégie a été approuvé lors de la 17^{ème} réunion du Conseil, mais des fonds supplémentaires seront nécessaires pour la mise en œuvre des activités basées sur la stratégie de gestion des connaissances. Il a été précisé qu'à l'avenir, les dépenses proposées liées à la mise en œuvre de la stratégie en matière de gestion des connaissances devront être présentées au Conseil.
- Étant donné que le Président actuel du Groupe d'action 3 souhaite se retirer, un appel a été lancé pour qu'un membre du Conseil ayant une expertise en gestion des connaissances accepte de présider le Groupe d'action 3. Le Vice-président du Conseil a offert de travailler avec l'OMS pour identifier une personne pour ce rôle.

Décisions

Le Conseil :

1. Adopte le rapport du Groupe d'action 3.
2. Vu le changement de mandat du Groupe d'action 3, accepte de reconstituer le groupe avec de nouveaux membres et un nouveau président, avec le maintien des membres existants au sein du groupe reconstitué.
3. Confie au Groupe d'action 3 le soin d'exercer un contrôle sur le cahier des charges du consultant en gestion des connaissances, le choix du consultant et l'élaboration d'une stratégie pertinente en matière de gestion des connaissances pour le Partenariat RBM.
4. Confie à l'OMS et au Vice-président du Conseil le soin de former un groupe de recherche pour trouver un nouveau président pour le Groupe d'action 3 (voir suite page 29).
5. Au regard du chevauchement potentiel entre les questions de responsabilité et la stratégie en matière de gestion des connaissances, recommande que la nouvelle composition du groupe inclut des représentants du Groupe d'action 2.
6. Note que le rapport du Groupe d'action 3 n'implique aucun budget supplémentaire.

Point sur le PTP 2010-2011

Résumé de la présentation

Le Vice-président du Conseil a d'abord passé brièvement en revue les principes directeurs et les 8 objectifs du PTP 2010-2011. Le budget biennal total s'élève maintenant à 55 millions de dollars. Le budget des dépenses (incluant les fonds du Partenariat RBM passant par les comptes de l'OMS et les fonds connus des groupes de travail) s'élève à environ 34 millions de dollars et celui du SAF à 21 millions de dollars. Le Vice-président a noté que jamais dans l'histoire du Partenariat, il n'y avait eu autant d'activités planifiées financées. Un résumé des dépenses budgétaires par objectif a été présenté pour le premier trimestre 2010. Il a été demandé au Conseil de recommander que les efforts de mobilisation des ressources soient axés sur les plans de travail non financés.

Dans la continuité de la politique développée par le CE sur l'utilisation des fonds supplémentaires sans affectation qui deviennent disponibles, trois types de modification ont été envisagés.

- Modification de type 1 : élargissement des activités des mécanismes du Partenariat RBM pour ainsi accroître soit le budget des dépenses, si un financement a été identifié, soit le SAF, si un financement n'a pas encore été identifié.
- Modification de type 2 : reformulation des activités existantes ou des affectations par objectifs dans le budget des dépenses approuvé ou le SAF, pour tenir compte des priorités émergentes.
- Modification de type 3 : réallocations dues à un changement dans les fonds engagés par un donateur. Ce type de modification budgétaire, où les activités passent du SAF au budget des dépenses, serait gouverné par la stratégie de priorisation du CE dans le cas où de nouveaux fonds sans affectation deviennent disponibles.

Le processus suivant, mis au point par le CF pour gérer les modifications budgétaires, a été proposé au Conseil :

- a) Les mécanismes soumettent des propositions de modifications budgétaires au Secrétariat, avec le contexte, le motif, les résultats attendus et les modifications budgétaires par objectif du PTP. Les propositions doivent préciser si un financement a été identifié ou non. Si le Secrétariat est le mécanisme à l'origine de la proposition, il préparera les éléments ci-dessus pour sa part du budget du PTP.
- b) Le Secrétariat compile les modifications budgétaires proposées et les inclut dans les modèles budgétaires approuvés par le CF.
- c) Le Secrétariat présente au CF le budget consolidé (budget des dépenses révisé et SAF) avec une vue d'ensemble révisée des objectifs pour le PTP.
- d) Le CF vérifie la clarté et le caractère exhaustif du budget consolidé présenté par le Secrétariat et transmet ses recommandations au CE.
- e) Le CE examine les modifications proposées et recommande des actions spécifiques concernant le budget de la part du Conseil.
- f) Le Conseil soumet le budget au vote lors de sa prochaine réunion ou par voie électronique si la question est urgente.

Toutes les modifications budgétaires doivent passer par le CF. Il est proposé que toute modification budgétaire supérieure à 100 000 dollars suive les étapes a) à e) du processus. Les modifications budgétaires inférieures à 100 000 dollars ne nécessiteront pas le vote du Conseil mais devront quand même être soumises au CF et au CE (étapes a) à d) ci-dessus).

Résumé de la discussion

- Il a été noté qu'une politique financière exhaustive devait être développée dans les six prochains mois et que la politique ci-dessus relative aux modifications budgétaires serait examinée pendant ce processus.
- Une précision a été apportée sur le fait que les modifications budgétaires devaient être reliées à un objectif du PTP, plutôt qu'à un livrable, étant donné que le budget global du PTP est basé sur des objectifs.
- Si ce processus est adopté par le Conseil, alors les demandes budgétaires présentées par certains SRN et groupes de travail le premier jour devront être remaniées pour être mises en conformité avec le point a) du processus, avant d'être resoumises. Les modifications de type 1 de ce genre seront ensuite ajoutées au budget des dépenses, si le financement a été identifié, ou au SAF, si le financement n'a pas encore été identifié.

- Avec ce processus, les modifications budgétaires approuvées par le Conseil et présentées par les SRN ou les groupes de travail seront ajoutées au SAF et ne recevront pas automatiquement un financement. Par conséquent, les membres du Conseil se sont demandés ce qui arriverait à un SRN ou à un groupe de travail qui aurait besoin des fonds supplémentaires pour avancer. Sans fonds disponibles, que devra faire le Conseil ? Demander la dissolution du groupe de travail ? Demander au groupe de travail de revoir les objectifs / livrables à la baisse ? La conclusion à laquelle ils sont parvenus est que grâce à la politique et au processus proposés pour les modifications budgétaires, ces activités pourront être décrites en détail et ajoutées au SAF, ce qui leur permettra de pouvoir prétendre à des fonds si ceux-ci deviennent disponibles.

Décisions

Le Conseil :

1. Recommande que les efforts de mobilisation des ressources soient axés sur les plans de travail non financés.
2. Adopte la politique / le processus concernant les modifications du Plan de travail du Partenariat à mi-parcours³.

Informations

Le secteur privé a remercié son membre sortant du Conseil, René Cazetien, de Sanofi-Aventis, ainsi que ses suppléants, à savoir Neil Mehta, de Premier Medical Corporation, et le Dr Gerhard Hesse, de Bayer, pour le travail remarquable qu'ils ont effectué au sein du Conseil. Mikkel Vestergaard, de Vestergaard-Frandsen, a été élu pour un second mandat au sein du Conseil et suite à la 18^{ème} réunion du Conseil, Rebecca Stevens, de Novartis, sera la nouvelle représentante du secteur privé au sein du Conseil. Hans Berg, de Shell International B.V., et John Pender, de GSK, seront ses nouveaux suppléants.

L'OMS a annoncé que Margaret Chan, Directrice générale de l'OMS, venait d'envoyer un courrier au gouvernement marocain certifiant que le Maroc faisait désormais partie des pays ayant éradiqué le paludisme.

Jenny Amery, membre du Conseil représentant le DFID et l'OCDE, s'est excusée de devoir quitter la 18^{ème} réunion tôt mais elle doit assister à des réunions prévues à Londres avec les ministres du nouveau gouvernement de coalition.

