

Rapport du
Comité régional
de la
Méditerranée orientale
Cinquante-septième session

Le Caire (Égypte)
3–5 octobre 2010



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. SÉANCE D'OUVERTURE ET QUESTIONS DE PROCÉDURE.....	2
2.1 Séance d'ouverture	2
2.2 Ouverture officielle de la session par S.E. le Docteur Fathi Abu Moghli, Ministre palestinien de la Santé et second Vice-Président de la cinquante- sixième session du Comité régional.....	2
2.3 Allocution du Directeur régional	3
2.4 Allocution du Dr Magaret Chan, Directeur général de l'OMS.....	4
2.5 Élection du Bureau.....	6
2.6 Adoption de l'ordre du jour	6
3. RAPPORTS ET COMMUNICATIONS.....	7
3.1 L'activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale - Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009 et rapports de situation	7
Rapports de situation sur l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative Pour un monde sans tabac, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires	7
3.2 Importance de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, à l'occasion de son cinquième anniversaire.....	19
3.3 Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion)	20
3.4 Évaluation du projet des modes de vie sains de Nizwa	21
3.5 Annonce du lancement officiel pour la mise en place du Réseau des établissements universitaires pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires dans la Région de la Méditerranée orientale.....	22
4. QUESTIONS BUDGÉTAIRES ET PROGRAMMATIQUES.....	23
a) Budget programme 2008–2009 : appréciation de l'exécution.....	23
b) Rapport sur le résultat des missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes en 2009, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays	23
c) Évaluation de l'exécution du budget programme 2008-2009, résultat de l'exercice des missions conjointes d'évaluation et d'examen des programmes pour 2010- 2011 ; projet de budget programme pour la Région de la Méditerranée orientale 2012-2013	23
5. QUESTIONS TECHNIQUES	27
5.1 Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques 2010-2015	27
5.2 Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019	31
5.3 Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015	36

5.4	Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration	41
6.	DISCUSSIONS TECHNIQUES	45
6.1	Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle	45
7.	AUTRES QUESTIONS	51
7.1	Collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	51
7.2	a) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé	53
	b) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif	54
7.3	Désignation d'un État Membre appelé à siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	54
7.4	Attribution du Prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2010	54
7.5	Attribution du Prix pour la Recherche sur le Syndrome de Down	54
7.6	Révision des statuts de la Fondation pour la recherche sur le syndrome de Down	54
7.7	Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale.....	54
7.8	Remise d'une distinction récompensant l'Action nationale dans le cadre juridique à l'appui de la lutte antitabac	55
7.9	Lieu et date des sessions futures du Comité régional.....	55
8.	SÉANCE DE CLÔTURE	56
8.1	Examen des projets de résolutions et des décisions	56
8.2	Adoption des résolutions	56
9.	RÉSOLUTIONS ET DÉCISIONS	57
9.1	Résolutions.....	57
9.2	Décisions.....	68
ANNEXES		
1.	Ordre du jour	70
2.	Liste des représentants, suppléants, conseillers des États Membres et des observateurs.....	72
3.	Allocution d'ouverture du Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale	94
4.	Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS	97
5.	Liste finale des documents, résolutions et décisions	101

1. Introduction

La cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue au Caire (Égypte) du 3 au 5 octobre 2010. Les discussions techniques sur les orientations stratégiques en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle 2011–2015 ont eu lieu le 4 octobre 2010.

Les États Membres suivants étaient représentés à la session :

Afghanistan	Liban
Arabie saoudite	Maroc
Bahreïn	Oman
Djibouti	Pakistan
Égypte	Palestine
Émirats arabes unis	Qatar
Iran, République islamique d'	République arabe syrienne
Iraq	Somalie
Jamahiriya arabe libyenne	Soudan
Jordanie	Tunisie
Koweït	Yémen

En outre, des observateurs de Turquie, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de la Ligue des États arabes, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'un certain nombre d'organisations intergouvernementales, non gouvernementales et nationales ont participé à la session.

2. Séance d'ouverture et questions de procédure

2.1 Séance d'ouverture

Point 1 de l'ordre du jour

La séance d'ouverture de la cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale a eu lieu dans la Salle de conférences « Kuwait » du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), le 3 octobre 2010.

2.2 Ouverture officielle de la session par S.E. le Docteur Fathi Abu Moghli, Ministre palestinien de la Santé et second Vice-Président de la cinquante-sixième session du Comité régional

C'est S.E. le Dr Fathi Abdullah Abu Moghli, Ministre palestinien de la Santé, et second Vice-Président de la cinquante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, qui a ouvert la session. Il a souhaité la bienvenue aux participants et a exprimé ses profonds remerciements au Maroc pour son organisation couronnée de succès et son hospitalité lors du cinquante-sixième Comité régional.

Il a noté l'impact négatif de la crise économique mondiale sur la Région, expliquant que des projets de développement, en particulier des projets en rapport avec la santé dans la Région, ont été interrompus. Il a demandé que la coopération soit renforcée entre les pays, en insistant sur le fait que les pays riches doivent soutenir les systèmes de santé d'autres pays pauvres afin de garantir la pérennité des projets de développement sanitaire et des services de santé dans la Région, qui sont touchés par des catastrophes naturelles et d'origine humaine.

S.E. le Ministre a déclaré que les inondations au Pakistan constituaient un véritable défi, non seulement pour les pays de la Région, mais aussi pour le monde entier. Il a fait remarquer que, malgré les importants efforts déployés par tous les pays du monde, l'aide apportée ne correspondait pas à l'ampleur du désastre. Il a instamment prié tous les participants de réexaminer la question du rétablissement du Fonds d'intervention d'urgence qui n'a pas été activé en raison d'un financement insuffisant.

Il a ajouté que l'occupation israélienne des territoires palestiniens, avec l'isolement continu de Jérusalem, la construction de barrages militaires, l'expulsion des populations de leurs maisons, l'édification continue du mur de séparation raciste, et le blocus immoral et inhumain imposé à Gaza, représentait un autre défi. Il a qualifié ces pratiques de désastres qui entravent l'accès aux services de santé, au développement du système de santé et à l'application du droit des citoyens à la santé.

Il a mis en exergue les efforts déployés par la Région pour lutter contre les maladies transmissibles et le succès rencontré par plusieurs pays dans leurs activités d'éradication de maladies mortelles telles que la rougeole, la poliomyélite et le paludisme. Il a aussi expliqué que d'autres pays subissaient cependant encore tout le poids de ces maladies et avaient besoin du soutien et de l'expérience des pays qui sont en avance dans ce domaine.

Il a également souligné les efforts mis en œuvre pour faire face aux maladies non transmissibles, telles que les maladies cardio-vasculaires et le cancer, demandant une coopération et une coordination renforcées. Selon lui, il importe de mener des activités de recherche, des études et des enquêtes, sachant qu'il faut réaliser des actions communes en matière de recherche, de suivi et d'élaboration de stratégies afin de réduire autant que possible les coûts pour chaque pays.

Il a demandé que davantage d'efforts soient mis en œuvre pour adopter des mesures préventives, telles que des programmes de sensibilisation et d'information, en particulier dans les domaines de la lutte antitabac, de l'obésité, de la pollution de l'environnement et de la réduction des accidents de la circulation.

En guise de conclusion, il a déclaré que le Bureau régional avait donné la priorité à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier les objectifs n° 4 et 5, faisant remarquer que, même si bon nombre de pays avaient pris des mesures pour réduire la mortalité maternelle et infantile, il restait encore beaucoup à accomplir pour améliorer la prestation de services aux mères et aux enfants.

2.3 Allocution du Directeur régional

Le Dr Gezairy a déclaré que le Comité régional se réunissait à un moment où le besoin de solidarité n'avait presque jamais été aussi important. Au cours de son histoire récente, la Région n'a jamais connu de catastrophe naturelle laissant plus de vingt millions de personnes dans le besoin d'une aide d'urgence. Il a exprimé sa gratitude à tous les États Membres pour le soutien qu'ils ont apporté au Pakistan au cours des dernières semaines. Les larges mouvements de population ont eu des conséquences négatives sur la situation épidémiologique de la poliomyélite et celle d'autres maladies à transmission hydrique, et ont eu un lourd impact sur les établissements et les services de santé. Cet événement, a-t-il affirmé, souligne le besoin de préparation. Il a appelé les États Membres à soutenir le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence et à constituer une liste nationale d'experts prêts à faire face à ce type de situations.

Évoquant la crise financière mondiale, le Dr Gezairy a affirmé que l'absence de dispositif satisfaisant pour la mobilisation des ressources régionales a été brutalement révélée, et qu'il ne savait pas si le Bureau régional serait capable de mettre pleinement en œuvre son programme de travail pour la période biennale. Depuis dix ans, l'OMS est devenue plus dépendante des contributions volontaires, mais aussi des vicissitudes des marchés mondiaux. La générosité du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI, de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres contributeurs offre la possibilité d'avancer dans certains domaines, mais il reste de nombreux besoins à couvrir.

Parmi les points positifs de l'année passée, il faut mentionner quelques excellents exemples de collaboration interpays, dont celui du Groupe des cinq membres du Forum pour la coopération en santé, qui a abouti au Plan de coopération de Téhéran visant à lutter contre quatre maladies. Il a encouragé les autres pays à explorer les possibilités de création d'instruments semblables, au service de la santé publique. Le Dr Gezairy a mentionné dans ce contexte le soutien fourni par la Tunisie et le Maroc à l'établissement d'une école de médecine à Djibouti, et la collaboration dans la Corne de l'Afrique pour la lutte contre les maladies transmissibles.

Il a noté que la campagne menée depuis dix ans pour réduire le nombre de décès dus à la rougeole avait été une réussite majeure. Le sida a été largement tenu à distance, mais il est essentiel d'offrir un accès plus large et plus aisé aux médicaments antirétroviraux permettant de tenir le VIH sous contrôle. L'initiative mondiale « VISION 2020 : le droit à la vue », est parvenue à mi-parcours et presque tous les pays possèdent à présent des plans nationaux pour des soins oculaires complets. Et il prévoit des progrès amplifiés et accélérés dans les dix prochaines années. Au Yémen, qui est le dernier pays de la Région à souffrir encore lourdement de la présence de la schistosomiase, l'initiative de lutte contre cette maladie a déjà des effets positifs sur les vies humaines. Le Maroc a obtenu la certification attestant qu'il est exempt de paludisme, et la campagne visant à éliminer cette maladie de la Péninsule arabique remporte aussi des succès. Par rapport à la tuberculose, la

situation a connu une amélioration radicale au cours des dernières années ; des progrès importants ont été constatés dans le traitement et sa couverture, grâce à une bonne coordination et à l'appui du secteur privé. Le dépistage doit encore être renforcé, et la menace mondiale que représente la résistance antimicrobienne doit être prise au sérieux dans la Région.

Le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé augmente dans l'ensemble de la Région, et il est capital de s'engager avec celui-ci, en tant que gouvernements et qu'Organisation mondiale de la Santé. Il est également fondamental de nouer davantage le dialogue avec la société civile et les communautés. En encourageant les populations à exprimer et exposer leurs besoins sanitaires, en permettant à la communauté de s'engager sur un pied d'égalité avec les décideurs locaux, ces initiatives peuvent entraîner une réelle amélioration de la qualité de vie.

Des mesures essentielles ont été prises afin de commencer à lutter contre les épidémies croissantes de maladies non transmissibles, notamment celles qui sont liées au tabac, et contre les traumatismes dus aux accidents de la circulation. Les besoins des personnes âgées sont également davantage pris en compte, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, a déclaré le Directeur régional. De même, la route est encore longue pour atteindre les cibles liées aux objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région, en particulier dans dix pays. La disponibilité en temps voulu de soins de santé adaptés aux femmes, une nutrition appropriée, un accès équitable aux soins de santé primaires, à une eau propre et à un système d'assainissement sont des besoins de base qui ne sont pas toujours satisfaits pour toutes les populations de la Région.

Il a félicité les États Membres pour leur activité et visibilité croissantes dans la prise en main des problèmes de santé mondiaux. Seule une action positive sur la recherche des causes et des solutions mondiales aux enjeux auxquels tous sont confrontés permettra de renforcer la solidarité dans la Région et pourra profiter à ses populations.

2.4 Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS

Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a noté que la situation au Pakistan était au centre des préoccupations de cette Région, comme elle devrait l'être partout dans le monde. Tout comme le séisme qui a sévi en Haïti au début de cette année, les inondations qui ont touché le Pakistan témoignent de l'ampleur des dégâts, et de la difficulté de la remise en état, lorsqu'une catastrophe touche une région disposant de faibles capacités et caractérisée par une situation sanitaire fragile. Le Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki-Moon, a décrit les inondations au Pakistan comme « la catastrophe la plus grave face à laquelle les Nations Unies ont dû intervenir dans les 65 années de son histoire ».

Les pressions suscitées par des événements survenant dans une partie du monde, qu'il s'agisse d'une crise financière ou d'un désastre naturel, se font ressentir à l'échelle internationale, a déclaré le Dr Margaret Chan. Les climatologues ont régulièrement prévenu que le monde devait s'attendre à une fréquence et une intensité accrues d'événements météorologiques extrêmes et c'est ce que nous observons aujourd'hui. Sur les marchés internationaux, le prix des céréales reflète déjà les pertes énormes subies par le Pakistan et la Fédération de Russie au niveau des récoltes, et nous devons anticiper une autre crise mondiale avec une augmentation des prix des denrées alimentaires qui frappera particulièrement les populations les plus démunies. Quand les enfants ne sont pas nourris de manière adéquate lors des deux premières années de leur vie, les dommages causés à leur développement physique et mental sont irréversibles.

La récession économique actuelle a une portée mondiale. La santé publique en ressent les conséquences à tous les niveaux : budgets nationaux pour la santé, engagements pour l'aide officielle au développement ou fonds disponibles pour soutenir les activités du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI et d'autres initiatives mondiales.

Faisant référence aux objectifs du Millénaire pour le développement, elle a indiqué que le monde avait reçu son bulletin de notes. Des notes élevées ont été attribuées à des initiatives telles que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI, pour la baisse importante de la mortalité imputable au sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies évitables par la vaccination. L'engagement des pays et les investissements au niveau national sont essentiels pour ces réalisations, a-t-elle ajouté. De même, de bonnes notes ont été distribuées aux activités d'aide qui permettent de renforcer les capacités et infrastructures fondamentales afin que les pays deviennent autosuffisants. Cependant, des notes insuffisantes ont été attribuées aux pays riches qui n'ont pu honorer leurs promesses et leurs engagements, notamment sur le plan financier.

Le Dr Margaret Chan a fait observer que beaucoup de gouvernements avaient profité du récent sommet des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement pour annoncer d'importants engagements financiers, notamment à l'appui d'une nouvelle stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants. Elle s'est demandée si les pays allaient honorer ces engagements, et si les fonds provenant de nouvelles sources ou de nouveaux bailleurs de fonds se déplaceraient simplement d'une priorité à une autre.

Si l'on néglige n'importe lequel des objectifs, on met en péril tout le programme d'action visant à réduire la pauvreté et à garantir une plus grande équité quant à la manière dont les chances, la prospérité et la santé sont réparties. Le Directeur général a affirmé que l'avantage des objectifs du Millénaire pour le développement résidait dans le fait qu'ils sont interactifs et synergiques. En réduisant les infections parasitaires chez les enfants, on améliore la nutrition ; ce faisant, on améliore les résultats scolaires. Or, l'action sur les résultats scolaires, notamment chez les filles, permet d'améliorer la santé des familles et de communautés entières. Ainsi arrive-t-on à briser la chaîne de pauvreté, de mauvaise santé et de misère qui se transmet d'une génération à l'autre.

Le Dr Chan a fait observer que dans la Région de la Méditerranée orientale, les dépenses de santé variaient de moins de 25 USD par personne à près de 3 000 USD. La priorité accordée à la pauvreté et aux populations qui ont le plus de besoins est tout à fait justifiée. C'est aussi une Région où près de 40 % de la population vit dans des situations d'urgence complexes. Les études réalisées dans des pays en proie à des conflits indiquent des taux beaucoup plus élevés de troubles neuropsychiatriques chez les enfants et les adolescents. Dans les études menées de part et d'autre de la Région, les femmes présentent des taux bien plus importants de troubles mentaux courants que les hommes. La Région accuse l'une des fréquences les plus élevées d'infections associées aux soins de santé au monde, avec d'importantes conséquences en matière de coûts, de qualité des soins et de sécurité des patients.

Dans cette Région, comme partout dans le monde, la dénutrition et les carences en micronutriments coexistent avec les problèmes de surpoids et d'obésité. La nutrition mérite qu'on lui accorde une plus grande priorité dans le programme de développement. Le secteur de la santé, en agissant seul, ne peut contrer les tendances déterminées par de puissantes pratiques de production, de transformation, de commercialisation et de distribution alimentaires, ainsi que par les accords commerciaux internationaux.

Heureusement, cette Région continue de présenter une faible prévalence du VIH/sida dans la population générale. Cependant, l'épidémie gagne du terrain dans certains sous-groupes présentant un risque particulier. Dans la Région, seule 10 % de la population nécessitant une thérapie antirétrovirale la reçoit. Il s'agit là du plus grand écart de traitement au monde.

Le Directeur général a fait remarquer que les discussions techniques se pencheraient sur la manière de financer des soins de santé équitables, ce qui est également le thème du Rapport sur la santé dans le monde de cette année. L'accent est fermement mis sur le passage à la couverture universelle. Selon le rapport, les paiements directs, notamment la participation financière des usagers, constituent le principal obstacle au progrès. Le message principal du Rapport sur la santé dans le monde est empreint d'optimisme. Tous les pays, quel que soit leur stade de développement, peuvent prendre des mesures immédiates pour parvenir à la couverture universelle et pour préserver les résultats obtenus. Tous les systèmes de santé, où que ce soit, pourraient mieux utiliser les ressources, par l'adoption de meilleures pratiques d'achat, par exemple, ou par de meilleures incitations pour les prestataires. En période d'austérité économique, il vaut bien mieux réduire le gaspillage et l'inefficacité que réduire les budgets de la santé.