Rappel de l'ordre du jour

Troisième journée du Conseil : Session ministérielle et réunion d'affaires

Session ministérielle spéciale

Le Président a souhaité la bienvenue à toutes les personnes présentes à cette session ministérielle spéciale de la 18^{ème} réunion du Conseil du Partenariat RBM, et en particulier aux ministres de la santé venus du continent africain. Le paludisme reste l'un des plus gros problèmes auxquels l'Afrique doit faire face et tous les efforts mutuels pour combattre cette maladie sont très importants. Cette séance sera une plate-forme d'échange d'expériences, de résultats et de défis dans la lutte contre le paludisme. Le Président espère que cela permettra aux ministres de repartir avec de nouvelles idées et la volonté de renforcer leur action.

Il a passé en revue les objectifs et les points forts du Partenariat RBM. Le Partenariat est une entité réunissant plus de 500 organisations représentant tous les groupes d'intérêt impliqués dans la lutte antipaludique, et dont le rôle est de réunir, coordonner et faciliter les efforts de lutte de tous ses partenaires. Sa force réside dans sa capacité à former des partenariats efficaces au niveau des pays, des régions et du monde, afin d'éviter une redondance et une fragmentation des efforts, et veiller à un usage optimal des ressources disponibles. Le Partenariat joue un rôle clé en matière de plaidoyer, en aidant à maintenir le paludisme parmi les grandes priorités mondiales. Le Partenariat est constitué d'un Secrétariat dirigé par le Directeur exécutif et hébergé par l'OMS.

³ Voir points a - f page 20

En ce qui concerne la question du plaidoyer, le Président a évoqué en particulier l'importance de la reconstitution des ressources du Fonds Mondial, lequel fournit presque deux tiers des fonds internationaux pour le paludisme. Il a donc demandé aux ministres de saisir chaque opportunité qui leur était offerte de souligner l'importance des subventions du Fonds Mondial dans la lutte contre le paludisme, et à encourager leur chef d'État à en faire de même.

La session ministérielle spéciale évoquera tout d'abord les obstacles restant à surmonter dans la lutte contre le paludisme, notamment le renforcement des systèmes de santé, puis enchaînera sur les solutions pour endiguer la propagation de la résistance à l'artémisinine. Le Président du Conseil a présenté les deux co-présidents de la session, tout d'abord Awa Marie Coll-Seck, Directrice exécutive du Partenariat RBM, qui animera la première partie de la session, et Joy Phumaphi, Directrice exécutive intérimaire de l'ALMA, qui modérera la deuxième partie de la session.

Obstacles à surmonter

Cette session est un prolongement de la session ministérielle spéciale s'inscrivant dans le cadre de la 16^{ème} réunion du Conseil de mai 2009, où il avait été demandé aux ministres de se pencher sur les obstacles restant à franchir pour réaliser les objectifs de couverture universelle de 2010. De nombreux problèmes avaient alors été évoqués, outre le fait que de nombreux pays ne parviendraient pas à une couverture universelle en 2010 sans aide financière supplémentaire. Depuis cette rencontre, les pays ont travaillé sur des feuilles de route identifiant les tâches à accomplir pour parvenir à une couverture universelle et ces feuilles de route ont été un grand succès.

Si les pays peuvent démontrer le succès de leurs actions au fur et à mesure du déploiement de leurs feuilles de route, cela peut aider à mobiliser des ressources et à faire connaître aux autres pays ce qui fonctionne. Par conséquent, l'accent de cette session sera mis sur la manière dont les pays ont réussi à surmonter certains des obstacles identifiés l'an dernier, par le biais d'une discussion basée sur de véritables exemples de réussite. Les ministres de la Santé de Zambie et de Tanzanie ouvriront la session avec des présentations portant respectivement sur le renforcement des systèmes de santé grâce à la lutte antipaludique, et l'utilisation des nouvelles technologies pour prévenir les ruptures de stocks en ACT.

Quand le financement en faveur de la lutte antipaludique renforce les systèmes de santé : l'exemple de la Zambie

Le ministre de la Santé a brièvement présenté les progrès réalisés par la Zambie dans la lutte antipaludique. Grâce aux réussites récentes, le paludisme est descendu à la quatrième place dans le classement des maladies les plus mortelles en Zambie alors qu'il était autrefois à la première place. Une approche intégrée de lutte antipaludique, avec une couverture élevée des traitements préventifs intermittents chez les femmes enceintes, une gestion améliorée des cas (ACT et tests de diagnostic rapide (TDR)), et une extension du déploiement des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (LLIN) et des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent (IRS), a été mise en œuvre dans les 72 districts que compte la Zambie. La Zambie est maintenant en bonne voie pour atteindre les objectifs de couverture de 80 % et espère que la prochaine enquête sanitaire démographique montrera que ces objectifs ont été dépassés.

La Zambie a bénéficié d'un solide soutien de la part d'un large éventail de partenaires de développement avec qui elle a entretenu d'excellentes relations. Les subventions du Fonds Mondial ont constitué le plus gros du financement dans cet exemple de réussite. Toutefois, le gouvernement zambien a également apporté une contribution financière et s'est efforcé d'améliorer l'accès équitable à des interventions de lutte antipaludique économiques en : supprimant les taxes et les droits de douane sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide ainsi que sur tous les insecticides utilisés dans la prévention et la lutte antipaludiques ; veillant à ce que les ACT soient administrées gratuitement comme traitement de première intention dans tout le pays ; supprimant les tickets modérateurs dans tous les centres de santé publique situés dans les (56 / 72) districts ruraux ; et en veillant à la gratuité des moustiquaires et des interventions de pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent. Le fort engagement politique pour la lutte antipaludique en Zambie a joué un rôle primordial dans cette réussite.

En ce qui concerne les systèmes de santé, la Zambie a rencontré des difficultés qui sont courantes sur le continent africain, à savoir : un manque de ressources humaines qualifiées et motivées ; l'intégration comme mode de fourniture des services ; des défaillances dans la gestion des achats et la chaîne d'approvisionnement ; des transports / infrastructures inappropriés ; ainsi que des stratégies de communication mal développées pour accroître l'accessibilité et l'acceptation des interventions.

Une approche sectorielle a été mise en œuvre et l'accent a été mis sur la création d'une vision et de stratégies communes (Plan national de développement 2006-2010, Plan stratégique national 2006-2010 en matière de santé et Plan stratégique national 2006-2010 en matière de lutte contre le paludisme) et l'application des « Trois principes ».

Une approche systématique a été déployée pour renforcer les capacités des travailleurs sanitaires, avec un soin particulier apporté à l'amélioration de la gestion des cas et du S&E. Un travail a également été effectué pour inciter les travailleurs sanitaires à rester. Par exemple, des avantages en nature (fourniture de panneaux solaires à destination des centres de soins et des lieux de résidence du personnel, fourniture de véhicules, motos et vélos pour aider les travailleurs sanitaires à mettre en œuvre leurs programmes, et fourniture de matériel radio pour faciliter les communications) ont aidé le ministère de la Santé à fidéliser le personnel dans les centres de soins isolés.

Le Programme de gestion à domicile du paludisme a formé 600 travailleurs sanitaires communautaires pour leur apprendre à diagnostiquer et à traiter le paludisme au sein de la communauté. Ces mêmes travailleurs sanitaires interviennent également dans des programmes de lutte contre d'autres maladies. Le développement de cette plate-forme transversale de prestation de services a : amélioré l'accès de la communauté aux services de santé ; décongestionné les centres de soins pour permettre aux travailleurs sanitaires de traiter les cas sévères ; et accru l'implication de la communauté dans la santé.

Des efforts ont été faits pour fournir différents types de transport à tous les niveaux du système de santé pour : améliorer le transport des médicaments destinés à traiter le paludisme et d'autres maladies ; introduire des programmes de proximité pour toutes les maladies ; et améliorer la mise en œuvre / surveillance des programmes de lutte contre les maladies.

Des panneaux solaires ont été achetés et installés dans 564 centres de soins situés dans des zones isolées et du matériel radio a été installé dans 66 centres de soins, pour le bien des patients comme des travailleurs sanitaires.

En conclusion, alors que le programme zambien de lutte antipaludique évolue vers un contrôle durable avant le stade final de l'élimination, un leadership solide, un fort engagement et participation de la communauté, une mise en œuvre et une évaluation aux moments opportuns, ainsi que des investissements adéquats et réguliers sont critiques. Ces investissements adéquats et réguliers dans le programme antipaludique continueront à contribuer au renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble.

Améliorer la lutte antipaludique grâce aux nouvelles technologies : SMS pour la vie en Tanzanie

Le but du projet SMS pour la vie est d'utiliser les nouvelles technologies – dans ce cas le téléphone mobile – pour : mieux connaître les stocks de médicaments au niveau des centres de soins ; prévenir les ruptures de stocks de médicaments antipaludiques vitaux ; faire en sorte que les patients aient accès aux médicaments dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin ; et démontrer l'efficacité d'un modèle de partenariat public-privé.

La Tanzanie est le deuxième pays africain, derrière le Nigeria, en termes de nombre de personnes possédant un téléphone mobile (une personne sur trois). Pour tirer parti de cette situation, la décision a été prise de mettre sur pied un système de suivi des stocks faisant appel aux travailleurs sanitaires et à leur téléphone mobile.

Le projet SMS pour la vie a été développé et testé dans trois types de district très différents. Il est utilisé pour suivre les stocks d'ACT (quatre formulations) dans tous les centres de soins de ces districts. Tous les jeudis à 14h00, un employé de ces centres reçoit un texto l'invitant à aller compter les stocks de son centre. Le travailleur sanitaire procède au comptage et transmet les chiffres. S'il répond dans un délai de 24 heures, il reçoit un avantage sous forme de recharge pour son téléphone. Un système de couleurs a été mis en place pour simplifier au maximum le comptage / rapport et un algorithme sous forme d'image est utilisé pour soutenir la formation initiale dispensée à tous les travailleurs sanitaires participants.

Sur les 11 semaines qu'a duré le test, il y a eu en moyenne 95 % de réponses dans un délai de 24 heures et des vérifications indépendantes ont montré que les chiffres transmis étaient exacts à 94 %. Les résultats montrent également qu'au début du test, seuls 29 des 129 centres avaient les quatre médicaments en stock (soit 77 % de rupture de stock). À la fin du test, 96 centres sur 129 avaient les quatre médicaments en stock (soit 26 % de rupture de stock), un chiffre trois fois supérieur à celui du début, ce qui représente une amélioration de 300 %. Au début du projet, 26 % des centres n'avaient aucune ACT, quel que soit le dosage, en stock. À la fin du

projet, 99 % des centres avaient au moins une forme d'ACT en stock. Les résultats auraient pu être encore meilleurs s'il n'y avait pas eu des problèmes de livraison, maintenant résolus. L'amélioration des données concernant les stocks permet également de remédier aux insuffisances de stocks dans un centre en puisant dans les excédents de stocks d'un centre voisin.

Les frais de mise en œuvre et les frais dans la première année s'élèvent à environ 5 000 dollars par district, ce qui représente 650 000 dollars pour les 131 districts que compte la Tanzanie. On estime que les frais d'exploitation les années suivantes devraient se maintenir à environ 5 000 dollars par district et par an.

Les recommandations de l'équipe du projet pilote sont les suivantes : étendre le projet SMS pour la vie à tous les districts de Tanzanie ; encourager la solution SMS pour la vie pour le suivi d'autres médicaments prioritaires ; chercher comment la solution SMS pour la vie pourrait être appliquée à la surveillance de la maladie ; mettre en œuvre le projet SMS pour la vie dans d'autres pays africains et non africains ayant besoin d'éliminer les ruptures de stocks au niveau des centres de soins.

Résumé de la discussion

- Les participants à la session ont noté avec intérêt que le contrôle des larves ne figurait pas dans les outils utilisés par la Zambie pour lutter de façon intégrée contre le paludisme. Le ministre zambien de la Santé a répondu que le pays ne s'était pas encore penché sur le contrôle des larves, pour des raisons de protection environnementale, mais que le gouvernement avait maintenant débloqué 2,5 millions de dollars pour un programme de contrôle des larves ciblant les sites de reproduction des moustiques. L'OMS a confirmé que contrairement à l'utilisation des moustiquaires et des mesures de pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, il n'y avait pas beaucoup de données disponibles sur le contrôle des larves, et qu'une solution globale comme celle utilisée pour déployer les moustiquaires n'était pas possible dans le cadre des décisions concernant le contrôle des larves. Le contrôle des larves est un outil précieux dans certains milieux mais dans d'autres, il est parfaitement inutile. Tout dépend du terrain géographique. Plusieurs ministres, soutenus par l'OMS, considèrent que le contrôle des larves est un outil précieux, en particulier lorsque le but recherché est l'élimination du paludisme. L'OMS a noté que le contrôle des larves n'était pas une intervention cruciale dans les pays où la lutte antipaludique commence tout juste mais qu'elle l'était dans les pays où la lutte devient plus localisée. L'utilisation de produits biologiques et de moyens naturels (poissons) pour le contrôle des larves a été évoquée. Une bonne surveillance des interventions dans le domaine du contrôle des larves est essentielle.
- La Zambie a été félicitée pour la réussite de son programme de distribution massive de moustiquaires mais les participants ont souhaité savoir ce que le ministère de la Santé comptait faire pour veiller à ce que ces moustiquaires soient correctement utilisées et entretenues. La Zambie a répondu que la grande majorité des moustiquaires distribuées en 2005 et avant n'étaient pas des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action. Par conséquent, le ministère de la Santé doit maintenant identifier les régions où celles-ci ont été distribuées afin de les remplacer par des LLIN.
- La couverture des traitements préventifs intermittents chez les femmes enceintes a été notée comme élevée. Le ministre zambien de la Santé a admis que le pays avait réussi à améliorer l'accès des femmes enceintes aux traitements préventifs intermittents et à d'autres services prénataux, mais qu'il était plus difficile de convaincre les femmes de revenir au centre de soins pour leur délivrance. Les problèmes posés par les traitements préventifs intermittents chez les femmes enceintes dans des pays comme le Burundi, où la résistance à la SP est forte, ont été évoqués.
- En réponse aux problèmes soulevés pendant la discussion, l'OMS a assuré aux ministres qu'il y avait maintenant de nombreux tests de diagnostic rapide de qualité. Les partenaires ont collaboré pour procéder à des tests de produits. Les résultats de la deuxième série d'évaluations ont été publiés en avril 2010 et peuvent être utilisés par les ministères de la Santé pour guider les achats de tests.
- L'UNICEF a insisté sur la nécessité de renforcer les interventions de communication pour le changement de comportement ciblant des ensembles intégrés de comportements clés. Des partenariats innovants avec les médias et la société civile, ainsi que l'usage des nouvelles technologies (comme l'envoi de messages par SMS) doivent être développés.
- Les ministres ont été impressionnés par les résultats du projet SMS pour la vie en Tanzanie et ont exprimé leur souhait d'obtenir davantage d'informations sur le projet.
- Force est de constater que la Zambie et la Tanzanie se sont bien débrouillées avec les partenaires alors que la Namibie et d'autres pays aux revenus bas à moyens n'ont pas eu une aussi bonne expérience. La Zambie a noté que le gouvernement avait pris en main les relations avec les partenaires, et que l'approche

- sectorielle, l'engagement envers les Trois principes et la transparence (tous les partenaires sont invités à participer à toutes les réunions) avaient été utiles dans l'amélioration des relations avec les donateurs.
- Les participants ont observé qu'il fallait davantage travailler avec l'industrie pharmaceutique privée, notamment pour faire disparaître les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale.
 - Les participants sont largement d'accord pour dire qu'un pays ne peut pas lutter seul contre le paludisme. Cette lutte nécessite des efforts coordonnés entre les pays et les réseaux sous-régionaux du Partenariat RBM sont un bon exemple de ces efforts.
 - Plusieurs ministres ont annoncé l'élaboration de nouveaux plans stratégiques et opérationnels pour la période post-2010 à l'échelle nationale, et confirmé l'engagement politique de leur pays dans les plus hautes sphères vis-à-vis de la lutte antipaludique.