Le Dr Chan a souligné la réussite du Liban, seul pays de la Région ayant connu, ces dernières années, une baisse des paiements directs en santé. Les innovations ont non seulement permis d'améliorer les résultats sanitaires, mais ont aussi considérablement réduit les dépenses en santé consenties par les pouvoirs publics et les ménages. De tels accomplissements témoignent de l'impact suscité par l'adoption de bonnes politiques, et de la sagesse d'un engagement régional envers les soins de santé primaires, tels qu'énoncés dans la Déclaration du Qatar. En outre, grâce au recours à l'outil des comptes nationaux de la santé pour réaliser le suivi des changements successifs, le Liban dispose de données permettant de démontrer ces résultats. Tout comme pour les objectifs du Millénaire pour le développement, si l'argent est important, il ne l'est pas uniquement. Si l'on dispose de la volonté et si l'on met en place les bonnes politiques, il est toujours possible de progresser vers une meilleure santé.

2.5 Élection du Bureau

Point 1 a) de l'ordre du jour, décision n°1

Le Comité régional a procédé à l'élection du Bureau comme suit :

Président : S.E. le Dr Abdullah bin Abdul Aziz Al-Rabeeah (Arabie saoudite)
 Premier Vice-Président : S.E. le Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi (Oman)
 Second Vice-Président : S.E. le Dr Nayef Al Fayez (Jordanie)

S.E. le Dr Salih Mahdi Al-Hasnawi a été élu Président des discussions techniques.

Sur la suggestion du Président du Comité régional, le Comité a décidé que le Comité de rédaction se composerait des membres suivants :

- Dr Mohammad Mehdi Gouya (République islamique d'Iran)
- Dr Nasr El Sayed (Égypte)
- Dr Ali Jaffer Mohammed (Oman)
- Dr A. Assa'edi, (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Naeema Al Gasseer (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr M.H. Wahdan (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sussan Bassiri (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- M. Raul Thomas (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Kassem Sara (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

2.6 Adoption de l'ordre du jour

Point 1 b) de l'ordre du jour, document EM/RC57/1-Rev.1, décision n° 2

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour de sa cinquante-septième session.

3. Rapports et communications

3.1 L'activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale - Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009

Point 2 de l'ordre du jour, document EM/RC57/2

Rapports de situation sur l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative Pour un monde sans tabac, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires

Point 2 b,c,d,e) de l'ordre du jour, documents EM/RC57/INF.DOC.1-4, résolution EM/RC57/R.1

Le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a présenté son rapport pour l'année 2009. Il a déclaré que 2009 avait été une année de défis, et que la récession économique n'était pas le moindre d'entre eux. Cette dernière s'est traduite par une très forte pression sur les ressources nationales et internationales, et par conséquent, sur celles de l'OMS. Dans un environnement comptant de plus en plus de partenaires et de parties prenantes, le rôle de l'OMS change ; le maintien, voire le renforcement, d'une bonne gouvernance et de partenariats fructueux est crucial pour mener à bien le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Les progrès nécessaires pour réaliser les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, qui portent respectivement sur la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle dans la Région, sont compromis par de nombreux facteurs, parmi lesquels l'insuffisant avancement des pays aux prises avec des situations d'urgence complexes. Si la tendance actuelle de réduction de la mortalité se poursuit, la Région dans son ensemble sera loin de réaliser les cibles fixées pour ces objectifs. Le Bureau régional a maintenu son soutien à la poursuite de la réduction de la mortalité infanto-juvénile. La mise en œuvre de la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) continue de s'étendre, et un programme de formation sur les soins néonataux et infantiles à domicile par des agents de santé communautaires a été mis au point. Pour appuyer le suivi et l'évaluation des progrès effectués en vue de la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, un cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé génésique a été mis au point.

La réalisation de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement demeure problématique, car la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida tuent quelque 200 000 personnes chaque année dans la Région. On constate également maintenant la présence de formes pharmacorésistantes de ces trois maladies. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida et recevant un traitement antirétroviral a connu une hausse importante, mais la couverture du traitement est encore faible, n'atteignant que 10,6 %. L'établissement de contacts avec les principales populations à risque accru de transmission du VIH constitue un défi particulier. Le paludisme est encore endémique dans neuf pays. Mais sa prévalence a été réduite de façon importante, si bien que la plupart des zones de la Région présentent actuellement une transmission faible. La possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action a augmenté, de même que l'accès à un traitement efficace. La stratégie Halte à la tuberculose a poursuivi son action d'élargissement de l'accès à la prévention, au traitement et aux soins. Le taux de dépistage a atteint la cible de 70 % en 2009, et le taux de guérison s'élève à 88 %. Suite à la résolution sur la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, la version finale du plan d'action régional a été achevée, et sa mise en œuvre a commencé. La collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a encore été renforcée.

Le Dr Gezairy a indiqué que la récession économique avait également exacerbé les problèmes actuels du système de santé. Pour les résoudre, le Bureau régional a activement soutenu les États Membres dans le développement continu des systèmes de santé, à partir des valeurs et principes des soins de santé primaires. Un plan stratégique sexennal (2010-2015) a été préparé : celui-ci donne un aperçu du soutien technique fourni par le Bureau régional à la promotion des soins de santé primaires dans la Région. Un réseau d'établissements universitaires - le Réseau institutionnel et universitaire de la Région de la Méditerranée orientale – a été lancé dans le but de promouvoir les soins de santé primaires et le développement des systèmes de santé dans la Région.

En ce qui concerne la planification sanitaire, les plans stratégiques nationaux pour la santé de dix pays ont été examinés pour déterminer, parmi d'autres choses, dans quelle mesure les initiatives mondiales comme les objectifs du Millénaire pour le développement, sont objectivement incluses dans ces plans et pour analyser leurs lacunes et leurs faiblesses. Une étude exploratoire visant à évaluer l'efficacité de l'aide et la coordination des bailleurs de fonds a été réalisée dans les pays qui dépendent de l'aide extérieure. Une initiative intitulée « La santé dans toutes les politiques » a été lancée afin d'appuyer les gouvernements et les parties prenantes dans le traitement des déterminants sociaux de la santé soulignant le fait que la charge que représente la prise en compte des déterminants sociaux de la santé ne peut pas être supportée uniquement par les ministères de la santé. Les initiatives communautaires se sont avérées précieuses en tant qu'outil pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé ainsi que pendant les situations d'urgence. L'engagement des gouvernements nationaux et locaux, et la collaboration avec la société civile sont essentiels pour l'élargissement de ces initiatives dans la Région. Le Dr Gezairy a souligné la nécessité de décomposer et d'analyser les indicateurs de la santé par sexe, âge et autres déterminants sociaux afin d'identifier les besoins spécifiques de différents groupes de population.

L'Initiative des Hôpitaux engagés dans la promotion de la sécurité des patients, lancée en 2007, est aujourd'hui appliquée dans 40 hôpitaux situés dans dix pays de la Région. Un manuel sur l'évaluation de la sécurité des patients a été mis au point et une étude est en cours pour établir la cartographie de la situation actuelle de l'accréditation des soins de santé dans la Région. Ces deux documents seront utilisés pour élaborer une stratégie régionale pour la promotion de la qualité et de la sécurité des soins de santé.

Le Bureau régional a maintenu son soutien aux pays en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre de propositions fructueuses à l'Alliance GAVI concernant le renforcement des systèmes de santé. En collaboration avec le Réseau de métrologie sanitaire, une évaluation complète des systèmes d'information sanitaire de dix pays a été entreprise afin d'identifier leurs points forts et leurs faiblesses.

D'importants efforts ont été déployés pour soutenir le développement des ressources humaines. Des unités spécialisées fonctionnent à présent dans les ministères de la santé de huit pays. Outre l'observatoire régional des ressources humaines en santé, onze pays disposent maintenant d'un observatoire national. Des mesures ont également été prises pour améliorer la formation de base en soins infirmiers et obstétricaux, réorienter les programmes d'étude vers les soins de santé primaires et renforcer les capacités en soins infirmiers, obstétricaux et paramédicaux.

En ce qui concerne les technologies sanitaires, un soutien technique a été fourni pour renforcer la production et la réglementation des vaccins dans les pays producteurs. La plupart des pays ne possèdent pas encore de système efficace de sécurité des vaccins ; pour commencer à y remédier, plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien au renforcement de leurs capacités.

Le Dr Gezairy a déclaré que la pérennité d'aucun système de santé n'était garantie sans investissement dans la recherche et constitution de bases factuelles, mais que ces investissements

n'étaient pas réalisés. Le Comité consultatif régional de la recherche en santé et les universités de la Région travaillent à l'élaboration d'une stratégie régionale pour la recherche en santé, et le réseau régional de politiques fondées sur des bases factuelles de la Région de la Méditerranée orientale (EM EVIPNet) a été lancé.

Le Dr Gezairy a fait remarquer qu'un tiers de la population de la Région était constitué d'enfants et de jeunes adultes âgés de 10 à 24 ans. Pour mieux prendre en compte leurs besoins de santé, un outil d'analyse de situation et d'intervention a été mis au point. La conception d'un ensemble de prestations régionales de promotion et de protection de la santé de l'adolescent a débuté. Cet ensemble est destiné à différents milieux, dont les établissements scolaires.

Les traumatismes sont toujours particulièrement préoccupants : en effet, la Région occupe la première place mondiale en termes de décès résultant de traumatismes dus aux accidents de la circulation. La promotion de la santé a beaucoup souffert de la récession économique, mais les investissements dans ce domaine équivalent à des placements dans la santé et les systèmes de santé, et à ce titre, ne devraient pas être moins prioritaires que dans d'autres secteurs, a-t-il fait observer. Le Bureau régional est le premier à avoir élaboré un cadre de référence pour la mise en œuvre de l'Appel à l'action de Nairobi dans la Région. Une cartographie des capacités en matière de promotion de la santé est actuellement entreprise : elle permettra aux pays d'identifier les disparités caractérisant les actions effectuées dans ce domaine.

La charge régionale de morbidité due aux maladies non transmissibles a continué à augmenter. Un plan d'action régional a été élaboré, pour offrir un appui aux pays dans la mise au point de programmes nationaux de lutte intégrant efficacement les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Il fait remarquer qu'une forte proportion des consultations de soins de santé primaires sont liés à la santé mentale, qui demeure un domaine dans lequel la Région doit amplifier son action. La lutte antitabac est en marche. Dix pays disposent à présent d'une solide législation antitabac. Plus que jamais, nous devons prendre fermement position contre les infractions directes et indirectes commises par l'industrie du tabac, comme par exemple sur certaines chaînes satellites dans la Région. Grâce à l'initiative « VISION 2020 : le droit à la vue », d'importantes améliorations ont été observées en matière de campagnes d'information sur la cataracte et le trachome, et de lutte contre ces maladies. Mais l'élimination de la cécité évitable et des déficiences visuelles reste un défi majeur pour le développement dans la Région.

Le Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA) continue d'être un centre d'excellence pour l'échange d'informations, le soutien technique et le développement des ressources humaines. Le Directeur régional a lancé un appel en faveur de la poursuite du soutien au Centre CEHA et a demandé en outre aux ministres de la santé de faire connaître l'activité du Centre CEHA aux autres ministères concernés.

Dans le domaine de l'éradication des maladies transmissibles, le Dr Gezairy a souligné deux événements majeurs. Tout d'abord, l'état d'absence de poliomyélite a été maintenu dans dix-neuf pays, et la flambée ayant commencé en 2008 au Soudan méridional a pris fin en juin 2009. Les problèmes d'insécurité continuent à entraver les activités d'éradication dans le sud de l'Afghanistan et au nord-ouest du Pakistan. Dans les zones du Pakistan en particulier où la sécurité n'est pas précaire, il est nécessaire de renforcer la gestion opérationnelle. Les inondations graves qui se sont produites récemment ont eu des conséquences négatives sur la situation épidémiologique. Ensuite, une baisse de 25 % des nouveaux cas de dracunculose a été observée au Soudan, tandis que le confinement des cas a augmenté, passant de 49 % à 83 %.

En ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles, l'événement majeur de l'année passée est incontestablement la flambée d'une nouvelle souche du virus grippal. Bien que la fin de la pandémie ait été annoncée, l'OMS continue de recommander un respect strict des mesures de

surveillance et de prévention. Des épidémies de dengue et de dengue hémorragique sont signalées dans la Région depuis 1998. Leur fréquence augmente, de même que la répartition géographique des virus et des moustiques vecteurs. Une réunion infrarégionale devrait avoir lieu dans le but d'élaborer une approche stratégique du problème.

Des progrès continus sont constatés dans le renforcement des services de vaccination. La couverture régionale par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux a atteint pour la première fois le taux de 87 %, et seize pays ont atteint la cible de 90 %. La Région est parvenue à la cible de 90 % de réduction du nombre estimé de décès dus à la rougeole entre 2000 et 2010, trois ans avant le terme de la période, en 2007. Les pays de la Région se trouvent à différents stades de l'élimination de la rougeole. En conséquence, le Groupe consultatif technique régional sur la vaccination a recommandé de repousser la date butoir pour l'élimination de la rougeole de 2010 à 2015.

Le Bureau régional a travaillé en étroite collaboration avec le Soudan dans le but d'inclure le nouveau schéma thérapeutique pour la trypanosomiase humaine africaine dans le protocole national. Un partenariat avec la Banque mondiale et l'Initiative de lutte contre la schistosomiase a contribué à l'expansion du programme de lutte contre cette maladie au Yémen.

La situation humanitaire grave dans laquelle se trouve le Pakistan suite aux inondations récentes a mis en lumière le manque de moyens et de dispositifs permettant de réaliser une mobilisation durable des ressources, afin que l'OMS soit en mesure de riposter à ce type de crises dans la Région. Le Dr Gezairy a appelé les États Membres à fournir leur aide à la constitution d'une solide base régionale de bailleurs de fonds et de dispositifs permettant de mettre en œuvre les programmes de santé prioritaires dans les pays qui en ont le plus besoin ; il les a également invités à aider à la mise en service et au renforcement du fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence prévu par la résolution EM/RC52/R.2 du Comité régional. La situation du Pakistan souligne également le besoin urgent pour tous les pays d'institutionnaliser la gestion des risques de catastrophes en renforçant les capacités de préparation aux situations d'urgence et de riposte à celles-ci, et en intégrant la réduction des risques de catastrophe dans tous les domaines des systèmes de santé. Il a instamment invité tous les États Membres à renforcer leurs capacités en étant mieux préparés et en intégrant la réduction de ces risques dans une approche multirisques et multisectorielle.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a affirmé que l'expérience de la grippe pandémique (H1N1) 2009 avait révélé la complexité sociale et économique de la maladie et a rendu évidente la nécessité d'une collaboration entre les gouvernements pour faire face à la charge croissante des maladies transmissibles. Il a identifié l'ODM 6 « Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme » comme l'un des objectifs du Millénaire les plus importants, ces maladies représentant un obstacle au développement. Il a souligné les enjeux des maladies chroniques non transmissibles, comme les troubles cardio-vasculaires, le diabète et le cancer, qui impliquent des modifications du style de vie et une planification stratégique à long terme. Il a mis en lumière les facteurs de risque qui menacent l'environnement, comme les modifications écologiques et la pollution industrielle et agricole d'origine humaine, et il a suggéré la formation d'un comité d'experts qui proposerait des stratégies et des actions adaptées destinées à trouver une solution. La sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sont citées comme des domaines négligés dans la Région.

Une coordination et une collaboration renforcées entre le Bureau régional et les pays ont été saluées et leur importance a été soulignée pour l'échange d'informations, la synchronisation des activités de vaccination supplémentaires, l'amélioration de la surveillance de la poliomyélite, l'aide apportée à l'approvisionnement en vaccins monovalents et le renforcement des capacités des administrateurs du PEV. L'absence d'application, d'observation et la mise en œuvre incomplète de la législation sont citées comme étant les plus grandes menaces contre la lutte antitabac dans la Région, nécessitant une approche systématique au niveau national.

Un engagement insuffisant envers la santé maternelle et infantile, des inégalités en matière de santé et l'absence de système de surveillance global pour suivre les indices des OMD entravent les progrès des pays vers la réalisation des cibles fixées pour les OMD. Pour renforcer les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires, il a suggéré la création de groupes de travail techniques, d'un réseau régional d'établissements universitaires, et la conduite de visites d'étude afin d'atteindre un consensus sur les principaux enjeux.

La Représentante de l'Afghanistan a déclaré que si son pays soutenait la proposition de la République islamique d'Iran de collaborer sur le problème posé par les maladies transmissibles et la poliomyélite, il avait besoin d'une aide technique à cet égard. Elle a déclaré qu'une approche claire axée sur les systèmes de santé, et reposant sur un consensus, était nécessaire pour assurer la dispensation efficace des soins de santé. En raison du changement climatique, il faut envisager d'inclure les problèmes de la pénurie alimentaire, de la préparation aux situations d'urgence et de la réduction des risques de catastrophe dans tous les programmes de développement. Elle a lancé un appel à un soutien plus important en faveur du fonds de solidarité pour les situations d'urgence.

Son Excellence le Ministre de la Santé publique et de la Population du Yémen a déclaré que plusieurs pays de la Région avaient été confrontés à des difficultés associées à une double charge de morbidité et représentées par une augmentation des taux de prévalence et d'incidence des maladies chroniques et infectieuses. Il a poursuivi en affirmant que les priorités des interventions de santé étaient déterminées par les conditions économiques dans ces pays, mais qu'elles avaient toutes un dénominateur commun, à savoir le renforcement des systèmes de santé et l'importance de fournir des soins de santé de qualité, étant donné que la santé est un droit pour tous. Il a en outre ajouté que la cinquante-septième session du Comité régional coïncidait avec les intérêts internationaux concernant le suivi de la mise en œuvre des OMD. Il a mentionné l'importance de renforcer les partenariats régionaux conformément aux normes de santé appropriées, ainsi que d'intégrer les services fournis pour réduire les taux de mortalité et de morbidité, en particulier chez les mères et les enfants. Il a ajouté que la réunion ayant lieu après l'arrêt de la grippe pandémique H1N1, des enseignements devaient être tirés et des fonctions de surveillance de l'épidémie devaient être activées pour être prêts à répondre aux situations d'urgence à venir de cette nature.

La catastrophe naturelle qui a frappé le Pakistan a fait des millions de sans abri. Un grand nombre de Yéménites ont aussi été contraints de quitter leur foyer en raison d'un soulèvement, sans compter ceux déplacés au Soudan méridional. Ces situations humanitaires requièrent des solutions radicales. Il a demandé qu'une assistance soit apportée aux Palestiniens opprimés par un siège dans le territoire palestinien occupé, avec des implications catastrophiques pour leur santé.

Il a rappelé l'importance de réduire les taux d'infection pour plusieurs maladies contagieuses en introduisant des interventions de préventions adaptées, comme la couverture de tous les enfants par la vaccination systématique et par la stratégie de la Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant, associées à des mesures en faveur de la nutrition destinées à améliorer la santé des enfants dans la Région.

Pour atteindre la cible de l'OMD 5, la morbidité maternelle doit être réduite et les efforts nationaux dans des zones d'endémies de paludisme, de tuberculose et de schistosomiase doivent être soutenus pour réaliser l'OMD 6. S.E. le Ministre a salué la coopération et les partenariats avec les donateurs internationaux, qui ont conduit à la réduction du nombre de maladies endémiques et à une couverture accrue des patients atteints du VIH par un traitement antirétroviral.

Il a fait référence aux efforts du Ministère de la Santé dans la lutte contre d'autres maladies non transmissibles, qui ont conduit à une réduction spectaculaire du nombre d'infections rougeoleuses, passant de dizaines de milliers de cas en 2005 à seulement 77 cas en 2009, sans même un seul décès, alors qu'auparavant cette infection représentait la quatrième cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans au Yémen. En outre, plus de trois millions de femmes dans le groupe d'âge de 15 à 45 ans ont été vaccinées contre le tétanos. Il a ajouté que la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans avait chuté, ce qui indique le progrès du pays vers la réalisation du quatrième OMD. Il a déclaré par ailleurs que la chute spectaculaire du taux d'incidence et de prévalence du paludisme, passé de 48 % en 1998 à 4,5 % en 2009, représentait le signe des grandes avancées du Yémen vers la réalisation de l'OMD 6. Il a salué le rôle joué par les États Membres du Conseil de Coopération du Golfe et du Fonds mondial dans la réalisation de ce progrès. Dans le domaine de la lutte contre la schistosomiase, il a déclaré que le pays était en mesure d'éradiquer la maladie au cours des cinq prochaines années, grâce à l'appui de la Banque mondiale et de l'OMS. Il a affirmé également qu'une amélioration conséquente avait été obtenue dans le taux de guérison avec un taux décroissant d'incidence. Il a souligné le rôle important joué par son pays en tant que membre des conseils du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de l'Alliance GAVI. Il a ajouté que la Région avait reçu jusqu'alors USD 700 millions du Fonds mondial et de l'Alliance GAVI.

S.E. le Secrétaire général du Comité populaire pour la santé et de l'environnement de la Jamahiriya arabe libyenne a appelé les États Membres à adopter une position commune et à coordonner avec d'autres Régions de l'OMS en ce qui concerne la rotation pour le poste de Directeur général, avant les prochaines sessions du Comité exécutif en janvier et de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011. Il a prié instamment les États Membres qui sont des délégués officiels aux organes directeurs d'être présents aux réunions des comités techniques, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé lors des votes. Il a insisté sur l'importance d'utiliser l'arabe, l'une des langues officielles de la Région, lors des réunions des organes directeurs de l'OMS. Il a également souligné la nécessité de s'attaquer au problème des médicaments contrefaits, notamment en localisant leurs sources et en prenant des mesures punitives. Il a proposé la création d'un observatoire régional pour étudier ce problème.

S.E. le Ministre de la Santé de Somalie a mentionné le conflit et l'absence de sécurité, les catastrophes naturelles, les épidémies, la pauvreté et le faible niveau d'éducation comme étant des éléments affectant négativement les progrès de son pays vers la réalisation des cibles des OMD, notamment en ce qui concerne la mortalité maternelle et infantile et le VIH/sida, bien que des progrès aient été réalisés pour réduire la prévalence de la tuberculose. Les programmes concernant le VIH et le paludisme dirigés par les donateurs ont révélé le manque d'engagement politique, de leadership et d'appropriation au niveau national. En vue d'accélérer les efforts pour atteindre les cibles des OMD, les systèmes de santé ont besoin d'être renforcés en mettant davantage l'accent sur les systèmes de santé de district. L'engagement et l'appui de l'OMS en faveur d'un investissement plus important en santé et une amélioration des capacités nationales contribueraient à accélérer ces efforts. Il a souligné avec optimisme que la Somalie entrait

peut-être dans une nouvelle phase de son histoire politique et a fait observer qu'en tant que Ministre de la Santé du Gouvernement central, il était aussi accompagné par les Ministres de la Santé du Puntland et du Somaliland, ce qui représente un signe d'unité.

Le Représentant de Bahreïn a demandé une évaluation complète des programmes de préparation aux catastrophes et aux situations d'urgence de la Région, afin d'y inclure la cartographie des zones présentant des risques potentiels avant que de tels risques ne surviennent. Il a ajouté qu'un rapport annuel sur de telles zones potentiellement à risque dans les pays de la Région, et les mesures recommandées pour leur prévention ou l'atténuation de leur impact, devraient être présentés au Comité régional. Il a proposé qu'un mécanisme soit mis en place pour activer le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence, en collaboration avec d'autres organisations opérant dans ce domaine.

Il a expliqué que les maladies non transmissibles constituaient la principale cause de mortalité à Bahreïn. Il a ajouté que l'Enquête sanitaire nationale sur les maladies chroniques réalisée en 2007 indiquait un taux accru des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'obésité et le surpoids, l'hypertension, la sédentarité et le diabète. Pour lutter contre les maladies non transmissibles et leurs complications, il a fallu élaborer un plan national intégré correspondant aux objectifs et orientations stratégiques en matière de soins de santé primaires à Bahreïn, ainsi qu'au plan cadre pour les stratégies mondiales et du Conseil de Coopération du Golfe concernant la lutte contre les maladies chroniques. En 2007, un comité sur les maladies chroniques dans le cadre des soins de santé primaires a été établi. L'un de ses principaux objectifs est de mettre en place un registre pour les maladies chroniques et d'élaborer des principes directeurs pour prendre en charge ces maladies. Des cliniques diététiques ont été ouvertes pour soigner l'obésité. Il a fait remarquer que les rapides changements environnementaux et démographiques, conjugués à l'adoption de comportements peu sains, remettent en question la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Ce sont des défis qui représentent une double charge de morbidité et qui doivent être relevés si la santé doit exercer un plein impact sur les efforts mis en œuvre afin de réduire la pauvreté.

Il a aussi expliqué que les activités d'éradication de la poliomyélite (surveillance épidémique, vaccination et classification des cas) faisaient actuellement l'objet d'une évaluation par la Commission nationale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite. Il a ajouté que Bahreïn était exempt de poliomyélite depuis 1994. Le programme de surveillance épidémique de la paralysie flasque aiguë par la Commission nationale de certification est suffisamment sensible pour dépister tout cas suspect de poliovirus sauvage. Il est intéressant de constater que le taux de couverture à l'aide de trois doses de vaccin antipoliomyélique oral chez les enfants est supérieur à 97 % de 1997 jusqu'à maintenant. La première dose orale est remplacée depuis 2008 par une dose injectable de vaccin non vivant pour les enfants âgés de 2 mois.

S.E. le Ministre fédéral de la Santé du Pakistan a mis en exergue la nécessité de combler les écarts existants dans les soins de santé. Il a attiré l'attention sur le programme des femmes agents de santé dans son pays, qui avec un effectif de 100 000 personnes, est la plus importante initiative de santé communautaire du secteur public dans la Région, et couvre l'essentiel de la population rurale et semi-rurale du pays. Faisant référence aux progrès réalisés dans l'éradication de la poliomyélite, il a noté que la circulation du poliovirus au Pakistan a été limitée à trois zones de transmission. Du 1^{er} janvier au 15 septembre 2010, 48 cas de poliovirus sauvage ont été signalés dans 19 districts, alors que pendant la même période en 2009, 52 cas avaient été signalés dans 25 districts. La plupart d'entre eux sont apparus dans des zones où l'insécurité demeure le principal risque menaçant l'interruption de la circulation du poliovirus. Concernant la lutte antitabac, le gouvernement a approuvé un plan national biennal qui sera axé sur la sensibilisation et viendra compléter les activités financées par l'Initiative Bloomberg. Pour réaliser les objectifs

du Millénaire pour le développement liés à la santé, un programme quinquennal de santé maternelle et infantile a été lancé ; il a été doté de 20 milliards de roupies pakistanaises. Le Pakistan est en bonne voie pour honorer les engagements pris dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine du VIH, en grande partie grâce à la mise en place précoce de programmes ciblant les utilisateurs de drogue et les professionnels du sexe. Quant au programme de lutte contre le paludisme, il a annoncé avoir atteint 50 % de ses cibles à ce jour. S.E. le Ministre fédéral de la santé a attiré l'attention sur les inondations récentes, qui ont provoqué le déplacement d'environ 21 millions de personnes et endommagé ou détruit quelque 500 établissements de santé publics à ce jour. Il a ajouté que les dégâts occasionnés aux établissements privés n'étaient pas encore connus, mais que si on tenait compte du fait que ce secteur fournit plus des deux-tiers des services de santé dans le pays, il était probable que l'ampleur des dégâts soit au moins deux fois plus importante que celle du secteur public. Les efforts demeurent à présent principalement concentrés sur les opérations de secours. Bien que des cas de maladies aient été identifiés, il faut noter qu'aucune épidémie majeure ne s'est déclarée. Il est probable que la dévastation de l'infrastructure sanitaire aura des effets importants sur les efforts effectués par le Pakistan pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. La reconstruction qui suivra les inondations nécessitera une détermination majeure de la part du gouvernement, de la société civile et des partenaires internationaux. S.E. le Ministre fédéral de la Santé du Pakistan a adressé ses remerciements à la communauté internationale, au nom du gouvernement pakistanais, pour son intervention rapide et précieuse visant à fournir des secours aux victimes des inondations.

Le Représentant de l'Iraq a souligné le besoin d'un plus grand nombre de spécialistes de la santé mentale et d'une intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires. Les capacités du personnel pourraient être renforcées et une composante de santé mentale pourrait être introduite dans les programmes médicaux et infirmiers. Les compétences en communication des spécialistes de santé mentale et des personnels infirmiers pourraient être consolidées. La stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux pourrait être éliminée grâce aux programmes de santé scolaire et aux programmes d'études. Les gouvernements doivent faire obstacle à l'expansion des toxicomanies dans la Région, en mobilisant des ressources et en conformité avec les directives de l'OMS. Il a affirmé que la mise au point d'un dispositif de financement pour le fonds de solidarité pour les situations d'urgence pourrait accélérer les initiatives de préparation aux catastrophes et de riposte à celles-ci, et qu'une action doit être entreprise sur l'atténuation des effets du changement climatique. Il a suggéré d'ajouter les droits de l'homme en tant qu'OMD 9 aux objectifs que doivent atteindre les États Membres dans la Région. Il a soutenu la proposition concernant la rotation pour le poste de directeur général.

S.E. le Ministre de la Santé publique du Liban a noté que le réseau régional des établissements universitaires de santé publique avait démarré son activité à partir de Beyrouth. Il a fait référence aux enseignements tirés pendant son mandat au ministère de la Santé publique, à savoir l'importance de pouvoir se fier aux systèmes d'information et de calculer le coût pour chaque patient. Il a affirmé que la transparence était essentielle à toute prise de décision adaptée, alliée à un examen clair de tous les aspects de chaque problème, positifs comme négatifs. Il a ajouté que la politique de santé pouvant être minée par le sectarisme, il était nécessaire de renforcer les activités institutionnelles avec l'OMS et d'élaborer des modèles standards pour les projets. Il a insisté sur le fait que les bureaux OMS de pays devaient être responsabilisés et qu'une méthodologie devait être élaborée pour identifier les programmes conjoints à mettre en œuvre selon une méthode standardisée. Un système de communication intergouvernemental est aussi requis pour clairement classer les types d'information et les détails.

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que les accidents de la circulation étaient la principale cause de mortalité chez les jeunes. Il a demandé à l'OMS de soutenir un programme de lutte contre les traumatismes dus aux accidents de la circulation et d'organiser une conférence régionale qui permettrait d'étudier toutes les statistiques sur les décès imputables à ce problème et de présenter l'expérience des pays qui ont un faible taux de mortalité due à ces accidents. Il a également proposé d'élaborer des programmes de santé particuliers à l'intention des jeunes, semblables à ceux qui ciblent les écoliers, et de les séparer des programmes traitant du sida, de la santé sexuelle, de l'obésité, etc. Il a déconseillé l'utilisation du mot « sexe » dans le titre de tout programme de prévention.

Le Représentant de la République arabe syrienne a insisté sur le besoin d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables vivant dans des circonstances difficiles, comme dans le Golan. Il a proposé la création d'un réseau d'experts pour identifier les interventions efficaces correspondant à la situation de chaque pays ou groupe de population, en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation. Il a également souligné l'importance d'une approche unifiée pour la préparation aux situations d'urgence et la promotion des systèmes de santé fondés sur les principes des soins de santé primaires. Il a mentionné l'expérience syrienne dans le domaine du renforcement des programmes de soins de santé primaires, de leur soutien et leur intégration en tant que programmes nationaux fonctionnant à tous les niveaux des soins de santé, et non pas uniquement au niveau des centres de santé. Il a affirmé qu'il était essentiel d'appuyer les stratégies de promotion de la santé et d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en raison de leur importance pour l'accélération des soins de santé dans nos communautés.

Le Représentant de la Tunisie a déclaré que son pays avait accompli des progrès solides dans le secteur de la santé, notamment en termes d'indicateurs sanitaires, de disponibilité des services de santé, de connaissance des innovations médicales, d'élimination de nombreuses maladies et de prévention des épidémies. Il s'est félicité du soutien apporté à la Tunisie lors de la dernière Assemblée de la Santé. Il a été fait référence à la nécessité d'une coopération internationale pour atteindre les cibles des OMD, en particulier l'objectif visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. En 2000, la création d'un fonds de solidarité nationale contre la pauvreté a été approuvée pour permettre d'atteindre les cibles des OMD. Une étude sur les effets de la crise économique mondiale doit être réalisée pour déterminer les moyens de la combattre et de limiter ainsi son impact sur le secteur de la santé. Le Représentant a souligné la nécessité de coordonner les efforts du Bureau régional et des États Membres dans les interventions en cas de catastrophe naturelle et dans les efforts d'atténuation des graves difficultés auxquelles doivent faire face les Palestiniens dans le territoire palestinien occupé. Le taux de maladies non transmissibles augmente en raison de facteurs de risque, tels que le tabagisme et la sédentarité. La Tunisie a proposé de célébrer l'année internationale de la jeunesse en 2010, et a l'intention d'organiser une réunion sur les jeunes et la santé sous l'égide des Nations Unies. Le Représentant a demandé le soutien des États Membres à la Tunisie dans ses efforts visant à élaborer une approche intégrée et mondiale sur la meilleure manière de protéger la jeunesse vis-à-vis des risques sanitaires et leur contribution de manière efficace à la réunion proposée.

S.E. le Ministre fédéral de la Santé du Soudan a déclaré que, malgré les engagements exprimés en faveur du renouvellement et du renforcement des soins de santé primaires, également mis en évidence dans la Déclaration du Qatar, les efforts déployés dans ce domaine aux niveaux régional et national restaient encore insuffisants. Il a souligné l'importance d'adopter une approche globale qui corrobore les concepts d'intégrité, d'universalité et d'utilisation maximale des ressources. Il a proposé qu'une stratégie régionale soit adoptée afin d'étendre la couverture des services de soins

de santé primaires et ce, conformément aux principes de la Déclaration de Paris. Il a ajouté que la dispensation intégrée et élargie de services garantirait la durabilité des interventions reconnues de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

Il a salué le rôle joué par l'Organisation dans la formulation d'une stratégie pour le développement des personnels de santé, qui contribuera à la poursuite de l'élaboration de stratégies nationales dans cette direction. Il a également rendu hommage à la collaboration de l'OMS avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé en vue de formuler et d'appliquer le code de pratique qui permet de réglementer le mouvement des personnels de santé entre les pays du monde. Il a invité l'Organisation à adopter une stratégie afin de réglementer de tels flux migratoires entre les pays de la Région. Il a fait remarquer que les guerres et les conflits régnant dans plusieurs pays de la Région avaient incité un grand nombre de professionnels de soins de santé à quitter leur pays d'origine, qui ont besoin de leurs compétences pour soutenir la dispensation des services de santé. Les pays étaient dès lors contraints d'importer du personnel de santé expatrié qui n'est pas familier avec les cultures locales ou les contextes sociaux. Il s'est joint à la demande d'une position commune en ce qui concerne la rotation pour le poste de Directeur général. Il a également exhorté les États Membres à assister et à participer aux réunions des organes directeurs de l'OMS qui abordent des dossiers revêtant un intérêt pour la Région, et a déclaré que les délégués des pays arabophones devraient s'exprimer en arabe lors des débats. Il a en outre demandé que l'on trouve une solution au problème de la propagation des médicaments contrefaits.

Le Représentant de la Turquie a expliqué que son pays procédait à une réforme de son système de santé depuis 2003. Il a ajouté que le système de santé servait maintenant mieux la population du pays comme le montrait l'amélioration des indicateurs de santé. Il a rappelé que la Turquie était disposée à développer ses accords et partenariats bilatéraux avec les pays de la Région de la Méditerranée orientale.