Endiguer la propagation de la résistance aux médicaments

La présidente de la session et représentante de l'ALMA a ouvert la session en faisant remarquer que 26 chefs d'État africains étaient aujourd'hui engagés dans l'Alliance et que plusieurs autres étaient intéressés pour y participer. Elle a encouragé les ministres à la contacter s'ils souhaitaient que certaines questions soient débattues lors des prochaines réunions de l'ALMA. Avant d'entamer la session sur l'endiguement de la propagation de la résistance aux médicaments, les ministres seront peut-être intéressés de savoir que l'ALMA traitera ce sujet lors de sa réunion en juillet 2010, et qu'elle travaille actuellement avec les partenaires de développement afin de mettre en place un forum d'échange pour trouver des moyens d'encourager la production locale de moustiquaires et d'ACT de qualité satisfaisant les normes de pré-qualification de l'OMS. Ce forum devrait avoir lieu dans le courant du 3^{ème} ou du 4^{ème} trimestre 2010. Par ailleurs, une résolution du Conseil du Partenariat RBM sur la fabrication locale d'ACT, telle que le propose le Kenya, représentant le groupe d'intérêt des pays endémiques, sera examinée plus tard dans la journée. Ces efforts contribueraient de manière significative à garantir un approvisionnement durable en médicaments antipaludiques et en insecticides de qualité pour les pays africains, ainsi qu'à éliminer les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale et les ACT non homologués.

Retrait des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale pour prolonger la durée de vie thérapeutique utile des dérivés de l'artémisinine (Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS)

La présentation a démontré comment l'usage des monothérapies était la « meilleure » façon de développer une résistance parmi les parasites du paludisme. Des essais cliniques surveillant les niveaux de parasites 3, 5 et 7 jours après le début du traitement chez des patients ayant pris des médicaments à base d'artémisinine en mono- ou en multithérapie montrent clairement le problème posé par les monothérapies. Au bout de 3 jours, les patients traités par monothérapie commencent à se sentir mieux mais leur charge parasitaire reste importante. Pour de nombreux patients, cela est le signal qu'il faut arrêter le traitement. En revanche, après 3 jours, la charge parasitaire chez les patients traités par multithérapie est négligeable.

Des exemples de développement d'une résistance à d'autres monothérapies comme la chloroquine ou la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) ont démontré que certains médicaments pouvaient durer un moment avant qu'une résistance soit observée, alors que pour d'autres médicaments, la résistance se développait très rapidement, c'est-à-dire en moins d'un an dans le cas de la SP. Le premier cas de résistance à l'artémisinine a été identifié en 2009, c'est-à-dire une vingtaine d'années après l'introduction des médicaments basés sur des dérivés de l'artémisinine. La résistance a été identifiée dans l'ouest du Cambodge, près de la frontière avec la Thaïlande, et des stratégies visant à éviter une propagation ont été mises en œuvre. L'an dernier, des problèmes potentiels ont été signalés dans d'autres sites de la région mais ceux-ci n'ont pas encore été confirmés. Le problème est réel mais il n'est pas trop tard pour agir. L'exemple de la propagation massive de la résistance à la chloroquine alors qu'un signal d'alarme avait été tiré à un stade précoce mais ignoré doit inciter à traiter dès aujourd'hui la résistance aux ACT.

Le mécanisme de la résistance à l'artémisinine n'est pas encore clair malgré les nombreuses recherches effectuées. Il n'y a pas encore de marqueur génétique identifié dans le parasite, si bien qu'il n'est actuellement pas possible de soumettre les populations à un dépistage des parasites résistants. Par conséquent, la seule façon de surveiller la résistance à l'artémisinine est d'étudier *in vivo* l'efficacité des médicaments, ce qui prend du temps. Outre les efforts mondiaux, des réseaux régionaux et sous-régionaux pour la surveillance de l'efficacité des médicaments sont en train d'être mis en place.

Une diapositive illustrant le portefeuille de développement mondial de médicaments antipaludiques (avec l'aimable autorisation de MMV) a montré que tous les nouveaux médicaments potentiels en dernière phase de

développement ou en phase de test sur le terrain, et par conséquent ayant de fortes chances de voir le jour sur le marché, étaient à base d'artémisinine. Tous les médicaments possibles non basés sur de l'artémisinine sont moins développés et les chances pour qu'ils soient un jour commercialisés sont considérablement plus faibles. Par conséquent, nous ne pouvons pas simplement attendre que de nouvelles classes de médicaments fassent leur apparition. Il est essentiel de chercher des moyens de prolonger la durée de vie des médicaments que nous utilisons actuellement.

Les stratégies suivantes ont été proposées pour endiguer la résistance aux médicaments antipaludiques : accroître les efforts de lutte antivectorielle pour réduire la transmission ; promouvoir l'accès à des ACT efficaces avec confirmation du paludisme en laboratoire (microscopie et tests de diagnostic rapide) ; retirer les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale et les médicaments non homologués du marché ; éliminer la pression médicamenteuse à l'encontre des médicaments résistants ; surveiller l'efficacité thérapeutique des médicaments antipaludiques – pour remplacer les ACT inefficaces dans les politiques nationales de traitement du paludisme ; et assurer un arsenal robuste de nouvelles combinaisons thérapeutiques antipaludiques. Les différents groupes d'intérêt ont différents rôles à jouer et il est important que chacun identifie la contribution qu'il peut apporter.

L'OMS a appelé à interrompre l'utilisation des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale en janvier 2006, dans une déclaration demandant aux compagnies pharmaceutiques de « cesser immédiatement toute commercialisation de comprimés monothérapeutiques à base d'artémisinine et de commercialiser à la place des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine uniquement ». Les nombreuses mesures, parmi lesquelles la présentation d'une résolution à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2007 (résolution 60.18), prises par l'OMS pour faire appliquer la recommandation de 2006 ont été citées.

À la date d'avril 2010, 36 des 73 fabricants connus de monothérapies à base d'artémisinine par voie orale contactés par l'OMS se sont retirés du marché de la monothérapie et 6 autres ont exprimé leur intention de le faire.

Les principales difficultés rencontrées dans l'application de la résolution sont les suivantes : plusieurs sociétés n'ont pas répondu à l'appel de l'OMS ; la plupart des sociétés n'ayant pas répondu commercialisent des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale ; réglementation insuffisante des marchés pharmaceutiques dans les pays endémiques ; accès limité aux ACT en raison de la lenteur du déploiement des ACT dans le secteur public et pénétration limitée des ACT dans le secteur privé ; fabrication de produits non homologués exploitant un marché de niche laissé libre par les sociétés respectant les recommandations de l'OMS ; et besoin de sources multiples d'information pour la surveillance, rendant celle-ci compliquée et longue.

En tout, 29 pays dont 16 pays d'Afrique (Algérie, Angola, Botswana, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée équatoriale, Gambie, Malawi, Namibie, Sao Tomé-et-Principe, Somalie, Swaziland, Togo, Zambie et Zimbabwe) continuent à délivrer des autorisations de commercialisation pour les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale. Ce nombre doit être ramené à zéro si nous voulons prolonger la durée de vie des ACT par voie orale pour le traitement du paludisme.

Plusieurs exemples de réussites nationales ont été présentés, montrant comment les différents pays ont essayé de résoudre le problème et de mettre en place un calendrier.

À la date d'avril 2010, l'OMS a identifié 36 compagnies commercialisant des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale. Ces compagnies sont établies dans les pays suivants : RDC, Dubaï, Ghana, Grèce, Inde (plus de la moitié), Pays-Bas, Nigeria, Pakistan, Suisse et Vietnam. L'exemple d'une compagnie établie en Suisse a été cité. L'OMS a consulté Swissmedic qui a expliqué que la société en question détenait une autorisation de Swissmedic pour « faire le commerce de produits médicaux dans les pays étrangers ». Étant donné que ces produits ne sont pas fabriqués en Suisse et ne transitent pas par le territoire suisse, la société n'a pas besoin d'une autorisation de commercialisation de la part de Swissmedic. Cet exemple montre que le véritable pouvoir est dans les mains des gouvernements des pays endémiques. Si les pays retirent les autorisations de commercialisation pour les monothérapies, une compagnie comme celle-ci ne pourra plus les fabriquer et les commercialiser.