La Représentante d'*Alzheimer's Disease International* a déclaré que la maladie d'Alzheimer et les autres démences étaient en train de rejoindre la liste des principaux problèmes de santé de ce siècle. À travers le monde, 36 millions de personnes souffrent de démences, et l'on s'attend à un doublement de ce chiffre au cours des vingt prochaines années. Chez les personnes âgées de plus de 60 ans, il s'agit de la principale cause des années de vie vécues avec une incapacité. Pourtant, les démences ne sont pas toujours reconnues, en raison d'un manque de connaissances. Elle a noté avec satisfaction que la démence faisait à présent partie du programme d'action OMS Comblant les lacunes en santé mentale, où elle figure en tant que priorité. Mais ce programme a besoin de fonds et doit être mis en œuvre dans tous les pays du monde. *Alzheimer's Disease International* a récemment publié le second *World Alzheimer's Report* [Rapport mondial sur Alzheimer], qui porte sur le coût considérable de cette maladie et des autres démences, dans le monde mais aussi dans la Région. Bien qu'il n'existe pas de remède, de nombreuses interventions sont disponibles et pourraient constituer la base d'une stratégie nationale sur la démence. Des discussions avec l'OMS sont en cours pour mettre au point un plan d'action commun. La Représentante a invité instamment les pays à mettre en œuvre les mesures qui s'imposent, si possible avec l'association en charge de la maladie d'Alzheimer au plan national. *Alzheimer's Disease International* est prêt à soutenir les pays dans la création de ce type d'association là où il n'en existe pas.

Le Représentant de l'Alliance internationale des organisations de patients a mis en évidence le lien entre pauvreté et problèmes de santé. Il a souligné l'impact négatif des maladies non transmissibles sur les efforts mis en œuvre afin de réaliser les OMD. Un soutien est nécessaire aux initiatives qui visent à réduire l'incidence des maladies non transmissibles, et qui permettent d'éviter aux patients et à leur famille de sombrer davantage dans la pauvreté. Une plus grande attention doit aussi être accordée aux problèmes de santé mentale, notamment à la démence.

Le Représentant de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine a attiré l'attention sur les problèmes de santé publique liés au tabagisme. Il a fait observer les difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes de santé des pays à revenu faible et intermédiaire pour faire face à la charge des maladies non transmissibles telles que le cancer. Il a déclaré que l'intensification de la prévention constituerait le moyen le plus rentable de s'attaquer aux problèmes de santé liés au tabagisme. Il a proposé l'aide et l'assistance de la Fédération aux efforts actuels de lutte antitabac menés dans la Région par le biais d'un plan d'action régional. Les étudiants en médecine et d'autres étudiants en formation paramédicale ont un rôle à jouer, et l'on espère que les pays feront participer activement les jeunes au processus d'élaboration des politiques, à la prévention et, en particulier à l'éducation.

La Représentante de la Société internationale de transfusion sanguine a déclaré que sa société était prête à contribuer au développement des services de transfusion sanguine dans la Région, en collaboration avec l'OMS, compte tenu de l'importance de ce sujet pour le processus de prestation des services de santé. Elle a demandé qu'on accorde une plus grande attention au développement des services d'appui qui devrait être placé en tête des listes de priorités des gouvernements et de l'OMS au cours des années à venir. Elle a également demandé des améliorations dans les cours de formation sur le développement des compétences en matière de ressources humaines dans ce domaine et la diffusion de la culture du don du sang chez les jeunes.

Le Représentant du Rotary International (*Pakistan Polio Plus Committee*) a noté que les investissements de Rotary International dans l'éradication de la poliomyélite dans la Région atteignaient à ce jour 192 millions USD. Il a déclaré qu'à la suite de la baisse des cas au Nigeria et en Inde, le monde observait attentivement la situation de l'Afghanistan et du Pakistan. Il a aussi noté que l'Arabie saoudite avait promis 30 millions USD pour l'éradication de la poliomyélite lors d'une réunion avec le Secrétaire général des Nations Unies en 2008 et il espérait pouvoir l'encourager à concrétiser cette promesse. Il a appelé l'Afghanistan et le Pakistan à poursuivre sur la voie des progrès réalisés depuis la planification par district.

Le Représentant du Réseau institutionnel et universitaire de la Région de la Méditerranée orientale (EMRAIN) a déclaré que la Faculté des sciences de santé de l'Université américaine de Beyrouth était honorée d'accueillir le secrétariat du Réseau pour le stade de sa fondation. La mission du Réseau est de travailler avec les responsables de l'élaboration des politiques et avec les décideurs, car les établissements universitaires de santé publique dans la Région ne peuvent plus se permettre de demeurer isolés des processus politiques dans leurs pays respectifs comme dans la Région toute entière. Les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs sont impatients d'intégrer les données de la recherche et le savoir au niveau des pays et de la Région dans leurs décisions et réflexions. L'engagement de la Région à renforcer les systèmes de santé en se fondant sur les soins de santé primaires requiert des politiques et des pratiques fondées sur des bases factuelles, et associées à une collaboration plus solide entre les établissements universitaires, les responsables de l'élaboration des politiques, les décideurs et les praticiens, dans la société civile comme dans le secteur privé. Au plan historique, les établissements universitaires ont été dissociés de l'élaboration des politiques et se sont trop repliés sur eux-mêmes. Il a répété que le Réseau était voué à perdurer et avait seulement besoin de temps, de persévérance et de patience pour que son existence et ses effets soient pleinement ressentis.

Le Directeur régional a remercié les délégations pour leurs conseils, suggestions et propositions, qui seront prises en considération. Il a reconnu que les initiatives de collaboration, telles que celle du Groupe des cinq membres du forum pour la coopération en santé, constituaient la voie à suivre dans maints domaines.

Il a remercié les États Membres pour l'expression de leur soutien envers le fonds de solidarité pour les situations d'urgence, qui doit faciliter une intervention rapide et empêcher tout retard dans la prise de mesures lorsque celles-ci s'avèrent particulièrement nécessaires, et pour mettre en évidence l'importance de la réduction des risques de catastrophes. Il a convenu que les partenariats devaient être accrus et renforcés. Il a soutenu la proposition faite par plusieurs pays d'établir une surveillance préventive pour la réduction des risques de catastrophes dans la Région. Il a souligné l'importance du Fonds mondial pour les pays de la Région, notant que, jusqu'à présent, des subventions de l'ordre de 627 millions d'USD ont été octroyées par le Fonds dans la Région. Il est par conséquent essentiel que la Région soit représentée de manière adéquate aux réunions du Conseil du Fonds mondial.

Il s'est félicité de la solidarité dont faisait preuve la délégation de la Somalie, et a émis le souhait que ce pays connaisse un avenir plus radieux permettant d'engager une coopération plus étroite.

Il a admis que la médecine préventive était aussi importante que la médecine curative, et que les agents de santé communautaires, tels que les femmes agents de santé au Pakistan, étaient essentiels à tout système de santé national intégré et constituaient l'un des meilleurs moyens d'atteindre la périphérie.

Il a fait observer que malgré la nécessité d'accorder une plus grande attention à la santé mentale, la Région a néanmoins progressé dans ce domaine ces dernières années. Il a souligné le besoin d'intensifier les activités sur la santé mentale sociale et visant l'éradication de la stigmatisation liée aux problèmes mentaux, et de collaborer avec le ministère de l'Éducation. À cet égard, l'exemple du Pakistan s'avère utile. Il a également recommandé aux États Membres de s'inspirer de l'expérience du Liban qui lie l'orientation-recours des patients vers le secteur privé à l'accréditation des hôpitaux afin d'intégrer ce secteur au cadre réglementaire.

Il s'est félicité de la proposition d'organiser une réunion régionale sur les traumatismes dus aux accidents de la route, et a souligné le fait que, grâce à l'initiative prise par le Sultan d'Oman, ces traumatismes étaient désormais une préoccupation mondiale, appuyée par une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies. Il a convenu avec les délégués qu'une approche plus large en ce qui concerne la santé des jeunes de la Région était nécessaire pour encourager l'adoption de styles de vie sains dès le jeune âge. Répondant aux inquiétudes exprimées quant à l'impact de la contribution des utilisateurs sur les pauvres, et le besoin d'éliminer ces contributions, il souligne que cette question importante ne peut être laissée au secteur privé.

Finalement, il a fait part de sa préoccupation continue quant à la migration des agents de santé hors de la Région.

Le Directeur général a remercié les États Membres pour leurs conseils et leur aide dans les domaines du tabac, de la sécurité routière et de la jeunesse. Elle a pris note de l'importance qu'attachent les États Membres aux objectifs du Millénaire pour le développement et a mis l'accent sur la nécessité d'agir, à seulement cinq ans des échéances. Elle a indiqué que le Secrétaire général des Nations Unies avait demandé à l'OMS de favoriser la mise au point d'un dispositif permettant de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs liés à la santé, et a affirmé que l'OMS travaillerait avec les pays pour faire avancer cette activité. Elle a admis que le suivi et l'évaluation étaient les éléments clés, et a affirmé qu'une action mesurée était une action accomplie. Elle a approuvé également la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles en matière de développement des systèmes de santé, dans le but d'atteindre les cibles liées à la santé.

Faisant référence aux produits pharmaceutiques et à l'achat de médicaments génériques, elle a souligné l'importance d'une analyse coût-avantages préalable au choix d'un générique plutôt que d'un autre, car dans ce domaine comme dans celui des produits de marque, il existe d'amples variations de prix. L'OMS pourrait aider les États Membres à renforcer leurs capacités sur ce point.

Elle a insisté sur l'importance du recours à une approche coordonnée de santé publique vis-à-vis des problèmes de la Région et a convenu qu'en dépit des différences entre pays, bon nombre de stratégies permettant de s'attaquer à la multiplicité des problèmes de santé pourraient être appliquées de manière équivalente dans tous les pays. Aucun pays ne peut se permettre d'avoir un système parallèle.

Elle a aussi reconnu l'intérêt exprimé par les États Membres pour une meilleure gestion des catastrophes. Elle a fait remarquer que l'OMS, l'UNICEF et le Programme alimentaire mondial avaient beaucoup appris de l'expérience que vit actuellement le Pakistan en matière d'intégration de la riposte et des services. En conséquence, l'OMS devrait repenser son approche de l'alerte précoce, de même que de la réduction et de la gestion des risques de catastrophe. Le Directeur général a également attiré l'attention sur le problème du « tourisme des catastrophes » révélé par les situations d'urgence dans lesquelles se trouvent Haïti et le Pakistan. Aucun ministère de la Santé, a-t-elle affirmé, ne pourrait coordonner les centaines d'organisations de la société civile venues fournir leur aide. Les Nations Unies doivent étudier ce problème et renforcer leur action de coordination de la riposte, afin que les ministères puissent exercer convenablement leur rôle d'impulsion.

3.2 Importance de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, à l'occasion de son cinquième anniversaire

Le Dr Haik Nikogasian, Chef du Secrétariat de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, a déclaré que cette année marquait le cinquième anniversaire de l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS qui a été élaborée pour faire face à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme. L'OMS n'avait jamais utilisé son pouvoir de conclure des traités auparavant, mais l'épidémie de tabagisme constitue un grave défi de santé publique qui exige la prise de mesures radicales et créatives.

Selon le Dr Haik, il est remarquable qu'on ait abouti à une convention sur un dossier aussi complexe en l'espace de trois ans après le début des négociations fin 2000. La Convention a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003 et est entrée en vigueur en février 2005, à la suite de la quarantième ratification. La Jordanie, le Pakistan, le Qatar et la République arabe syrienne ont été parmi les 40 premiers pays dans le monde à ratifier le traité. La Convention-cadre se positionne depuis comme l'un des traités ayant remporté l'adhésion la plus large et la plus rapide dans l'histoire des Nations Unies, et comprend 171 Parties à ce jour. L'Afghanistan et la Tunisie ont ratifié le traité cette année, ce qui permet à la Région d'atteindre quasiment les 100 % d'adhésion à la Convention.

Parmi les progrès globalement accomplis par les Parties et le traité, il convient de mentionner la création des principaux organes du traité, à savoir la Conférence des Parties et le Secrétariat permanent. Les instruments essentiels de mise en œuvre, notamment le premier protocole et plusieurs directives portant sur plus de la moitié des principaux articles de la Convention-cadre, ont été adoptés ou sont à un stade avancé d'élaboration. Le système de notification du traité a été bien établi et plus de 80 % des rapports que doivent soumettre les Parties ont déjà été reçus et analysés. Le Dr Haik a expliqué que le soutien apporté aux Parties s'était notamment traduit par des évaluations de besoins, l'appui au transfert des compétences et des technologies, et la

promotion de l'accès aux ressources. La coopération internationale s'est progressivement accrue et est désormais bien placée pour permettre la mise en œuvre de la Convention sous les auspices du Plan-cadre des Nations Unies pour le développement (UNDAF) et du programme « one UN » dans les pays.

Selon les rapports des Parties à la Convention, l'application de plusieurs dispositions clés, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'utilisation de fortes mises en garde sanitaires, l'éducation et l'information du public, l'interdiction de la vente aux mineurs et l'interdiction au niveau national de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage est en bonne voie chez plus de 70 % des Parties. La mise en œuvre d'autres mesures, notamment l'aide au sevrage tabagique, l'interdiction de la publicité et de la promotion aux effets transfrontaliers et le recours aux tribunaux pour renforcer la lutte antitabac, accuse encore du retard, ainsi que les mesures en faveur d'une aide et d'une coopération bilatérales et multilatérales entre les Parties.

Si plusieurs pays ont commencé à notifier une baisse de la prévalence du tabagisme, il ne s'agit toujours pas d'une tendance générale, et cela ne concerne pas tous les groupes de population. Il importe aussi de remarquer que le marketing agressif en faveur des produits tabagiques sans fumée dans plusieurs régions, ainsi que la commercialisation de nouveaux produits tels que les cigarettes électroniques, rendent de plus en plus difficiles les efforts déployés par les pays afin de lutter contre l'épidémie de tabagisme et d'inverser la tendance.

La Région de la Méditerranée orientale a toujours appuyé vigoureusement la Convention-cadre, comme on a pu l'observer pendant les négociations et, ultérieurement, lors de la phase de mise en œuvre. Bahreïn, Djibouti, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran la Jamahiriya arabe libyenne, le Pakistan et la République arabe syrienne ont tous adopté une législation complète. La Région possède l'un des taux d'application les plus élevés en ce qui concerne deux dispositions importantes de la Convention, à savoir l'utilisation des mises en garde sanitaires sur les paquets de tabac et une interdiction complète de la publicité pour le tabac, de la promotion et du parrainage. Cependant, la Région accuse l'un des taux les plus faibles en matière de protection des personnes contre le tabagisme passif sur les lieux de travail fermés, avec seulement moins de la moitié des pays faisant état de telles mesures.

La première étape pilote de l'évaluation des besoins dans six pays de régions différentes vient juste d'être finalisée. Le Dr Haik a ajouté que, dans la Région, les activités sur la Convention-cadre avaient notamment permis l'adoption de nouvelles stratégies et d'un nouveau leadership qui seraient partagés avec d'autres régions, comme une législation modèle et la mise en place d'une base de données régionale sur les mises en garde sanitaires. La Conférence des Parties va organiser sa quatrième session en Uruguay, en novembre. La Convention-cadre, le premier traité international négocié sous l'égide de l'OMS, a fourni une nouvelle dimension juridique en matière de coopération sanitaire internationale.

3.3 Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion)

Point 6 de l'ordre du jour, document EM/RC57/9, résolution EM/RC57/R.8

Le Dr Mandouh Gabr, Président du Comité consultatif régional, a présenté le rapport de la trente-quatrième réunion dudit Comité, qui s'est tenue au Caire les 20 et 21 avril 2009. Il a déclaré que le suivi des recommandations de la réunion précédente était le premier point traité pendant la réunion. Les autres points discutés étaient les suivants : les orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé ; la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ; la stratégie régionale sur la nutrition ; la stratégie régionale sur la riposte du secteur de santé contre le VIH/sida ; et la lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé. Les membres du Comité consultatif régional ont conseillé les intervenants sur chaque point

de l'ordre du jour, et leurs commentaires ont ultérieurement été intégrés pour améliorer les recommandations et documents respectifs. Ces documents ont tous été présentés au Comité régional pendant les deux jours précédents pour être examinés. Le Dr Gabr a conclu en énumérant les sujets possibles de discussion lors de la trente-cinquième réunion du Comité consultatif régional lesquels comprenaient : les déterminants sociaux de la santé, les services de santé et de soins de santé en situation de crise et après la crise ; l'urbanisation et la santé et plus particulièrement la prestation de soins de santé équitables ; la sécurité des patients ; la santé et l'environnement ; et les soins de santé primaires.

Discussions

Le Représentant de l'Arabie saoudite a déclaré qu'aucun consensus n'avait été atteint sur le fait de placer la lutte contre les infections dans le cadre de la sécurité des patients. Il a ajouté que la lutte contre les infections était un sujet global et intégré, qu'il devait faire l'objet d'un programme et être assorti d'une planification aux niveaux des pays et de la Région.

Le Représentant de la Fédération du Golfe pour la lutte anticancéreuse a souligné l'importance de l'implication de l'Union, de la société civile et des pays de la Région dans l'échange de données d'expérience et de vues sur les questions mentionnées dans le rapport.

Le Dr Assa'edi a fait remarquer que la sécurité des patients et les infections hospitalières avaient été évoquées pendant la réunion du Comité consultatif régional et que la décision finale sur ces thèmes revenait au Comité Régional.

3.4 Évaluation du projet des modes de vie sains de Nizwa

Le Dr Huda Al-Sayabeya et le Dr Zaher Al Anqoudi ont présenté un document portant sur le projet de Nizwa sur les modes de vie sains. Ils ont commenté les stades du projet, ses résultats et les enseignements qui en ont été tirés. Le projet a débuté en 1996, mais la mise en œuvre des interventions a commencé en 2004. Le Dr Huda a mentionné le plan quinquennal préparé en coopération avec la société civile et l'OMS. Elle a ajouté que l'évaluation du projet faisait partie d'un document complet.

Le Dr Zaher a précisé que le projet avait changé les idées que la communauté se faisait des maladies non transmissibles. Celle-ci met à présent l'accent sur l'importance des infrastructures sanitaires. Il a expliqué que le projet avait aussi changé certaines pratiques, comme l'intégration de l'usage de l'huile végétale. Il a ajouté qu'il restait beaucoup à faire pour convaincre la population des nuisances que représentent les graisses saturées.

Discussions

En réponse aux commentaires et aux questions, il a été expliqué qu'il a fallu du temps au début pour que la communauté accepte le projet sur les modes de vie sains à Nizwa. Le projet a été envisagé dès 1995, mais les interventions n'ont pas été mises en œuvre avant 2004. Comme pour les villages, les villes et les écoles-santé, la participation de la communauté de Nizwa était nécessaire pour réussir. Sa pérennité et son succès sont dus à une conjonction d'actions et de partenariats. La réussite du projet n'a pas impliqué de changement législatif. Mais elle a mené à la réorientation des services de santé et à des changements comportementaux. Les soins de santé primaires ont été encouragés dans le cadre du projet. L'un des slogans était : « Pour être rassuré, examinez-vous ». Des groupes de bénévoles, dont les scouts, ont diffusé des messages de santé. Des projets adaptés au contexte scolaire et de nouveaux programmes de santé scolaire ont été créés. Le ministère de la Santé s'est montré fortement solidaire du projet et a fourni du personnel infirmier et des agents de santé. Les structures du projet étaient souples, et prévoyaient une rotation des membres du comité. Les comités sanitaires de Nizwa ont été mis en place en 1999

dans chaque *wilaya* [municipalité]. Présidés par le *wali* (ou maire), ils comprenaient des membres de la société civile et du secteur privé. Le personnel du projet travaillait à temps partiel, encadré par une infirmière. Des organisations non gouvernementales ont aussi été créées. Les membres de la communauté de Nizwa étaient attachés à la poursuite du projet, et l'engagement du gouvernement à son égard était solide. De nombreux membres de la communauté sont devenus des décideurs. Le coût du projet s'est élevé à environ 60 000 USD, ce qui inclut des essais en laboratoire et des outils d'enquête en vue de l'évaluation qualitative qui a été entreprise. Un Haut comité a évalué ses conclusions, qui identifiaient clairement des changements comportementaux. Un document détaillant l'évaluation est disponible.

3.5 Annonce du lancement officiel pour la mise en place du Réseau des établissements universitaires pour les systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires dans la Région de la Méditerranée orientale

Le Dr Gezairy a annoncé le lancement officiel du Réseau d'établissements universitaires de la Région de la Méditerranée orientale (EMRAIN). Il a déclaré que l'objectif principal était de renforcer et de mobiliser le rôle et les contributions des établissements universitaires dans la Région à l'appui des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires. On s'attend à ce que ce réseau serve de centre régional pour combler l'écart entre la recherche et la politique. Le réseau est destiné à servir de groupe de réflexion pour l'analyse des politiques sur les systèmes de santé et fournir l'impulsion pour le renforcement des processus de planification et l'utilisation des données pour la prise de décisions. Ce réseau fonctionnera avec le plein engagement et le soutien total des responsables de l'élaboration des politiques comme convenu lors d'une réunion à Beyrouth en décembre 2009. Le Dr Gezairy en a appelé aux responsables de l'élaboration des politiques pour fournir un soutien continu au réseau afin d'assurer sa durabilité à long terme.

Le Dr Iman Nuwayhid, Doyen de la Faculté des Sciences de la santé de l'Université américaine de Beyrouth, a fait remarquer que les institutions universitaires de santé publique dans la Région tentaient depuis longtemps de constituer un réseau pour collaborer, apprendre réciproquement et échanger des expériences. Parallèlement, les responsables de l'élaboration des politiques sont avides de données factuelles pour étayer leur prise de décisions. L'idée était pour les institutions d'apprendre à se connaître et d'échanger des expériences, d'apprendre la manière d'aborder les responsables politiques et de définir des priorités pour la recherche et l'enseignement. Il a souligné le fait que le réseau était la propriété même des membres du réseau et de l'ensemble de ses institutions, et que l'on pourrait mesurer son succès par la transmission d'un réseau actif à l'établissement hôte qui succèderait.

4. Questions budgétaires et programmatiques

Point 5 de l'ordre du jour, résolution EM/RC57/R.9

a) Budget programme 2008–2009 : appréciation de l'exécution

Point 5 a) de l'ordre du jour, document EM/RC57/7(a)

b) Rapport sur le résultat des missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes en 2009, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays

Point 5 b) de l'ordre du jour, document EM/RC57/7(b)

c) Évaluation de l'exécution du budget programme 2008-2009, résultat de l'exercice des missions conjointes d'évaluation et d'examen des programmes pour 2010-2011 ; projet de budget programme pour la Région de la Méditerranée orientale 2012-2013

Point 5 c) de l'ordre du jour, document EM/RC57/8

Madame le Dr Sussan Bassiri, Coordonnateur, Planification, suivi et évaluation des programmes, a présenté les questions budgétaires et programmatiques. Elle a déclaré que l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008–2009 avait été la première à être réalisée dans le cadre du Plan stratégique à moyen terme 2008–2013. Cette appréciation visait l'identification du progrès global dans la réalisation des résultats escomptés présentés dans le Plan stratégique à moyen terme et le budget programme 2008–2009. Parmi les 172 résultats escomptés au niveau régional, 106 ont été « pleinement atteints », 65 « partiellement atteints » et 1 n'a « pas été atteint ». Il s'agissait principalement d'un processus d'auto-évaluation, chaque bureau appréciant la mesure dans laquelle il était parvenu à atteindre la cible des indicateurs pour les résultats escomptés le concernant.

Parmi les réalisations régionales pour la période biennale 2008–2009, on peut citer les points suivants : l'amélioration de la collaboration entre les partenaires et de la mobilisation des ressources dans les domaines ciblés, ainsi qu'un engagement renforcé en faveur d'une action intersectorielle pour l'équité en santé ; une réponse énergique à la première pandémie de grippe depuis quarante ans ; un accès accru aux soins concernant le VIH, le paludisme et la tuberculose, permettant un ralentissement des épidémies ; une baisse de la mortalité maternelle et infantile dans la Région ; l'établissement d'un cadre régional pour la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ; un rôle moteur résolu dans la réponse aux situations d'urgence ; et un engagement renouvelé en faveur des soins de santé primaires et de l'accès aux médicaments essentiels. Parmi les défis rencontrés pendant la période biennale, on peut mentionner ceux qui suivent : une mauvaise harmonisation et un manque de ressources pour les domaines prioritaires autres que les maladies transmissibles ; le besoin de davantage de capacités techniques et gestionnaires pour la mise en œuvre d'activités dans des domaines sous-financés ; une forte rotation des homologues nationaux ; un engagement insuffisant des secteurs partenaires autres que celui de la santé pour soutenir la mise en œuvre des soins de santé primaires fondés sur l'équité en matière de santé et sur les déterminants sociaux en santé ; et une insécurité et des conflits continus dans plusieurs pays.

Le Dr Bassiri a déclaré que depuis la période biennale 2008–2009, le budget approuvé (465 millions USD) avait été réparti sur trois segments : les programmes de base ; les partenariats et les accords de collaboration ; et les interventions en cas d'épidémies et de crises. Cette répartition a mis en évidence la situation relative au financement pour chacun des postes et

les fonds disponibles globalement (632 millions USD) qui sont principalement concentrés sur les quelques domaines suivants : les programmes de vaccination et d'éradication de la poliomyélite, la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et la réponse apportée aux besoins sanitaires en situations de crises.

Les missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes pour 2010–2011 ont permis de lancer les activités de la deuxième période biennale 2008–2013 du Plan stratégique à moyen terme et comprenaient un examen critique et une appréciation des résultats de la précédente période biennale. Le Système mondial de gestion a eu un profond impact sur la structure organisationnelle du flux de travail et les méthodes de travail, comme l'accélération de la décentralisation de la gestion de la planification et des programmes. Les stratégies de coopération avec les pays ont joué un rôle clé dans l'harmonisation des priorités nationales et ont fourni un cadre stratégique à moyen terme pour la coopération. La nécessité d'une amélioration régulière de l'établissement des priorités et des compétences de planification est apparue clairement. Toutefois, la formulation et la définition des résultats escomptés et des indicateurs de performance doivent encore être améliorés. Le dialogue constructif entre les équipes a permis d'avoir une conception commune des résultats escomptés spécifiques aux pays et de faire le lien avec les résultats régionaux escomptés. Le budget approuvé pour la période biennale 2010–2011 reste relativement équivalent au niveau de base de la précédente période biennale (515 millions USD), allouant 70 % aux pays et 30 % à la Région.

Le Dr Bassiri a souligné que le budget programme proposé pour la période biennale 2012–2013 (725 millions USD) était présenté en pleine récession économique mondiale, récession qui avait des implications critiques pour les bénéfices obtenus en santé publique à ce jour. Le budget global destiné aux programmes de base de l'OMS est resté essentiellement inchangé par rapport à 2010–2011, mis à part quelques augmentations mineures pour des partenariats, des accords spéciaux et des segments pour les interventions en cas d'épidémies et de crises. Il s'agit d'une réduction en termes réels, à la lumière des conséquences de l'inflation et des coûts opérationnels croissants des activités, comme par exemple les coûts de personnel et de sécurité. Parmi les priorités pour cette période biennale, on peut citer les points suivants : des efforts redoublés pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les maladies évitables par la vaccination ; la consolidation des acquis concernant le sida, la tuberculose et le paludisme, et d'autres maladies transmissibles ; l'intensification des activités tournées vers les maladies non transmissibles ; le renforcement des systèmes de santé ; une activité continue sur le Règlement sanitaire international, la préparation aux situations d'urgence et la riposte aux flambées épidémiques.

Le Dr Bassiri a conclu son intervention en disant que l'OMS maintenait son engagement en faveur des réformes de gestion suivantes : l'utilisation de l'approche de la gestion fondée sur les résultats pour les activités ; l'engagement à réduire les coûts et à augmenter l'efficacité dans des domaines clés tels que les voyages, les publications et la consolidation des technologies de l'information et des plateformes ; l'établissement d'un Comité consultatif d'experts indépendants de la Surveillance coordonné par le Groupe de la politique mondiale ; la mise en œuvre des normes comptables internationales du secteur public (normes IPSAS), pour être en conformité au 1^{er} janvier 2012 ; la mise en œuvre du Système mondial de gestion, qui réunit des flux de travail, des procédures et des systèmes divers au sein d'un système unique commun à toute l'Organisation ; et enfin des réformes concernant les ressources humaines et plus particulièrement le recrutement compétitif, objectif et transparent et le développement du personnel, en particulier des chefs des bureaux de pays.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a mis en évidence l'importance de la collaboration et de la coopération entre les groupes de pays, et en particulier les pays voisins, et a suggéré qu'une attention particulière soit accordée aux activités transfrontalières en tant que procédure standard durant la planification opérationnelle.

Le Représentant du Maroc a constaté le besoin d'une évaluation globale soulignant la plupart des réalisations, obstacles et enseignements tirés reposant sur les résultats régionaux escomptés pour chaque objectif stratégique. Il a suggéré que le rapport annuel comprenne une évaluation des réalisations dans chaque pays en fonction des objectifs stratégiques, et que les implications financières soient déterminées pour chaque objectif stratégique. Il a déclaré que la distribution des fonds en fonction des objectifs stratégiques ne s'accordait pas avec les priorités de chaque pays. Il a proposé d'organiser des séminaires-ateliers consultatifs pour chaque pays afin d'harmoniser les objectifs stratégiques avec les priorités.

S.E. le Ministre de la Santé publique et de la Population du Yémen a déclaré qu'il soutenait les suggestions du Représentant du Maroc. Il a fait observer que les États Membres à l'Assemblée générale des Nations Unies s'étaient engagés à réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, et il a exprimé le souhait que le budget programme pour l'exercice biennal soit axé sur l'appui aux pays les moins avancés de la Région pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement. Il a demandé au Comité régional de formuler une recommandation pour que la répartition du budget général de la santé alloué par le ministère des finances relève de la responsabilité du ministère de la santé.

Le Représentant d'Oman a appelé les pays à soumettre des propositions claires qui seraient présentées aux prochaines sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé eu égard au projet de budget programme. Il a déclaré que l'attention devait être concentrée sur l'appui et l'encouragement aux systèmes de santé afin d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles, y compris les ressources reportées de la période biennale précédente. Il a souligné la valeur de la collaboration entre les pays voisins et a affirmé que les ressources devaient être allouées pour l'action commune. Sur la question de la production vaccinale, il a demandé l'établissement de programmes clairs et l'affectation de ressources à des fins particulières pour aller de l'avant.

Le Représentant de l'Iraq a proposé que des ressources soient allouées à la promotion du renforcement technique et institutionnel et à la consolidation des capacités individuelles, conformément aux variations des priorités de chaque pays. Il a noté qu'il était important d'allouer le budget en fonction des besoins plutôt que de la taille des populations. Il a souligné l'importance d'effectuer le suivi des activités en utilisant une approche fondée sur les résultats et a demandé à l'OMS de renforcer les capacités des pays dans le domaine de l'économie de la santé.

Le Directeur régional a déclaré que les contributions fixées avaient baissé pour atteindre 19 % du budget total, et que la plupart des fonds étaient désormais issus des contributions volontaires plutôt que des dites contributions fixées. Après des années d'efforts, le budget, sous sa forme actuelle, permettait au Secrétariat de prévoir, de discuter et de présenter les domaines de dépenses pour les contributions volontaires. Il a noté l'importance de la flexibilité, puisque la plupart des contributions volontaires étaient réservées à une dépense spécifique pour un pays donné. Il était nécessaire de négocier davantage avec les bailleurs de fonds afin d'obtenir ces contributions volontaires fondamentales. Il a remarqué qu'il était difficile de prévoir les contributions volontaires et affirmé qu'une fois les fonds promis, il était possible de procéder à des emprunts internes afin d'assurer la continuité des programmes.

Évoquant la question de la production des vaccins, il a affirmé qu'en effet, un certain progrès avait été effectué dans ce domaine. La République islamique d'Iran a été le premier État Membre de la Région à avoir instauré une autorité nationale de réglementation fonctionnelle, conformément aux normes de l'OMS ; l'Égypte devrait normalement être le second. Il a souligné l'importance particulière de cette question pour la sécurité sanitaire, comme on l'a vu pendant la grippe pandémique (H1N1) 2009, lorsque la plupart des vaccins ont été tout d'abord envoyés aux pays producteurs, et que la Région les a reçus avec retard. Il a encouragé les pays possédant une capacité de production de vaccins à se polariser sur un nombre spécifique de vaccins, dans le but d'améliorer la planification. Abordant la question de l'établissement des priorités, il a reconnu que les priorités des pays n'étaient pas toujours en harmonie avec celles de l'OMS, et noté que l'exercice des missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes avait été institué en tant que mécanisme permettant d'aligner les priorités.

Le Dr M.A Jama, Sous-Directeur général chargé de l'Administration, a noté que les propositions devaient être rassemblées par les États Membres pendant les sessions du Comité régional. Concernant l'harmonisation des priorités, il a indiqué que le budget de l'Organisation ainsi que les priorités et les questions programmatiques importantes mentionnées étaient conformes aux objectifs fixés par les États Membres pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Sur la question du financement, il a fait remarquer qu'une consultation avait été engagée par le Directeur général avec les États Membres et les partenaires sur l'avenir du financement de l'Organisation. Il a insisté sur le fait que l'OMS faisait face à de graves difficultés pour obtenir des fonds afin d'exécuter le budget programme.

La question principale ne concernait pas la répartition des fonds, mais consistait plutôt à s'assurer que le financement de 80 % du budget actuel de l'Organisation pouvait être maintenu, alors qu'il dépendait entièrement de la bonne volonté d'une poignée d'États Membres. Il a souligné la vulnérabilité de l'Organisation vis-à-vis du financement des programmes mis en route par les États Membres lors de l'Assemblée mondiale de la Santé. Pour résumer, la question essentielle était de savoir si le mécanisme de financement actuel déterminerait les priorités de l'Organisation, certains programmes essentiels approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé demeurant sous-financés.

Pour ce qui concerne le report des fonds au début de la période biennale, il s'est déclaré conscient des inquiétudes des pays à ce sujet. Il a mis en exergue le besoin de fonds disponibles au début de chaque période biennale et la décision délibérée du Secrétariat de reporter un certain montant à cet effet. Il a noté que les recettes actuellement disponibles pour 2010–2011 ne représentaient que 49 % du budget approuvé et que les dépenses avaient à ce jour fortement dépassé, d'environ 100 millions USD, les recettes de l'année.

Les prochaines étapes prévoyaient la présentation du financement du budget programme au Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif en janvier 2011, qui soumettrait ses recommandations aux États Membres pour approbation à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai. Si le Directeur général n'a reçu aucune indication sur le mode de financement du budget, on pourrait seulement supposer qu'environ 20 % du budget, c'est-à-dire les contributions fixées, serait disponible pour 2012–2013. Il a attiré l'attention sur le fait que certains États Membres fournissant des contributions volontaires substantielles couraient le risque de ne pas pouvoir s'acquitter de leurs contributions du fait de la crise économique. Il a conclu en appelant les pays de la Région à la générosité et à contribuer au budget programme régional ainsi qu'aux activités mondiales.