Les prochaines actions prévues par l'OMS pour tenter de rendre illégales les monothérapies ont été brièvement présentées. Pour conclure : la résistance à l'artémisinine est une véritable menace pour la lutte antipaludique ; sa propagation pourrait inverser les progrès considérables réalisés dans le domaine de la lutte contre le paludisme mais aussi l'amélioration de la survie infantile ; le problème reste local, il n'est pas trop

tard pour agir ; une surveillance régulière de la résistance aux médicaments antipaludiques doit être intégrée dans tous les programmes nationaux de lutte antipaludique ; les monothérapies à base d'artémisinine par voie orale restent les principaux facteurs de propagation de la résistance à l'artémisinine ; le retrait de ces médicaments du marché est la priorité absolue aujourd'hui.

Résumé de la discussion

- Les pays ont besoin de soutien pour surveiller l'efficacité des médicaments et des insecticides ainsi que la résistance à ceux-ci.
- Le soutien du Fonds Mondial a permis aux pays de diminuer le coût des tests de diagnostic rapide et des ACT mais celles-ci ne sont pas fournies gratuitement dans de nombreux pays, ce qui encourage les gens à choisir des options moins onéreuses.
- Dans certains cas, les patients optent délibérément pour des monothérapies car ils essaient d'éviter de prendre de l'amodiaquine.
- L'éducation des travailleurs sanitaires communautaires et des communautés aux dangers des monothérapies et à la nécessité de diagnostiquer le paludisme avant tout traitement est essentielle.
- L'une des principales difficultés sera d'étendre la couverture des tests de diagnostic rapide, en accord avec les directives récentes de l'OMS, pour optimiser l'utilisation des ACT. Les travailleurs sanitaires doivent être correctement formés à la gestion des cas.
- Une stratégie de traitement en observation directe (DOT) selon le modèle utilisé pour la tuberculose pourrait être utile pour améliorer l'observance du traitement.
- Certains pays rencontrent des problèmes d'approvisionnement en raison des infrastructures médiocres et du terrain difficile, mais des innovations telles que le projet SMS pour la vie pourraient permettre d'éviter les ruptures de stocks si elles étaient soutenues et étendues.
- Les partenaires ont convenu du fait qu'une interdiction des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale pouvait être extrêmement difficile à faire appliquer, surtout dans les pays où les secteurs privés sont actifs et importants et où les médicaments antipaludiques sont en vente libre.
- Les pays doivent s'attaquer à tous les aspects du problème et appliquer jusqu'au bout l'interdiction des monothérapies. À titre d'exemple, un ministre a été surpris de voir que son pays figurait dans la liste des pays continuant à autoriser la commercialisation des monothérapies alors que celles-ci avaient été interdites par le pays lui-même.
- La production locale doit être encouragée pour rendre les pays moins dépendants des importations de médicaments. Si des opportunités étaient offertes aux fabricants de se lancer dans la fabrication d'ACT, peut-être que cela les inciterait à arrêter de fabriquer des monothérapies. Les pays endémiques devraient tous être capables de fabriquer des médicaments de première intention de qualité et un soutien doit être apporté aux pays qui s'efforcent de développer la production locale. Les ministres comptent vivement sur l'aide de l'ALMA pour encourager la production locale, non seulement d'ACT mais également de DDT et de moustiquaires.
- La communauté internationale doit mettre la pression sur les fabricants pour cesser la production des monothérapies ; certains pays ont l'impression d'être « envahis » par les monothérapies.
- Le secteur privé a déclaré qu'il était favorable à l'interdiction de la fabrication des monothérapies. La présentation de l'OMS a fait état d'une lutte mondiale contre la résistance aux médicaments, et des partenariats seront nécessaires pour financer la lutte contre la résistance et soutenir l'OMS. Dans un an, il sera important de faire un état des lieux des stocks et de vérifier si tous les pays ont bien interdit les monothérapies.
- Des efforts collectifs et coordonnés sont nécessaires pour préserver les progrès réalisés dans la lutte contre le paludisme, faute de quoi c'est le paludisme qui nous fera reculer et non l'inverse.
- Les partenaires sont largement favorables à la formulation d'un engagement ministériel pour l'élimination des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale, et ont convenu de laisser les gouvernements des pays endémiques résoudre ce problème par le biais des ministères de la santé.
- L'OMS a remercié les ministres pour leur contribution à cette discussion très instructive. L'équipe de l'OMS a pris des notes et ne manquera pas de relancer les équipes ministérielles concernant les points évoqués/propositions de qualité formulées.

Formulation de l'engagement ministériel

Le Président du Conseil du Partenariat RBM a demandé que la première ébauche de l'engagement ministériel sur l'interdiction des monothérapies à base d'artémisinine soit présentée aux ministres pour que ceux-ci puissent l'examiner. Les questions et commentaires suivants ont été formulés :

- Le document doit-il parler de « développement d'une résistance » ou cette expression doit-elle être remplacée par « développement potentiel d'une résistance » ? L'OMS a suggéré de ne pas modifier le document car la résistance observée en Asie du Sud-Est est réelle ;
- Le document doit inclure une phrase disant que les ministres ont pris note de la volonté du secteur privé de cesser la fabrication des monothérapies ;
- Il est également important d'appeler les partenaires à soutenir l'élargissement de l'accès aux ACT au fur et à mesure que les monothérapies disparaîtront ;
- Il convient également de demander aux partenaires de développement d'aider les pays à mettre en place des actions de communication auprès des communautés à propos des choix de traitement et de l'observance des traitements ;
- Il convient de noter que les pays doivent re-former les travailleurs sanitaires actuels à la gestion des cas et recruter d'autres travailleurs sanitaires ;
- Étant donné que de nombreux ministres ont noté l'importance de renforcer les partenariats à tous les niveaux pour combattre le paludisme, une phrase relative à la nécessité d'une telle coopération doit figurer dans le document ;
- Une modification sur la surveillance de la résistance aux insecticides dans les MILDA et les pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent a été demandée ;
- Les ministres francophones ont demandé que le document soit traduit en français le plus rapidement possible.

Le Président a noté avec plaisir l'acclamation de l'engagement et sa signature par les ministres. Il considère ce document comme un grand pas en avant (voir Annexe 1 pour le texte complet). Il a demandé aux ministres de ramener cet engagement dans leurs pays pour le faire appliquer. Il a remercié les ministres pour leur participation à cette session spéciale de la 18^{ème} réunion du Conseil du Partenariat RBM et pour leur disposition à répondre à chaque demande de soutien du Partenariat.

Réponses stratégiques du Partenariat RBM aux principaux défis

Résumé de la présentation

Lors des sessions de la 18^{ème} réunion du Conseil, plusieurs défis importants pour le Partenariat ont été identifiés par les membres du Conseil, les représentants des SRN et des groupes de travail, ainsi que les ministres africains de la santé. Le but de cette session est de considérer sous un angle stratégique comment ces défis pourraient être abordés par les partenaires RBM dans le cadre de la mission de réunion, de coordination et de facilitation du Partenariat RBM.

Les problèmes portés à l'attention du Conseil ont été classés dans cinq grandes catégories : financement, gestion de la résistance, systèmes de santé et paludisme, surveillance et utilisation des produits antipaludiques.

Résumé de la discussion

- Il faut encore travailler pour que les Trois principes deviennent une réalité dans tous les pays, et ainsi éviter la duplication des efforts et exploiter au mieux les fonds disponibles.
- Le concept de responsabilité sociale de l'entreprise peut ouvrir de nouvelles portes pour récolter des fonds auprès du secteur privé.
- Les partenaires concernés doivent s'engager plus directement dans les discussions concernant les programmes / budgets nationaux de santé pour veiller à ce que le paludisme ne soit pas oublié dans les budgets.
- Les membres du Conseil doivent réfléchir à ce qui pourrait être mis en place au niveau des pays pour assurer une complémentarité des fonds et faire en sorte que des financements nationaux durables soient disponibles lorsque les taux de transmission diminueront.
- La France a proposé que le Partenariat RBM facilite la création d'une alliance sanitaire mondiale entre les trois maladies afin de créer une synergie entre les donateurs multi et bilatéraux.
- Le réseau de mobilisation des ressources doit être élargi à d'autres pays donateurs potentiels comme la Chine et l'Inde, et se tourner vers le G20 pour obtenir un soutien.