5. Questions techniques

5.1 Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques 2010-2015

Point 4 a) de l'ordre du jour, document EM/RC57/3, résolution EM/RC57/R.3

Le Dr Khalid Saeed, Conseiller régional, Santé mentale et toxicomanies, a présenté le document technique sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques 2010-2015. Il a déclaré que les troubles mentaux de la mère, de l'enfant et de l'adolescent constituaient un problème de santé publique. La prévalence estimée des troubles mentaux de la mère (15 % à 36 %) et des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (10 % à 36 %) dans la Région est nettement supérieure aux estimations pour les pays développés. Les troubles mentaux de la mère sont non seulement associés à des issues défavorables en santé génésique, mais sont également l'un des facteurs de risque de mauvais développement de l'enfant et de l'adolescent, pouvant être modifiés. Il existe des interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour prévenir et traiter les troubles mentaux courants, qui peuvent aider les enfants à atteindre tout leur potentiel de croissance, les mères à fournir des soins attentifs et les adolescents à évoluer vers un âge adulte productif. La résolution WHA55.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé appelle les États Membres à renforcer les mesures visant à protéger les enfants des conséquences des conflits armés, appel repris dans les recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé visant à mettre à la disposition des enfants, des mères et autres soignants des ensembles complets sur le développement du jeune enfant. Les États Membres doivent de toute urgence prendre les mesures nécessaires pour faire face à cette question. Les orientations et mesures stratégiques recommandées dans le présent document offrent une base pour l'élaboration de stratégies et plans d'action nationaux en vue d'une approche globale et intégrée visant à réduire la charge de morbidité mentale pour ces catégories vulnérables de la société. Les domaines d'action prioritaires incluent l'intégration des services de santé mentale dans le système de soins de santé à tous les niveaux, une action intersectorielle pour prévenir les troubles mentaux et promouvoir le bien-être, ainsi que la promotion de la recherche, de l'évaluation et du suivi.

Discussions

Le Représentant du Yémen a déclaré qu'en prenant en compte les ressources humaines et financières limitées de nombreux pays de la Région et afin de ne pas diluer les efforts conjoints, une composante santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent devait être intégrée dans un cadre stratégique national et global en tant qu'alternative à une stratégie distincte pour la santé mentale de certains groupes.

S.E. le Ministre iraquien de la Santé a déclaré que son pays avait intégré les activités de santé mentale dans les services de soins de santé primaires de manière globale et ce faisant, avait renforcé son rôle institutionnel. Les unités et les cliniques de santé mentale fonctionnent actuellement au niveau des centres de santé pour atténuer les effets de la stigmatisation sociale. Il a insisté sur le besoin d'une activité encore renforcée dans ce domaine et d'une intégration de la composante santé mentale dans tous les programmes de santé scolaire. Un guide a été préparé pour les enseignants. Ce guide est axé sur la santé mentale et le rôle des enseignants dans la détection précoce des troubles mentaux. Il fournit une ligne directrice sur la manière de suivre les cas tout en réduisant la stigmatisation sociale associée à ces troubles. S.E le Ministre a affirmé que le Gouvernement s'efforçait de mettre en œuvre des programmes de prévention et de lutte en santé mentale en collaboration avec d'autres secteurs concernés. Il est nécessaire de créer des organismes nationaux pour la santé mentale. Un mécanisme de suivi pour la santé génésique et les anomalies congénitales est aussi requis. En effet, 25 à 30 % des femmes accouchent dans des

centres non spécialisés et c'est la raison pour laquelle il convient de mettre l'accent sur la formation des sages-femmes. S.E. le Ministre a insisté sur l'importance de l'éducation sanitaire et de la formation des autres professionnels de la santé et pas uniquement des professionnels de la santé mentale.

S. E le Ministre palestinien de la Santé a déclaré que les troubles de santé mentale étaient liés à la situation politique, économique et sociale. Cette situation permet d'expliquer les taux élevés de troubles mentaux en Palestine. Elle entrave aussi la mise en œuvre de stratégies de santé mentale efficaces. La Palestine a élaboré un plan stratégique ambitieux en 2004. Bien que l'OMS ait fourni son plein soutien à la Palestine, une stratégie nationale n'a pas été mise en œuvre et le poids des troubles de santé mentale n'a pas diminué. Cette absence de diminution est due à l'occupation, la stigmatisation et au nombre limité des professionnels de santé mentale. Il a fait observer qu'il était nécessaire d'envisager des incitations appropriées pour les agents de santé dans le programme de santé mentale. Le pays a besoin d'un soutien plus important à cet égard.

Le Représentant du Liban a déclaré que son pays avait récemment adopté une loi sur la santé mentale pour réduire la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux. Cette démarche est considérée comme une avancée positive vers la protection des droits des personnes atteintes de ces troubles. Elle a rendu obsolète une ancienne loi ottomane connue sous le nom de « loi sur les fous ». Le Liban, comme d'autres pays de la Région, a intégré les services de santé mentale dans les services de soins de santé primaires et a mis en route la formation en santé mentale des médecins de soins de santé primaires. Malgré une certaine lenteur des progrès dans ce domaine, une autre initiative a été largement saluée car elle s'attaque à la santé mentale des enfants affectés par presque 20 ans de conflit dans le pays. Cette initiative a suivi une approche multisectorielle et multidisciplinaire. Elle était initialement financée par le Gouvernement puis a été confiée à une organisation non gouvernementale. L'équipe de travail sur l'initiative a effectué des visites régulières pour effectuer le suivi de ces enfants au sud du pays. Cette initiative a ensuite été étendue pour inclure les mères et les adolescents. Elle permet d'éviter la stigmatisation en raison des nouvelles approches adoptées et de l'absence de recours aux centres spécialisés pour traiter ces troubles. Il ajoute qu'aucun consensus sur le rôle des psychiatres n'a été atteint car leur travail est peu réglementé.

Le Représentant du Maroc a déclaré que le problème des troubles mentaux devait être placé en tête de liste des priorités et que des ressources devaient être mobilisées pour la santé mentale. Il a demandé l'appui technique et financier continu de l'OMS. Il a insisté sur l'importance pour les pays de développer des indicateurs pour chaque orientation stratégique liée à la santé mentale. Il a souligné le besoin qu'ont les pays d'échanger des informations à ce sujet.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a fait allusion au Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale de l'OMS, lancé en octobre 2008, en tant que programme prioritaire d'une durée de six ans visant à dispenser des soins efficaces et pleins d'humanité aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques et dus à l'abus de substances psychotropes, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Ce programme vise à combler les lacunes entre la situation actuelle « sur le terrain », et les besoins urgents pour alléger la charge des troubles mentaux. La santé maternelle et infantile fait partie intégrante de ce programme. Le Représentant a expliqué qu'il était nécessaire d'amplifier les efforts d'élaboration de politiques nationales et d'une politique régionale en vue d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires. En ce qui concerne la prise en charge des troubles mentaux chez les femmes en âge de procréer et les jeunes, il a souligné les besoins suivants : la mise en œuvre d'études fondées sur des bases factuelles aux niveaux national et régional ; l'importance de réduire la

stigmatisation ; la formation des agents de santé à tous les niveaux du système de soins de santé ; la prestation bien définie de services avec des mécanismes efficaces d'orientation-recours et de suivi ; et la surveillance et l'évaluation comme composante essentielle de tout programme relatif à la santé mentale.

S.E. le Secrétaire général du Comité populaire pour la santé et l'environnement de la Jamahiriya arabe libyenne a souligné l'importance de la santé mentale aux niveaux national et régional. Il a affirmé que son pays avait publié un décret en vue de créer un comité national responsable des programmes de santé mentale et de l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires couvrant l'ensemble de la population. Il a déclaré que 30 à 35 % des patients ayant recours aux services de soins de santé primaires souffraient de troubles mentaux.

Le Représentant de Tunisie a déclaré que l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires permettait de réduire la stigmatisation y afférant. Une loi a été adoptée en Tunisie pour protéger les droits de ceux souffrant de troubles mentaux et leur droit à la santé. Ces derniers ne sont plus contraints à la réclusion forcée et toute hospitalisation, devrait être justifiée par un avis médical. Il a souligné le besoin de davantage d'études approfondies, en particulier sur le rôle de la culture nationale dans les réactions à la maladie mentale. Il a fait remarquer le besoin d'examiner le rôle des hommes et de femmes dans le mariage et les implications pour la santé de la mère. Il a suggéré qu'un dépistage soit effectué pendant la période pré-nuptiale pour sensibiliser les futurs parents aux problèmes qui pourraient affecter la croissance physique et mentale de leur enfant.

Le Représentant des Émirats arabes unis a exprimé sa préoccupation face au ratio extrêmement faible de psychiatres par rapport à la population générale de la Région. Il a proposé un ajout au projet de résolution demandant aux pays d'encourager les professionnels de santé nationaux à se spécialiser dans le domaine de la santé mentale. Les services de santé mentale sont intégrés à tous les niveaux du système de soins de santé. On évite autant que possible les centres isolés et spécialisés pour prévenir la stigmatisation qui isole davantage les patients atteints de troubles mentaux. Cette approche s'est avérée efficace dans le pays. Le Représentant a proposé que la recommandation concernant la création d'un département national pour la santé mentale au sein du ministère de la Santé soit modifiée pour mentionner « sous la supervision du ministère de la Santé ». Ainsi pourra-t-on faciliter l'apport du soutien financier et administratif nécessaire pour ce département. Il a souligné l'importance de la formation sanitaire pour les jeunes, en particulier les étudiants universitaires.

Le Représentant de l'Afghanistan a déclaré que la santé mentale constituait un aspect très important de la santé, et une priorité pour les ministères de la santé de bon nombre de pays de la Région. En Afghanistan, la santé mentale est une composante de l'ensemble des services de santé de base et de l'ensemble essentiel des services hospitaliers. Malheureusement, si l'on ne dispose d'aucune donnée sur la santé des enfants et des adolescents, les études menées sur les problèmes psychiatriques et psychosociaux chez les femmes indiquent une prévalence élevée de ces troubles. Une analyse des études réalisées sous le régime des Talibans révèle des taux importants d'anxiété et de dépression chez les femmes, et une enquête nationale menée lors de la première année qui a suivi l'invasion américaine indique des niveaux élevés de symptômes dépressifs, de symptômes d'anxiété et de symptômes de troubles de stress post-traumatique chez les femmes. On estime que 66 % de la population afghane souffre de troubles mentaux en raison du conflit. Le ministère afghan de la Santé publique ne dispose d'aucune politique ou stratégie claire en matière de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, et demande une aide financière et technique de l'OMS pour intégrer la santé mentale aux programmes de soins de santé primaires, de santé scolaire et communautaire.

Le Représentant du Pakistan a expliqué que son pays avait corrélié le problème de la santé mentale à la réalisation des cibles des OMD. Il existe un lien entre le programme concernant la santé mentale et celui relatif à la santé maternelle et infantile, et le ministère de la Santé vient d'adopter un ensemble de neuf meilleures pratiques pour les soins de santé maternelle en vue de contribuer à la réalisation des cibles des OMD. L'une de ces pratiques est l'établissement d'un lien entre la santé mentale et les soins du postpartum. Le ministère accorde aussi une très grande attention à la santé mentale des populations vulnérables. Les inondations que vient de subir le pays ont renforcé le problème des troubles de stress post-traumatique, et le Représentant a insisté sur la nécessité, pour la Région, d'allouer des ressources à un fonds de solidarité pour les interventions en cas de catastrophe. Il a déclaré que le Pakistan avait l'intention de s'attaquer à ce problème par le recours aux femmes agents de santé et aux prestataires de soins de santé au niveau des établissements de santé. Le manque de cadres qualifiés dans le domaine de la santé mentale constitue un problème dans le pays. Il a demandé que le rapport annuel du Directeur régional mette plus vivement en évidence la souffrance et la victimisation des Palestiniens dans le territoire occupé.

Le Représentant du Koweït a mis l'accent sur l'absence de législation réglementant l'hospitalisation des patients psychiatriques ou leur sortie de l'hôpital, ainsi que sur le manque d'évaluation en matière de santé mentale dans les communautés. Il a invité instamment le Bureau régional à rassembler toute la législation sur la santé mentale et à la mettre à disposition des pays. Il a expliqué que la plupart des services de santé mentale étaient actuellement dispensés dans des centres psychiatriques spécialisés, bien que l'on puisse améliorer cette situation en intégrant les services de santé mentale dans les hôpitaux généraux. Il a mis en évidence le besoin d'englober d'autres ministères et organisations gouvernementales et non gouvernementales dans le secteur des soins de santé mentale. Il est nécessaire de renforcer la coopération entre les États Membres de la Région afin de procéder à un échange de données d'expérience et de profiter des connaissances acquises par autrui en matière de législation.

Le Représentant d'Oman a fait remarquer que les pays membres du Conseil de Coopération du Golfe avaient élaboré un projet de loi type sur la protection des droits des patients atteints de troubles mentaux, et que la santé mentale n'est pas seulement une question médicale, mais qu'elle comprend aussi une dimension sociale. La coopération avec d'autres organisations et institutions est nécessaire, dans le but de tirer profit de la recherche opérationnelle mondiale sur la santé mentale. Il a expliqué que l'intégration de la santé mentale dans les services de soins de santé primaires requerrait la formation des agents de soins de santé, afin qu'ils possèdent les qualifications appropriées à la prise en charge de ces patients. Il a mis en exergue le besoin de participation communautaire à ces stratégies.

Le Représentant de Bahreïn a soutenu le projet de résolution mais a proposé les modifications suivantes : au paragraphe 3, il conviendrait de remplacer le mot « commission » par « comité », ce qui confèrerait de la souplesse à la mise en œuvre ; il faudrait ajouter « à tous les niveaux » au paragraphe 4, et « santé scolaire » au système de soins de santé au paragraphe 5. Il a expliqué que son pays avait créé un diplôme en santé mentale qui a été proposé aux médecins de famille et de santé primaire, et qu'ils avaient excellé dans ce domaine.

Le Représentant de la République arabe syrienne s'est félicité de la vision du Secrétaire général du Comité populaire pour la santé et l'environnement de la Jamahiriya arabe libyenne en ce qui concerne le besoin d'une planification globale de la santé mentale dans toutes ses dimensions. Il a fait observer que le ministère de la Santé de la République arabe syrienne avait créé un haut comité ainsi qu'un centre national pour la santé mentale. Le centre de lutte contre les dépendances y est annexé. Une administration spéciale a été instaurée pour assurer le suivi de la situation

sanitaire et de la santé mentale des populations déplacées, notamment celles en provenance d'Iraq. La santé mentale a également été intégrée au système des soins de santé primaires, et le ministère de la Santé collabore avec le ministère de l'Éducation afin que les programmes de santé scolaire portent sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

5.2 Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019

Point 4 b) de l'ordre du jour, document EM/RC57/4, résolution EM/RC57/R.4

Le Dr Ayoub Aljawaldehy, Conseiller régional, Nutrition, a présenté le document technique relatif à la Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019. Il a déclaré que, si des améliorations étaient constatées sur le plan nutritionnel, du fait de la croissance économique et de l'effet naturel du développement du secteur de la santé et des services qu'il propose, un rapide aperçu des programmes de nutrition dans la Région laissait penser que la charge de morbidité associée à des apports alimentaires inappropriés constitue le facteur causal immédiat de la dénutrition et que cette charge augmente dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale. De nombreux pays supportent une double charge de morbidité. Les maladies transmissibles ne sont pas complètement contrôlées alors que la charge des maladies non transmissibles augmente. La transition nutritionnelle est alarmante car elle a un impact négatif sur les systèmes de santé. Les problèmes de nutrition majeurs dans la Région sont la malnutrition protéino-énergétique, une prévalence élevée du faible poids de naissance et les carences en micronutriments – parmi lesquels on peut citer l'iode, la vitamine A et le fer chez les jeunes enfants et les femmes en âge de procréer, et les carences en calcium, zinc et vitamine D.

La malnutrition demeure un problème de santé majeur, dont les conséquences sont trop importantes pour être négligées. Elle est la principale cause de la mortalité infantile. De fait, la charge de mortalité des nouveau-nés et des enfants dans les pays de la Région représente 15 % de la charge mondiale. Dans le monde, on estime que 30 % des décès d'enfants de moins de cinq ans sont imputables à la malnutrition légère ou modérée. Dans la Région, la proportion totale d'enfants de moins de cinq ans en insuffisance pondérale a augmenté, passant de 14 % en 1990 à 17 % en 2004. Les maladies chroniques liées à l'alimentation engendrent de lourds coûts et pèsent sur les taux de morbidité et de mortalité dans la Région, alors que les conséquences de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation s'aggravent. Il a été estimé que les maladies non transmissibles dans la Région représentaient 52 % des décès et 47 % de la charge de morbidité en 2005 ; ce dernier pourcentage devrait passer à 60 % en 2020.

La stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 a été élaborée suivant un processus de consultation par le Comité consultatif régional de l'OMS sur la nutrition, qui comprend des représentants des États Membres, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'UNICEF, du Programme alimentaire mondial, de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode, de la *Middle East and North African Nutrition Association* [Association pour la nutrition au Moyen-Orient et en Afrique du Nord] et de l'Union internationale des Sciences de la Nutrition. La stratégie propose des approches pour s'attaquer aux problèmes sanitaires et nutritionnels importants dans la Région. Elle vise à appuyer les pays dans la création et la mise en œuvre d'actions portant sur la nutrition, en prenant en compte les situations et les ressources nationales. Son objectif est d'améliorer l'état nutritionnel de la population tout au long de la vie, en encourageant les pays à accorder à la nutrition une place centrale dans leurs programmes d'action pour le développement. Elle propose un cadre pour aider les pays à décider quelles actions en faveur de la nutrition sont appropriées dans un contexte particulier, en fonction des problèmes de santé les plus répandus. Les approches stratégiques ciblent la dénutrition, les carences en micronutriments, la lutte contre

l'obésité et les maladies non transmissibles. La stratégie met l'accent sur l'appui aux groupes les plus vulnérables et sur la réduction de la pauvreté et de la faim, causes profondes de la malnutrition. Une attention particulière a été accordée à l'orientation des efforts des États Membres sur les résultats de terrain ; sur les avantages comparatifs des contributions des institutions spécialisées et des bailleurs de fonds, notamment en matière de renforcement des systèmes de santé et de nutrition ; et à l'appui du rôle moteur des gouvernements et de la communauté internationale dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Il est dans l'intérêt de tous que le secteur de santé adopte une approche de la nutrition tout au long de la vie.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a déclaré que la situation relative à la transition nutritionnelle dans son pays avait poussé le ministère de la Santé et de l'Enseignement médical à déclarer la nutrition comme l'une des six priorités nationales de premier plan en matière de santé. Plusieurs nouveaux programmes universitaires supérieurs sur la nutrition ont été mis au point pour contribuer à s'attaquer à ce problème, parallèlement à la mise en place de trois programmes stratégiques dans les domaines suivants : surveillance nutritionnelle, sensibilisation à la nutrition et lutte contre l'obésité. Il a exprimé son soutien à la stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019 et a fait remarquer que la collaboration étroite et l'échange d'expériences entre les pays de la Région constituaient un facteur essentiel pour le succès de cette stratégie.

Le Représentant de la République arabe syrienne a déclaré que son pays avait préparé une stratégie nationale sur la nutrition allant dans le sens du projet de stratégie régionale. Il a insisté sur l'attention particulière qui doit être accordée à la sensibilisation continue sur l'alimentation saine et les modes de vie sains, mettant en évidence les dommages causés par les fast-foods. Il a fait référence à la nécessité d'activer des mécanismes pour la protection des consommateurs dans l'ensemble du processus de manipulation des aliments, de la production jusqu'à la consommation finale. Il a souligné l'importance d'organiser le travail des centres concernés par l'alimentation, en établissant des organismes nationaux et régionaux chargés de l'alimentation et des médicaments et en renforçant les systèmes nationaux de surveillance de la nutrition. Il a exprimé son soutien à la stratégie régionale sur la nutrition et a proposé son intégration à tous les niveaux des soins de santé.

Le Représentant du Yémen a mentionné l'importance de la stratégie régionale sur la nutrition, ce domaine représentant une composante principale du développement socio-économique, et non pas seulement un problème de santé. Cette stratégie a une influence sur plusieurs secteurs, comme le commerce et l'industrie ; il est donc important de se concentrer sur l'exhaustivité des interventions. Il a mentionné les variations de la situation relative à la nutrition dans les pays de la Région, ce qui fait de la stratégie une sorte de guide pouvant être adapté en fonction des besoins spécifiques de chaque pays et non pas un modèle unifié pour tous les États Membres. Il a mentionné l'importance de l'identification du rôle des différents organismes concernés par la nutrition pour éviter les chevauchements et les conflits de responsabilités.

S.E. le Ministre de la Santé de Djibouti a exprimé son inquiétude à propos de la pertinence de la stratégie régionale sur la nutrition pour la situation de son pays, précisant que la malnutrition à Djibouti est profondément enracinée dans le contexte sous-régional. En raison des risques climatiques et de l'instabilité des pays voisins, Djibouti reçoit un afflux de personnes déplacées sur son territoire. Environ 75 % de la population malnutrie vient de pays de la sous-région. Pour remédier à ce problème, le gouvernement de Djibouti utilise tous les moyens à sa disposition. Il a

demandé le soutien de l'OMS pour la gestion de ces difficultés. Il a conclu en notant que Djibouti avait régulièrement soumis des données actualisées et avait demandé au Bureau régional d'incorporer ces données dans les divers rapports qu'il publie.

Le Représentant de la Somalie a déclaré que la malnutrition constituait un énorme problème de santé dans son pays, caractérisée par des taux constamment élevés de malnutrition chronique et aiguë dans l'ensemble du pays, même les années où la production alimentaire est améliorée et il y a une relative stabilité. Les données concernant la surveillance les plus récentes montrent qu'un enfant âgé de 6 à 59 mois sur six souffre de malnutrition aiguë et qu'un sur 22 connaît une malnutrition sévère. La nutrition figure parmi les priorités de premier rang du ministère de la Santé, qui a préparé une stratégie et un plan d'action nationaux sur la nutrition, dotés de cibles et d'objectifs spécifiques pour la période 2010-2013. Il a exprimé son soutien entier à la stratégie régionale sur la nutrition.

Le Représentant de l'Iraq a signalé l'importance de la nutrition pour la promotion de la santé. Il a relevé que, malgré l'attention croissante dont bénéficie la sensibilisation du public à la nutrition depuis quelques années, davantage d'efforts étaient nécessaires. Il a noté la nécessité d'introduire la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans les programmes scolaires et dans les services de soins de santé primaires. Il a fait allusion à la création d'un comité national pour l'alimentation et la nutrition, comprenant tous les ministères concernés. Il a aussi mentionné la mise en place d'un organisme consultatif pour la nutrition. Il a mentionné les préparatifs concernant une enquête nationale sur les micronutriments qui sera réalisée durant le premier trimestre de 2011.

Le Représentant de la Palestine a appelé au renforcement de la recherche scientifique et à la réalisation d'études pour déterminer les causes de l'anémie autres que la carence en fer. La Palestine met en œuvre toutes les stratégies de lutte contre l'anémie, comme l'enrichissement de la farine, la promotion de l'allaitement maternel et la sensibilisation dans le domaine de la santé. Il a déclaré qu'il n'existait pas de stratégie claire permettant le suivi systématique de l'état nutritionnel à partir des données disponibles. Il a enfin noté que les nutritionnistes n'avaient pas de formation médicale.

Le Représentant du Qatar a fait référence au succès rencontré par la Convention-cadre pour la lutte antitabac et a demandé à l'OMS d'élaborer une convention similaire pour la nutrition. Il a souligné la nécessité de préparer un programme nutritionnel pour les enfants et les adultes qui comprendrait un examen pour le dépistage précoce de l'obésité et du retard de croissance chez les enfants. Des conseils seraient aussi émis aux parents quant à la manière de faire face à ces problèmes. Il a expliqué que des objectifs mesurables et précis devaient être fixés afin d'évaluer les progrès accomplis.

La Représentante du Koweït a souligné l'importance de créer une sensibilisation en matière de santé et de susciter une culture de la nutrition dans toutes les populations, notamment les écoliers. Elle a mentionné un nouveau programme en cours d'introduction fournissant des repas sains dans les écoles primaires. Elle a déclaré que ces repas couvraient 25 % des besoins des enfants en protéines, calcium, vitamine A et zinc. Le programme permet aussi d'augmenter la sensibilisation à la nutrition chez les enfants, les enseignants et les parents, les enfants représentant un large pourcentage dans la société. Elle a déclaré que des cliniques de traitement de l'obésité étaient en voie de création dans les établissements de soins de santé primaires qui fournissent une équipe médicale intégrée et une formation pour les médecins de soins de santé primaires en matière de surveillance, de suivi et d'éducation.

La Représentante de l'Égypte a déclaré qu'une stratégie nationale sur la nutrition portant sur une décennie a été élaborée avec le soutien de l'OMS. Elle a signalé que le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été introduit dans la législation égyptienne. L'Égypte achève l'instauration d'une surveillance nutritionnelle dans tous les gouvernorats, a-t-elle fait observer. Elle a fait référence à la mise en œuvre d'une campagne nationale sur la nutrition s'adressant aux mères et aux écoliers, à un projet d'enrichissement en acide folique et en fer et à l'adoption d'indicateurs modernes pour le suivi de la croissance de l'enfant. Elle a enfin précisé qu'un plan national était appliqué pour lutter contre le surpoids et l'obésité chez les enfants.

Le Représentant du Maroc a proposé de mettre en place des plans régionaux et nationaux de sensibilisation dans le domaine de la nutrition, d'établir des observatoires régionaux fondés sur des indicateurs convenus, de mettre en œuvre des études et des activités de recherche basées sur les données disponibles dans les observatoires, d'unifier les mesures et les interventions en vue de faciliter la surveillance et le suivi, et d'encourager l'acquisition de données d'expérience dans le domaine de la nutrition. Il a demandé l'aide de l'OMS pour préparer un plan de sensibilisation sur la nutrition et créer un système de suivi de l'état nutritionnel et d'évaluation des résultats.

Le Représentant de Bahreïn a déclaré que la nutrition est considérée comme l'un des piliers principaux des programmes de prévention des maladies dans le cadre des soins de santé primaires. Il a ajouté que l'obésité et le surpoids au Bahreïn dépassaient 50 % chez les adultes et 24 % chez les enfants et les adolescents. Il a mentionné qu'en 2008, des cliniques spécialisées en nutrition avaient été créées dans l'ensemble du pays pour lutter contre l'obésité et le surpoids. Il a ajouté que 70 % des patients de ces cliniques avaient réussi à maîtriser leur obésité. Il a aussi fait référence au lancement du programme de surveillance de la nutrition dans l'objectif de cartographier l'état nutritionnel de tous les groupes d'âge. Il a également mentionné l'élaboration de lignes directrices relatives à l'alimentation pour fournir des informations nutritionnelles détaillées sur les aliments consommés localement et leur relation avec la santé des individus et leur besoins. Il a affirmé que Bahreïn enrichissait la farine en fer et en acide folique depuis plus de dix ans, et que cette intervention avait été couronnée de succès. Il a ajouté que la nutrition a été intégrée au programme d'études médicales.

Le Représentant du Pakistan a salué la stratégie régionale sur la nutrition qui est dotée de cibles clairement définies, notant que la cible concernant l'allaitement au sein exclusif pour 50 % des femmes pendant six mois aura un impact majeur si on parvient à l'atteindre. Il s'est félicité de l'accent mis sur l'enrichissement des aliments et a demandé instamment qu'on examine de manière approfondie le pourcentage de suppléments dans le mélange préalable concentré, ce qui donne la possibilité de s'attaquer à d'autres problèmes de santé tels que les anomalies du tube neural. Il a attiré l'attention sur le besoin de recherche opérationnelle, comme par exemple sur la supplémentation en vitamine A chez le nouveau-né et en vitamine D chez la mère. L'expérience de la supplémentation en zinc au Pakistan, notamment dans le cadre des efforts déployés pour riposter aux inondations, montre un lien possible avec la faible mortalité due aux maladies diarrhéiques.

Le Représentant des Émirats arabes unis a déclaré que la stratégie nationale sur la nutrition était conforme à la stratégie régionale dans ce domaine. Il a mentionné le soutien de l'OMS à une étude d'évaluation visant à déterminer l'ampleur du problème de la nutrition et ses causes. Cette étude a permis d'identifier les principaux groupes à cibler et les meilleures méthodes de mise en œuvre du programme d'éducation sanitaire sur les questions d'alimentation. Il a attiré l'attention sur la nécessité de promouvoir des pratiques nutritionnelles saines chez les écoliers et les

étudiants, de soutenir des programmes d'éducation à une alimentation saine pour différents groupes d'âge et de réaliser des campagnes, notamment publicitaires, sur la commercialisation des aliments avec le ministère de la Santé, afin de garantir des pratiques nutritionnelles saines.

La Représentante de l'Afghanistan a fait remarquer que la malnutrition constituait un problème de santé publique majeur dans son pays. Elle a demandé le soutien technique de l'OMS pour la formation des nutritionnistes, le renforcement des systèmes de surveillance nutritionnelle, la mise à jour des lignes directrices sur la nutrition, le renforcement des capacités nationales sur le long terme, la recherche opérationnelle en matière de nutrition et la fourniture de conseils diététiques.

S.E. le Ministre de la Santé de Jordanie a déclaré que le manque de ressources financières disponibles pour le programme national de nutrition dans les écoles, notamment dans les zones rurales, entravait ce programme ambitieux. Il a ajouté qu'en faisant référence aux habitudes nutritionnelles malsaines, il était important de ne pas oublier la malnutrition dans les pays pauvres manquant de denrées alimentaires. Il a demandé à l'OMS et à tous les pays riches de soutenir les pays pauvres. Il a mentionné les taux élevés de maladies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires et le diabète, qui résultent de mauvais schémas nutritionnels. Il a fait référence au soutien de l'OMS pour la surveillance des problèmes nutritionnels et l'élaboration des stratégies nutritionnelles nationales.

Le Représentant du Conseil international de lutte contre les troubles dus à une carence en iode a déclaré que son organisation a participé à l'élaboration de la stratégie régionale, qui est complète et prend en compte les différentes situations des pays. Il a fait remarquer que la malnutrition due aux carences en micronutriments, et aux troubles dus à une carence en iode en particulier, demeurait un problème de santé publique majeur ayant des conséquences graves. En tant qu'organisation ayant un statut consultatif officiel auprès de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que du Conseil exécutif de l'UNICEF, le Conseil international de lutte contre les troubles dus à une carence en iode se trouve dans une position unique pour fournir des services de sensibilisation et d'appui aux pays afin d'éliminer les troubles dus à une carence en iode. Les Émirats arabes unis ont réalisé l'élimination, et une réunion récente du Bureau exécutif du Conseil des Ministres de la Santé des États du Conseil de Coopération du Golfe (CCG) a défini les conditions nécessaires pour l'élimination des troubles dus à une carence en iode dans les pays du CCG. Il a attiré l'attention sur les défis courants dans la Région, à savoir la réalisation de l'iodation universelle du sel, le maintien des progrès réalisés et l'amélioration de la surveillance et de la notification. Le Conseil international de lutte contre les troubles dus à une carence en iode est engagé dans un partenariat avec l'OMS et les pays pour réaliser l'élimination des troubles dus à une carence en iode.

Le Directeur général a remercié les pays de partager leur riche expérience et leurs conseils. Elle a décrit la nutrition comme un problème caractérisé par la contradiction et le déséquilibre et a affirmé que la dénutrition et la suralimentation coexistaient dans tous les pays. Elle a souligné l'importance d'une approche de la nutrition tout au long de la vie et a fait remarquer qu'avec le vieillissement des populations, les besoins nutritionnels des personnes âgées devenaient une préoccupation croissante. Toutefois, l'investissement du meilleur rapport coût-efficacité reste d'accorder une attention particulière à la nutrition pendant les 1000 premiers jours de vie. Elle a également souligné la nature plurisectorielle de la nutrition, et a demandé instamment aux ministres de la santé de s'allier avec d'autres ministres pour traiter le problème. Elle a noté qu'un cadre pour le développement de l'action nutritionnelle avait été élaboré. Il est dirigé par le Secrétaire général des Nations Unies et s'attaque à une série de problèmes nutritionnels, en

particulier la dénutrition dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Elle a conclu en annonçant qu'un sommet mondial sur la nutrition, dont l'organisation conjointe est prévue avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture en 2012, réunirait les ministres de la santé et ceux de l'agriculture.

Le Directeur régional adjoint a fait référence à la question des données des pays et a affirmé que le Bureau régional souhaitait utiliser des données de pays les plus récentes possibles tout en prenant en compte le besoin de précision et de ponctualité. Il a en outre fait remarquer que toutes les décisions prises par le Comité régional avaient des implications financières ; ces dernières années, le Secrétariat a cherché à estimer ces implications et à rendre cette information disponible aux États Membres et à d'autres parties prenantes. En rapport à la stratégie régionale sur la nutrition, les implications financières ont été estimées à 4 millions USD. Des contributions sont nécessaires à l'appui de la mise en œuvre de la résolution.

5.3 Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

Point 4 c) de l'ordre du jour, document EM/RC57/5, résolution EM/RC57/R.5

Le Dr Gabriel Riedner, Conseiller régional, sida et maladies sexuellement transmissibles, a présenté le document technique sur la Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015. Elle a déclaré que le but de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2011-2015 était d'appeler les États Membres à une action urgente pour renforcer la contribution du secteur de la santé en vue d'atteindre l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH, et à terme, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). La stratégie prend en considération les engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2001 et 2006 et les orientations stratégiques pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH élaborées par l'OMS et l'ONUSIDA. Se situant dans le prolongement de la stratégie régionale du même nom pour la période 2006-2010, elle est également complémentaire de la stratégie régionale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2009-2015, qui ne concerne pas le VIH. Elle tient compte de la nécessité d'une réorientation fondée sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie du VIH dans la Région, sur les enseignements tirés des succès et échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de lutter plus efficacement contre les problèmes persistants.

L'épidémie n'a cessé de se propager depuis le début des années 1980, période à laquelle les premières infections à VIH ont été dépistées dans la Région. On estime qu'au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections à VIH se situait entre 50 000 et 100 000 chaque année. Si la prévalence du VIH chez les adultes est restée faible (moyenne estimée de 0,2 %), de plus en plus d'éléments indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de la population présentant un risque accru associé à la consommation de drogues injectables ou à un comportement sexuel à risque. Toutefois, les lacunes restent importantes dans la majorité des pays en matière de connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie. Grâce au renforcement des efforts visant à enrayer la propagation de l'épidémie et à élargir l'accès au traitement antirétroviral vital, le nombre de personnes traitées entre 2007 et 2009 a augmenté de 70 %. Quelques pays, comme la République islamique d'Iran, le Maroc et le Pakistan, ont atteint une couverture appréciable pour les personnes ayant besoin de services de prévention, et une couverture faible, voire inexistante, des programmes pour ceux qui présentent un risque accru, ce qui constitue la principale raison de la transmission continue du VIH.

La stratégie régionale favorise principalement l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des interventions efficaces du secteur de la santé qui font déjà partie des stratégies régionales existantes. Elle met l'accent sur les points suivants : renforcer les systèmes de santé existants pour répondre aux besoins des programmes de lutte contre le VIH ; cibler les interventions sur les groupes de population où le risque de transmission est le plus élevé ; et améliorer le système d'information en renforçant la surveillance du VIH, en garantissant son exhaustivité et en assurant la qualité des données, et mener des recherches. De plus, ladite stratégie prévoit d'inclure des approches actualisées pour renforcer l'accès à la prévention, aux soins et au traitement, comme l'introduction et l'élargissement systématiques des ensembles de services de prévention et de conseil et le dépistage du VIH à l'initiative du soignant pour les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes. Les principaux bienfaits escomptés de la stratégie régionale sont les suivants : a) plus d'informations sur la dynamique locale de l'épidémie de VIH pour permettre une prise de décision stratégique ; b) une meilleure couverture des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ou de transmission par les services de prévention ; c) une couverture accrue des personnes vivant avec le VIH par les services de traitement et de soins ; et d) un renforcement des capacités des systèmes de santé pour améliorer la qualité, la couverture et la durabilité des services du VIH et autres.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a fait remarquer que la stratégie régionale se situait dans le prolongement des cadres de référence régionaux et internationaux en matière d'éthique et de droits de l'homme et s'appuyait sur les valeurs et pratiques culturelles existantes. Il a déclaré que ce type de stratégie devait tenir compte des déterminants socioculturels de l'épidémie. Une approche adaptée aux sensibilités culturelles est une condition préalable à l'efficacité de toute intervention. Il a insisté sur l'importance du renforcement des systèmes de santé pour répondre aux besoins croissants de la riposte au VIH, la consolidation des systèmes de surveillance de seconde génération, la qualité des soins aux personnes vivant avec le VIH, et celle des programmes de prévention, notamment de la transmission mère-enfant.