- Les pays endémiques ont demandé un dialogue plus régulier avec le Fonds Mondial pour que les défaillances puissent être signalées tôt au lieu de voir les propositions rejetées et non financées.
- Le groupe d'intérêt des pays endémiques a proposé que les ministres de la santé travaillent ensemble pour trouver des moyens d'amener leurs chefs d'État à respecter les engagements pris à Abuja, c'est-à-dire consacrer 15 % du budget à la santé. Une approche régionale commune peut être la solution. Les autres groupes d'intérêt aimeraient savoir comment ils peuvent aider les ministères de la Santé à mener des actions de plaidoyer.
- Les plates-formes du FMI et de la Banque mondiale doivent être utilisées pour prôner un accroissement des financements nationaux.
- Les ministres de la santé rencontrent des difficultés lorsqu'ils ne font pas partie du comité budgétaire. Des efforts doivent être faits pour améliorer la communication entre les ministères de la santé et des finances et encourager la collaboration.
- Le Partenariat RBM doit faire valoir le « caractère économique » des investissements dans la lutte contre le paludisme en évoquant, par exemple, l'impact de la diminution de la morbidité due au paludisme sur les systèmes de santé débordés. Cela avait déjà été demandé lors de la 17^{ème} réunion du Conseil dans le rapport du Groupe d'action 1.
- La recherche opérationnelle permet d'identifier les interventions qui ont le plus d'impact et elle est donc importante car elle sert de pièce à la défense du paludisme auprès des donateurs.
- Il est urgent de trouver de nouveaux outils pour lutter contre le paludisme mais le développement de nouveaux outils est un pari risqué qui s'inscrit dans le long terme. Le Partenariat RBM doit chercher des moyens d'apporter davantage de fonds à la recherche et au développement.
- Les pays à revenus faibles à moyens ont besoin du soutien des partenaires de développement.
- La capacité des pays à prendre des décisions locales basées sur des systèmes de surveillance de routine locaux doit être renforcée.
- Le Partenariat doit fortement soutenir les actions de plaidoyer dans le sud.
- Le groupe de travail sur la mobilisation des ressources a un travail énorme et vital devant lui. Il a été proposé qu'une personne se consacre à temps plein à la mobilisation des ressources au sein du Secrétariat.
- Afin d'être plus proactifs en termes de gestion des ressources, des stratégies de communication doivent être développées et/ou consolidées.
- L'étude de Murray sur le financement par les pays/donateurs doit être examinée de plus près car certains chercheurs ne sont pas totalement au fait des résultats. Mais si les résultats sont valides, comment peut-on traiter le problème ?
- Les interventions du Partenariat RBM lors de la prochaine réunion de l'Union africaine doivent être axées sur l'objectif budgétaire de 15 % en faveur de la santé. De plus, il convient de faire pression sur les chefs d'État faisant partie de l'ALMA pour garantir une aide budgétaire en soutien à cette initiative spéciale.
- Le Conseil doit envisager de soutenir en priorité les vastes pays comme le Nigeria et la République démocratique du Congo (RDC) car sans réussite dans ces pays, les efforts pour lutter contre le paludisme à l'échelle mondiale ne pourront être efficaces et durables.
- Les membres du Conseil ont reconnu l'utilité de la session et des idées proposées mais se sont demandés comment celles-ci allaient être suivies. Comme bon nombre des idées proposées concernaient la mobilisation des ressources, il a été proposé de charger le RMWG de prendre note de ces idées et de les faire progresser. Cette proposition a été acceptée par le Conseil.

Résolutions du Conseil

Production d'ACT dans les pays endémiques

Proposée par les pays endémiques (Kenya)

L'accroissement des fonds mis à la disposition des pays endémiques pour élargir la couverture des traitements va engendrer une hausse significative de la demande concernant les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). De nombreuses compagnies pharmaceutiques, notamment en Afrique sub-saharienne, ont déployé d'importants efforts pour se conformer aux bonnes pratiques de fabrication et faire en sorte que leurs produits soient pré-qualifiés par l'OMS. A ce jour, aucune des ACT produites en Afrique sub-saharienne n'a obtenu cette pré-qualification : elles ne satisfont donc pas aux exigences d'assurance-qualité du Fonds Mondial.

Le Conseil applaudit et encourage les efforts déployés par les fabricants des pays endémiques pour satisfaire les normes de pré-qualification de l'OMS car cela va dans le sens d'une plus grande quantité d'ACT de qualité disponibles. Le Partenariat RBM souhaite donc plaider pour des approches / activités permettant d'augmenter le nombre de fabricants d'ACT satisfaisant les normes de pré-qualification de l'OMS, y compris en Afrique subsaharienne, sans transiger sur la qualité.

Par conséquent, le Conseil du Partenariat RBM :

1. Encourage l'ALMA à continuer à jouer un rôle de chef de file au niveau national et régional pour, en collaboration avec les partenaires, chercher des moyens de faire fabriquer localement les produits antipaludiques vitaux ;
2. Plaide pour que la capacité technique des autorités nationales chargées de la réglementation des médicaments dans les pays endémiques continue d'être renforcée, afin que celles-ci puissent mieux garantir la qualité des médicaments, notamment des ACT, circulant dans leur pays ;
3. Plaide pour que l'aide apportée aux fabricants basés dans les pays endémiques pour satisfaire les normes du Programme mondial de lutte contre le paludisme et les exigences de pré-qualification de l'OMS se poursuive ;
4. Encourage l'OMS à diffuser largement et de manière proactive toutes les informations utiles concernant les normes mondiales requises et le processus de pré-qualification ;
5. Encourage les partenaires techniques concernés à identifier les obstacles qui empêchent les fabricants d'ACT des pays endémiques à obtenir la pré-qualification. Dans le même esprit, le Conseil du Partenariat RBM appelle :
 - a) Les partenaires concernés à aider les fabricants d'ACT à accéder aux informations techniques et aux directives relatives à la modernisation des installations et des processus de fabrication pour obtenir la pré-qualification de l'OMS.
 - b) Les fabricants d'ACT des pays endémiques à essayer de former des joint-ventures ou d'autres arrangements avec des partenaires capables de leur apporter un investissement, un transfert de technologie – y compris une assistance technique – et un accès aux marchés.
 - c) L'OMS, l'UNICEF et / ou les organismes donateurs à continuer à informer les fabricants qui ont soumis un dossier pour une pré-qualification de l'OMS, ou qui sont sur le point d'obtenir cette pré-qualification, de toutes les réunions utiles consacrées à l'assurance-qualité, pour leur permettre de mieux comprendre l'environnement dans lequel se déroulent les appels d'offres et ainsi y accéder plus rapidement.
6. Appelle le groupe d'intérêt des donateurs à soutenir davantage le renforcement et l'élargissement de la capacité du programme de pré-qualification de l'OMS à traiter les dossiers de pré-qualification et à apporter une assistance technique ;
7. Exhorte les gouvernements à fournir l'environnement propice requis pour faciliter la fabrication d'ACT de qualité et/ou à édicter des lois veillant à ce que seuls des médicaments de qualité soient fabriqués et / ou distribués dans le pays ;
8. Demande au Secrétariat, avec l'aide des partenaires techniques concernés, d'adresser tous les ans au Conseil un bilan du nombre de fabricants ayant été pré-qualifiés par l'OMS.

Résumé de la discussion

- Les membres du Conseil ont exprimé un large soutien en faveur des mesures destinées à accroître la fabrication d'ACT de qualité dans les pays endémiques et pensent que cette résolution pourrait devenir une plate-forme de plaidoyer.
- D'autres membres du Conseil représentant les pays endémiques ont proposé que le plaidoyer ne se limite pas à la fabrication d'ACT mais englobe également la production locale d'insecticides, comme le DDT, dans les pays possédant le savoir-faire nécessaire.
- Ce point doit être relancé lors de la prochaine réunion de l'ALMA dans le cadre des discussions sur la résistance.
- Il a été accepté qu'une modification soit apportée à la résolution, disant que les producteurs locaux doivent comprendre les exigences d'achat et la nature concurrentielle des appels d'offres concernant les ACT afin d'être pleinement informés.
- Il a été noté que le travail nécessaire pour aider les pays et les fabricants locaux, par exemple par l'intermédiaire du Groupe de travail sur la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement

(PSMWG), aurait des implications budgétaires, et il a été demandé aux partenaires de réfléchir à la manière dont ils pourraient soutenir cette initiative avec leur budget.

- La représentante du Kenya a remercié tous les membres pour leur soutien dans la préparation et l'adoption de cette résolution, et en particulier les membres du Conseil représentant les pays endémiques. Elle pense que cette résolution facilitera le travail avec les fabricants locaux car parallèlement au message d'interdiction des monothérapies, difficile à accepter, on pourra leur dire : « vous pouvez essayer d'obtenir une pré-qualification pour les ACT ».

Décision

Le Conseil adopte la résolution relative à la fabrication d'ACT dans les pays endémiques, telle que soumise par le Kenya et avec les modifications acceptées lors des délibérations du Conseil.

Renforcement des systèmes de santé

Proposée par la Banque mondiale

Le Conseil reconnaît qu'il est important de créer des synergies entre les efforts de renforcement des systèmes de santé (RSS) et les programmes de lutte contre la maladie. Le Conseil prend note du travail en matière de RSS : « Quels systèmes de santé pour lutter contre la maladie », commandité au nom du Partenariat RBM en accord avec la résolution prise lors de la réunion du Conseil à Rio en décembre 2009 et présenté à la réunion d'aujourd'hui, et reconnaît le travail déjà accompli dans ce domaine par les divers partenaires RBM et pays, comme la plate-forme de financement aux systèmes de santé (GAVI, Fonds Mondial, Banque mondiale et OMS), l'Initiative du Président (Bush) contre le paludisme et les autres.

Le Conseil demande :

1. Aux partenaires RBM et au Secrétariat de lancer des consultations de haut niveau avec les programmes de lutte contre les autres maladies, en particulier Halte à la tuberculose et UNAIDS, pour étudier la possibilité de développer une approche commune de « RSS pour lutter contre les maladies », afin de soutenir les efforts menés par les pays pour se rapprocher des OMD 4, 5 et 6 en matière de santé ;
2. A la Banque mondiale et aux autres partenaires d'examiner ce qui pourrait être fait pour renforcer l'application sur le terrain des recommandations contenues dans le document « Quels systèmes de santé pour lutter contre les maladies » dans plusieurs pays, par exemple par le biais de la 10^{ème} série d'octroi de subventions du FM, de documenter les bonnes pratiques et de présenter leur rapport au Conseil du Partenariat RBM en mai 2011 ;
3. Au Partenariat RBM d'explorer des options pour permettre au Partenariat de jouer un rôle actif dans le dialogue mondial qui se tient actuellement sur les systèmes de santé, comme le Partenariat international pour la santé (IHP) et autre.

Résumé de la discussion

- Suite à la récente réunion du Conseil du Fonds Mondial qui a traité la question de l'encouragement des approches innovantes en matière de RSS et de programmation intégrée, la 10^{ème} série d'octroi de subventions du Fonds Mondial pourrait être l'occasion d'appliquer sur le terrain les recommandations formulées dans le document « Quels systèmes de santé ? », comme le propose la résolution.
- Les membres du Conseil ont demandé que la littérature et le document sur les cadres de systèmes de santé mentionnés dans le document « Quels systèmes pour lutter contre les maladies ? » soient communiqués.
- La formulation de la résolution tendrait à sous-estimer les effets de la lutte antipaludique sur les systèmes de santé. Il serait utile de réfléchir à la contribution apportée par la lutte antipaludique dans le renforcement des systèmes de santé et à la manière dont cette contribution pourrait être accrue. Une phrase pourrait être ajoutée au préambule de la résolution pour attirer l'attention sur les effets de la lutte antipaludique sur le renforcement des systèmes de santé et l'OMD n°4. Un texte apologétique sur le thème : « Qu'a fait le paludisme pour le renforcement des systèmes de santé ? Que peut faire le renforcement des systèmes de santé pour le paludisme ? » pourrait être rédigé. L'action de plaider sur cette question en général doit être renforcée.

- Les membres ont accueilli la proposition de documenter ce qui se passe dans les pays. Cela pourrait peut-être être effectué par le biais des réseaux sous-régionaux et du HWG sans surcharger le Partenariat.
- Les membres du Conseil sont d'accord pour que la communauté antipaludique soit représentée dans les forums plus larges consacrés au renforcement des systèmes de santé, notamment l'IHP.
- Les consultations au sommet requises dans la résolution ont déjà commencé au niveau du Directeur exécutif et le Fonds Mondial a déjà accepté de mettre en place une plate-forme joignant les programmes de lutte contre les maladies et le renforcement des systèmes de santé. Cependant, les partenaires des autres niveaux peuvent eux aussi travailler davantage en liaison avec d'autres partenariats.
- Les membres du Conseil ont proposé que le Partenariat RBM travaille avec d'autres groupes que simplement UNAIDS et Halte à la tuberculose, par exemple. Les groupes s'occupant des problèmes de diarrhée et de pneumonie devraient également être inclus car l'intégration de la lutte antipaludique dans ces domaines pourrait réellement faire une différence, notamment avec l'introduction des tests de diagnostic rapide. Il existe en outre des groupes spécialisés dans le renforcement des systèmes de santé, comme l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, qui méritent d'être contactés.
- Le Fonds Mondial souhaiterait étendre cette conversation multi-acteurs sous forme d'atelier, dans lequel le document « Quels systèmes » servirait de base aux discussions.
- Il est important de ne surtout pas manquer une occasion de promouvoir l'intégration. Cette résolution ressemble quelque peu à une approche de RSS spécifique à la maladie. Un ajout au préambule sur la programmation intégrée pourrait être utile. Le texte suivant a été proposé comme texte provisoire : « Cette résolution reconnaît qu'il est important d'intégrer des approches relatives aux systèmes de santé pour améliorer la santé des femmes et des enfants, et atteindre les OMD 4, 5 et 6 ».
- Le Partenariat doit clairement définir qui sera responsable de mettre en œuvre les différentes initiatives énoncées dans la résolution et ne peut pas se contenter de tout déléguer au HWG.
- Les propositions pour la 10^{ème} série d'octroi de subventions du Fonds Mondial étant déjà en cours d'élaboration, le secteur privé propose qu'un petit groupe de membres du Conseil, dirigé par le Secrétariat, se réunisse avant la réunion du CE dans une semaine, pour revoir la formulation de la résolution et prendre en compte les commentaires et les suggestions des membres du Conseil. La nouvelle formulation pourra ensuite être examinée par le CE, puis diffusée aux membres du Conseil pour vote par voie électronique. Il a été convenu qu'un nouveau projet de résolution sera préparé pour le mercredi 19 mai et transmise aux membres du Conseil avant la fin de la semaine.
- La Banque mondiale a confirmé que le document « Quels systèmes de santé ? » serait disponible d'ici la fin du mois de juin 2010 avec les commentaires du Conseil.

Décisions

Le Conseil :

1. Demande que la résolution ne se limite pas aux partenariats de lutte contre les maladies (UNAIDS, Halte à la tuberculose, GAVI, diarrhée, pneumonie, etc.) et prévoit un dialogue avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et d'autres partenaires.
2. Demande au Secrétariat de réunir un groupe de rédaction incluant le secteur privé mais aussi d'autres groupes d'intérêt, pour finaliser la résolution et la transmettre au Conseil pour un vote électronique dans une semaine.

Élection du Vice-président du Conseil

Le Président du Conseil a passé en revue les procédures d'élection avec les membres du Conseil, s'est assuré qu'un quorum était atteint et a demandé des nominations pour le poste de Vice-président du Conseil.

Décision

Le Conseil réélit Matthew Lynch au poste de Vice-président du Conseil du Partenariat RBM pour deux ans.

Date et lieu de la 19^{ème} réunion du Conseil

Le Président a noté que la seconde réunion annuelle du Conseil est traditionnellement organisée dans un pays endémique. Compte tenu des autres réunions prévues pendant la même période, la date du 6 au 8 décembre 2010 a été proposée pour la 19^{ème} réunion du Conseil. Le Président a invité les membres du Conseil à organiser la réunion en Zambie, soit à Livingston soit à Lusaka.

Décision

Le Conseil décide que la 19^{ème} réunion du Conseil du Partenariat RBM aura lieu à Lusaka, Zambie, du 6 au 8 décembre 2010.

Information

Le Vice-président du Conseil a noté qu'aucune des propositions / modifications budgétaires présentées par les SRN et les groupes de travail le premier jour ne satisfaisait les exigences de la nouvelle politique / du nouveau processus applicable aux modifications du PTP à mi-parcours et que celles-ci avaient donc besoin d'être révisées pour être mises en conformité avec la nouvelle politique et soumises au Secrétariat.

Autres sujets

Proposition de modification des statuts du Partenariat RBM

Le secteur privé a transmis au Conseil une proposition de modification des statuts du Partenariat, pour faire suite aux discussions qui ont eu lieu le premier jour de la réunion du Conseil. Les statuts doivent être modifiés pour inclure une section sur les documents du Conseil stipulant que les documents qui n'auront pas été soumis au Conseil au complet 10 jours avant la réunion de celui-ci ne pourront pas être acceptés au Conseil. Si les pré-lectures relatives à un dossier figurant à l'ordre du jour n'ont pas été soumises passé ce délai, le dossier doit être retiré de l'ordre du jour provisoire. Des révisions ne pourront pas être apportées à des pré-lectures déjà soumises au Conseil. Il ne sera possible de déroger à cette règle qu'avec l'autorisation du CE. Les motions spéciales devront être soumises avant la session d'ouverture du dernier jour de la réunion du Conseil, pour être examinées à la fin de la session finale du Conseil avant le chapitre « Autres sujets ».

Décision

Le Conseil adopte l'intégralité de la modification proposée concernant les statuts du Partenariat RBM.

Formulation des décisions du Conseil

Il a été demandé que les décisions prises lors des futures réunions du Conseil soient formulées de façon claire, afin que les membres du Conseil n'aient aucun doute sur ce pour quoi ils votent. La Directrice exécutive a noté qu'à l'heure actuelle, les décisions étaient rédigées par leur auteur et n'étaient pas « corrigées » par le Secrétariat. Le Président du CE a demandé au Secrétariat de mettre en commun toutes les décisions pour permettre au CE de les vérifier avant la diffusion des pré-lectures.

Traduction des documents du Conseil

Il a été noté que les membres francophones du Conseil continuaient à recevoir la majorité des documents du Conseil en anglais, avec quelques traductions en français arrivant en fin de journée. De la même façon, les résolutions spéciales ne sont pas traduites. Il a été demandé qu'un document / une résolution soit obligatoirement traduit(e) à chaque fois qu'il / elle comporte une décision. Le Conseil a accepté d'inclure ce point dans les statuts du Partenariat.

La Directrice exécutive a soutenu cette requête et a noté qu'avec la nouvelle règle selon laquelle tous les documents doivent parvenir au Secrétariat au plus tard 10 jours avant la réunion du Conseil, il devrait être possible de recevoir les traductions des documents cinq jours avant la réunion, prêtes à être diffusées. Elle a remercié la France, qui assure le financement des traductions, et a annoncé qu'elle réfléchirait à des solutions pour faire traduire rapidement les nouveaux documents du Conseil lors des futures réunions de celui-ci. L'une des solutions serait peut-être d'avoir un traducteur en réserve. Cela aura un coût mais aidera les membres francophones du Conseil à participer pleinement.

Motion pour la création d'un groupe d'intérêt supplémentaire représentant les ONG

Suite à une discussion précédente dans le cadre de la 18^{ème} réunion du Conseil, le groupe d'intérêt des ONG a proposé de créer un nouveau groupe d'intérêt pour ainsi distinguer le groupe d'intérêt des ONG du nord du groupe d'intérêt des ONG du sud. Cette proposition est née de la requête des ONG du sud qui souhaitent être considérées comme un groupe d'intérêt distinct avec un point de vue indépendant sur les questions du Partenariat. L'implication immédiate de ce changement est l'ajout d'un nouveau siège au CE. L'UNICEF a noté

que le groupe d'intérêt des partenaires multilatéraux pour le développement disposait lui aussi d'un seul siège au CE mais qu'il y avait un roulement parmi ses membres. De plus, il a été rappelé que n'importe quel membre du Conseil pouvait siéger à une réunion du CE sans en faire partie.

La motion n'a pas été appuyée.

Nouveau président du Groupe d'action 3

Mary Ann Lansang, du Fonds mondial, a proposé de devenir la nouvelle présidente du Groupe d'action 3 et a été accueillie dans ses fonctions par les membres du Conseil.

Nouveaux membres et suppléants pour les ONG

Le Dr Sunil Mehra, membre du Malaria Consortium représentant les ONG du Nord au Conseil, a annoncé qu'il se retirait du Conseil dès la fin du mois de mai 2010. Les membres du Conseil l'ont remercié pour son immense contribution au Conseil depuis le tout début.

Il a présenté la nouvelle équipe du groupe d'intérêt des ONG. Pour le groupe d'intérêt des ONG du nord, le Dr Halima Mwenesi, de l'Academy for Educational Development (AED), a été élue membre du Conseil du Partenariat RBM avec comme suppléante Rima Shretta, de Management Sciences for Health (MSH). Pour le groupe d'intérêt des ONG du sud, le Dr Akudo Anyanwu, des Amis du Fonds Mondial Afrique, a été élu membre du Conseil du Partenariat RBM avec comme suppléante le Dr Esther Tallah, de la Coalition camerounaise contre le paludisme.

Suivi des questions soulevées dans le rapport du Comité Financier

Le Président du CF a remercié l'OMS et le Secrétariat pour avoir examiné l'écart entre les états financiers 2008 et 2009 du Partenariat RBM avec l'expert comptable de l'OMS. L'expert comptable a confirmé que cet écart s'expliquait par les changements intervenus dans la méthode d'enregistrement des frais de soutien aux programmes entre 2008 et 2009. Il a été demandé à l'expert comptable de fournir des informations plus détaillées à ce sujet lors de la réunion du CF en juin 2010.

Suivi des frais de soutien aux programmes avec l'OMS

Comme évoqué dans le rapport relatif aux actions menées, des discussions ont eu lieu entre l'assistant du Directeur général du département administratif de l'OMS, le Directeur du Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS et le Secrétariat concernant les frais de soutien aux programmes. L'Assemblée mondiale de la santé a fixé le niveau des frais de soutien aux programmes (13 %), ce qui fait qu'il est très difficile de le changer. Lors de la réunion, il a été noté que seulement 20 % des contributions faites à l'OMS étaient des fonds essentiels sans affectation, mettant l'OMS dans une position difficile. Le Président du CF a demandé aux membres du Conseil d'en tenir compte et de réfléchir à des solutions pour soutenir davantage les fonctions essentielles de l'OMS.

Conclusions

Le Président a remercié Sunil Mehra, membre sortant du Conseil représentant les ONG du nord, pour son implication personnelle et sa contribution au Conseil en général. Il qualifie d'hors pair l'engagement et la participation des membres du Conseil et affirme sa conviction qu'ensemble, la bataille contre le paludisme pourra être gagnée. La réunion s'est inspirée des points positifs de la réunion du Conseil à Rio et les a enrichis. Il est particulièrement satisfait de la façon dont s'est déroulée la session ministérielle spéciale et de la contribution des ministres.

La Directrice exécutive a tenu à remercier tous les membres du Conseil et a reconnu que les membres impliqués dans le CE, ainsi que dans tous les autres comités et groupes d'action du Conseil, ont effectué un travail considérable. Elle a également remercié le Président au nom de l'ensemble des membres du Conseil et du Secrétariat. Elle a remercié du fond du cœur tous les membres de son équipe, au sein du Secrétariat, pour leur implication dans leur travail et a demandé au Conseil de continuer à les soutenir. Enfin, elle a tout particulièrement remercié Thomas Teuscher pour sa précieuse contribution au sein du Conseil, du CE, dans le cadre des questions politiques et du plan de travail.

Clôture

Le Président du Conseil a ajourné la réunion.