S.E. le Ministre de la Santé de Djibouti a souligné l'importance de l'action transfrontalière. La semaine précédente, Djibouti avait accueilli une conférence internationale sur le thème des ports, de la migration, de la mobilité et de la vulnérabilité au VIH/sida. Plus de 30 pays y ont participé, ainsi que l'ONUSIDA et d'autres partenaires. Cinq ministres de la santé y ont assisté. Il a regretté l'absence du Bureau régional. Il a attiré l'attention du Comité sur l'Appel de Djibouti qui en a résulté, et a demandé l'engagement positif des pays en vue d'endiguer l'épidémie. Il a plaidé en faveur du soutien de l'OMS, et du Bureau régional en particulier, afin de mobiliser des fonds et de permettre ainsi aux pays de prendre des mesures efficaces. Il a également souligné, en sa qualité de représentant d'un pays qui connaît une forte prévalence du VIH, la nécessité d'humaniser la pandémie afin de combattre ouvertement la stigmatisation et la discrimination. Finalement, il a demandé aux États Membres de prendre au sérieux leur mandat et d'honorer leurs engagements en représentant les pays de la Région dans les réunions internationales et ce, afin que la Région puisse améliorer sa situation sanitaire.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré que pour riposter efficacement au VIH, deux points devaient être soulignés. Premièrement, la capacité du personnel et des institutions doit être renforcée en matière de lutte contre les infections, de détection précoce et de prise en charge des patients vivant avec le VIH par un service de suivi, de conseil et de soins. Une prise en charge sociale doit aussi être assurée. Deuxièmement, la participation de la société civile et de la communauté doit être encouragée et des partenariats élaborés avec tous les secteurs pour la prévention du VIH dans le cadre des soins de santé primaires. En particulier, les jeunes doivent être sensibilisés au moyen

d'une éducation en matière de santé. Le dépistage volontaire et le conseil, l'éducation sanitaire et l'encouragement au dépistage volontaire pour les futurs mariés et les femmes enceintes sont importants.

Le Représentant du Qatar a déclaré que tous les travailleurs migrants dans son pays étaient obligés de se soumettre à un test et recevaient des conseils avant d'être embauchés. Il a mentionné que de nombreux cas avaient été détectés en suivant cette pratique et que ceci avait permis de limiter la propagation du VIH dans le pays. Il a ajouté que le test prénuptial obligatoire pour le VIH et le conseil avaient été appliqués dans son pays et il a encouragé les autres pays à suivre cet exemple.

Le Représentant du Liban a approuvé la stratégie sur la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015.

Le Représentant de l'Égypte a insisté sur deux points : l'importance d'ouvrir des centres de dépistage volontaire et de conseil pour encourager les groupes les plus vulnérables à se faire dépister, soigner et bénéficier d'un suivi ; et l'importance des campagnes par le biais des médias grand public, au cours desquelles des informations sur le VIH/sida pouvaient être fournies ainsi que des informations sur les services disponibles pour ceux qui sont touchés par la maladie. Actuellement, les médias, y compris les chaînes satellites, ont cessé toutes les campagnes d'information sur le VIH, laissant toute une génération d'adolescents dans la méconnaissance du VIH/sida. Il a affirmé qu'il était essentiel de les sensibiliser.

Le Représentant du Maroc a approuvé la stratégie sur la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 et a mis en évidence le fait que la stratégie était conforme aux cadres internationaux en matière d'éthique et de droits de l'homme et qu'elle venait en temps opportun car le ministère marocain de la Santé était en train d'élaborer la stratégie nationale sur le VIH pour la période 2011-2015. Il a également expliqué que les objectifs mentionnés dans la présentation ne devaient pas se limiter au secteur de la santé et devaient impliquer d'autres secteurs. Il a fait remarquer que beaucoup plus d'attention devait être accordée aux populations vulnérables. Il a proposé de faire participer la société civile, et en particulier les organisations communautaires. Il a demandé à l'OMS d'aider les pays dans leurs efforts visant à établir des liens entre les programmes sur le VIH/sida et ceux relatifs au sida associé à la tuberculose, l'hépatite A, B et C, et la santé sexuelle et génésique. Il a fait remarquer que des financements devaient être générés afin de garantir la durabilité des activités en matière de VIH/sida. Il a demandé au Bureau régional de fournir un appui technique et financier au ministère de la santé pour la mise en œuvre de la stratégie.

S.E. le Ministre de la Santé de la République arabe syrienne a expliqué que, dans certains pays, les normes locales et l'éthique des patients entravaient les efforts de lutte contre le sida. Il a fait observer que les chiffres étaient quelque peu exagérés en raison du manque de politique précise en ce qui concerne l'adhésion aux tests, les conseils et la mise en place de mesures préventives. Il a insisté sur l'importance de permettre aux laboratoires privés et publics d'effectuer des tests pour le VIH, et sur le besoin de rendre ces tests obligatoires pour certains groupes, notamment les tests prénuptiaux.

Le Représentant de la Tunisie a déclaré que son pays mettait en œuvre une stratégie nationale conforme à la stratégie régionale, reposant sur l'analyse de la situation et la recherche sur le terrain. Il a affirmé qu'il était important de poursuivre la surveillance du VIH dans les groupes les plus vulnérables. L'appui technique et financier aux pays de la Région doit aussi être maintenu, plus particulièrement pour le pays disposant de ressources limitées afin de leur permettre un accès aux médicaments antirétroviraux à un prix raisonnable et de les aider à générer des ressources

supplémentaires destinées à promouvoir la riposte du secteur de santé. Il a ajouté que le coût élevé des antirétroviraux devait être pris en compte, en particulier ceux des traitements de deuxième et troisième intention lorsque ceux-ci sont devenus nécessaires dans les pays où la pharmacorésistance est un problème.

Le Représentant du Pakistan a fait remarquer que son pays semblait évoluer vers une situation à haut risque, et passait d'une prévalence peu élevée à une épidémie concentrée dans les groupes à haut risque, où elle est actuellement maîtrisée. Si l'on signale seulement 4000 personnes vivant avec le VIH, on estime qu'en réalité, jusqu'à 90 000 personnes sont concernées. La situation est préoccupante et pourrait représenter une grave menace. Il a exprimé son soutien à la stratégie régionale et a souligné deux grands domaines d'action, à savoir la sécurité transfusionnelle, étant donné le danger toujours posé par les donneurs rémunérés, et la sécurité des injections.

Le Représentant des Émirats arabes unis a fait observer que son pays avait adopté une stratégie nationale pour une riposte du secteur de la santé et un système de protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Ce dernier a été mis en œuvre grâce aux centres de dépistage volontaire et de conseil, et privilégie la protection de la communauté contre la transmission de la maladie, en mettant tout particulièrement l'accent sur les aspects économiques et sociaux. Il comporte également la possibilité d'un dépistage et de conseils volontaires et anonymes, ainsi que des interventions d'éducation sanitaire. Le dépistage pré-nuptial est obligatoire. Il a précisé qu'il communiquerait des informations sur le système à l'OMS et aux pays pour les aider à élaborer une législation.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Jordanie a suggéré que la stratégie régionale devait prendre en compte les taux de prévalence du VIH dans la Région et se concentrer sur les populations les plus à risque, à savoir les utilisateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe et les transfrontaliers. Il a transmis ses remerciements à l'ONUSIDA pour l'adoption de l'Appel de Djibouti.

Le Représentant du Centre d'arabisation des sciences médicales a déclaré que la stratégie régionale pour la riposte du secteur de santé était adaptée, mais que sa mise en œuvre requérait une attention et un soin particuliers en raison de la tendance conservatrice de la Région. Il a souhaité que l'accent soit mis sur les populations les plus à risque et sur l'éducation sanitaire des élèves du secondaire.

La Représentante de la Société internationale de transfusion sanguine a appelé à la sensibilisation chez les jeunes en créant une culture du don du sang volontaire et a souligné l'importance de l'amélioration des normes pour les tests des donneurs dans les pays de la Région. Elle a demandé en outre l'amélioration de la sécurité des banques du sang et le renforcement des compétences de leur personnel pour comprendre l'importance de traiter les résultats des tests en toute confidentialité.

Le Représentant de l'Association internationale des femmes médecins a indiqué que l'association avait inclus la sensibilisation au VIH/sida dans ses recommandations pédagogiques, et que sa branche égyptienne était étroitement impliquée dans le renforcement des capacités des agents de santé.

La Représentante de l'ONUSIDA a fait remarquer que, si la stratégie est globale, le rôle d'autres organisations ne semblait pas reconnu. Il est manifeste que l'accent est mis sur des domaines où l'OMS possède des atouts. Elle a noté la bonne collaboration entre l'ONUSIDA et l'OMS dans la Région, et a déclaré attendre avec impatience de poursuivre le travail commun dans ce domaine, et de coopérer avec les pays sur l'initiative régionale relative aux migrants et aux problèmes transfrontaliers.

Le Dr Andrew Ball, du Siège de l'OMS, a informé les membres du Comité du processus d'élaboration de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011–2015, à la demande de la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. La résolution plaide en faveur d'un alignement de la stratégie sur la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA pour 2011–2015 et les cadres stratégiques plus larges, dont les objectifs du Millénaire pour le développement et le renouveau des soins de santé primaires. L'élaboration du projet de stratégie repose sur une vaste procédure de consultation, dont des consultations nationales dans plus de 50 pays de l'ensemble des Régions de l'OMS, des consultations individuelles auprès d'importants groupes de parties prenantes et un processus de consultation sur l'Internet. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 12 pays ont organisé des consultations nationales et plurilatérales, avec des représentants d'institutions gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, de la société civile au sens plus large, l'ONUSIDA et d'autres institutions partenaires des Nations Unies, des prestataires de service et d'autres domaines de la santé concernés. Le projet de stratégie régionale a joué un rôle important en inspirant la stratégie mondiale.

Tout le monde s'accorde à dire que la nouvelle stratégie doit garantir la protection et la consolidation des avancées obtenues en matière d'intervention de lutte contre le VIH au cours de la dernière décennie. En même temps, elle doit définir des orientations sur la manière d'intégrer les mesures de lutte du secteur de la santé aux priorités plus générales en matière de développement et de santé, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. La nouvelle stratégie doit s'articuler autour de quatre orientations stratégiques, à savoir l'optimisation de la prévention, du diagnostic, du traitement et des résultats des soins contre le VIH ; la manière dont les interventions de lutte contre le VIH peuvent tirer parti des résultats plus généraux en matière de santé en établissant des liens avec d'autres domaines programmatiques ; l'établissement de systèmes de santé à la fois robustes et durables ; et les déterminants sociaux du VIH/sida et des maladies connexes. Le projet de stratégie sera examiné lors de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif de l'OMS en janvier.

Le Représentant de l'Association libanaise de management de la santé a insisté sur la nécessité d'accorder une plus grande importance aux déterminants sociaux du VIH/sida, ainsi qu'à son impact sur les populations âgées de la Région.

Le Directeur général a souligné à nouveau l'importance d'une collaboration étroite entre les institutions des Nations Unies et a fait observer que l'OMS était un co-sponsor de l'ONUSIDA. Il est particulièrement important que les différentes organisations des Nations Unies aient des orientations communes pour leurs stratégies, tout en se concentrant sur les compétences et domaines principaux de chacun. Cette démarche est particulièrement importante pour tenir un discours clair aux États Membres et éviter les confusions. L'OMS connaît cette démarche. Elle souligne les efforts actuels du Fonds mondial pour reconstituer ses ressources. Cependant, dans le climat économique actuel, les fonds disponibles pour les trois prochaines années ne sont pas encore connus. On ne sait pas non plus si les promesses des donateurs se traduiront par des engagements financiers réels. Elle a rappelé au Comité que le Secrétaire général des Nations Unies l'a mandatée pour organiser l'élaboration d'un mécanisme destiné au suivi des réalisations des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation de l'impact généré par l'OMS dans la réalisation de ces objectifs.

5.4 Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration

Point 4 d) de l'ordre du jour, document EM/RC57/6, résolution EM/RC57/R.6

Le Dr Mamunur Malik, Médecin, Surveillance, prévisions et action, a présenté le document technique intitulé « Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration ». Il a déclaré que les infections contractées lors de la prestation de soins de santé – plus précisément appelées infections liées aux procédures de soins - étaient de loin les événements indésirables les plus fréquents dans les soins de santé. Elles surviennent dans le monde entier et touchent aussi bien les pays développés que les pays à ressources limitées. Environ 5 % à 10 % des patients admis dans les hôpitaux pour soins aigus des pays développés contractent une infection liée aux procédures de soins à un moment donné, mais le risque est de 2 à 20 fois plus élevé dans les pays en développement. La Région de la Méditerranée orientale de l'OMS présente l'une des fréquences les plus élevées (11,8 %) d'infections associées aux soins dans le monde, ce qui confirme qu'il existe un problème croissant de qualité des soins dans la Région. Les coûts économiques et d'opportunité liés à ces infections sont considérables pour les services de santé. Selon certaines estimations, la prévention d'un cas d'infection liée aux procédures de soins permet d'économiser en moyenne plus de 10 000 USD et de réduire le risque de décès du patient de 7 % à 1,6 %.

L'infection par le virus pandémique (H1N1) 2009, l'émergence des micro-organismes résistants aux antimicrobiens et l'évolution des menaces de santé publique dues à des agents pathogènes de maladies connues et inconnues, telles que le syndrome respiratoire aigu sévère et les fièvres hémorragiques virales, mettent en évidence le besoin urgent d'organiser et de mettre en œuvre des programmes de lutte contre les infections dans les soins de santé, en conformité avec les autres services et interventions de santé publique. Malgré plusieurs résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional invitant instamment les États Membres à reconnaître les pratiques de soins de santé sûres comme fondamentales pour la qualité des soins dans les systèmes de santé, aucune résolution ne traite de la dimension multidirectionnelle et intersectorielle des programmes de lutte contre les infections dans les soins de santé. Des lacunes considérables persistent en termes d'approche harmonisée et systématique pour prévenir et combattre les infections liées aux procédures de soins tout au long des soins fournis aux patients. Les données mondiales actuelles démontrent clairement qu'une part considérable de la charge de morbidité attribuable aux infections liées aux procédures de soins peut être évitée grâce à des interventions à faible coût. Toutefois, la traduction des données en une pratique fiable et durable dans les soins de santé reste un défi majeur, malgré une connaissance clinique croissante des moyens disponibles pour réduire et prévenir les infections contractées pendant les soins de santé. La mise en œuvre des mesures de lutte contre les infections fondées sur des données factuelles nécessite davantage d'actions de santé publique et de contrôle organisationnel pour une application universelle des pratiques de lutte fondées sur des données factuelles ; un meilleur respect de ces pratiques ; le changement de comportement ; la gestion des risques ; des méthodes de surveillance normalisées ; une meilleure garantie de la stérilité ; et la production d'estimations plus fiables de la charge des infections liées aux procédures de soins grâce à un audit clinique. Toutes ces interventions doivent être intégrées durablement dans une stratégie globale de lutte contre les infections.

Malgré l'existence d'interventions à faible coût visant la lutte contre les infections, les pratiques standard de lutte contre ces infections restent très peu respectées, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Les possibilités actuelles d'amélioration de la sécurité des patients et de la qualité des soins et de réduction significative des coûts des soins de santé par des interventions à faible coût et à fort rendement ne doivent pas être négligées. L'heure est à la

collaboration. Le non-respect des mesures de lutte contre les infections dans les établissements de santé peut compromettre chaque gain sanitaire et tout investissement dans le secteur de la santé. Le présent document propose un ensemble d'actions pouvant être mises en œuvre facilement dans les pays sans impliquer de ressources importantes.

Discussions

Le Représentant de la Palestine a proposé quatre domaines d'attention : rendre obligatoire la vaccination contre l'hépatite B chez les agents de santé (chaque année, 10 000 cas d'hépatite B sont signalés chez des agents de santé) ; la prévention et la lutte contre les infections dans les services de soins de santé infantile et néonatale à la lumière de la propagation de *Klebsiella*, de *Legionella*, de *Pseudomonas* ; les banques du sang et le problème des échantillons de sang contaminés ; et les laboratoires et les infections chez le personnel de laboratoire.

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que son pays avait lancé un programme national de lutte contre les infections en 2002. Celui-ci requiert la mise en place d'une structure professionnelle pour les agents de santé chargés de la lutte contre les infections, et la publication de principes directeurs dans ce domaine à l'intention des services de santé. Il a ajouté que l'Égypte avait pu assurer la vaccination contre l'hépatite B de près de 90 % des agents de santé et des patients en dialyse. Il a demandé que l'on trouve une solution au problème de non-observance des pratiques de lutte contre les infections dans les services de santé, en particulier chez les médecins qui sont les plus réfractaires à la vaccination. Il a aussi plaidé en faveur de la mise en place d'un système de surveillance efficace pour les infections nosocomiales.

Le Représentant du Pakistan a déclaré que son pays approuverait le projet de résolution. Il a expliqué qu'au Pakistan, la prévention et la lutte contre les infections étaient considérées comme des problématiques multidisciplinaires qui englobent, notamment, le VIH/sida et la contraception injectable, laquelle sera bientôt administrée par des femmes agents de santé partout dans le pays. Il a fait référence à deux des plus grands défis pour les programmes de prévention et de lutte contre les infections, à savoir la réglementation des prestataires du secteur privé et l'utilisation irrationnelle des antibiotiques.

Le Représentant de l'Iraq a mis en évidence l'importance de la lutte contre les infections dans les services de santé, faisant observer que son pays avait fait de la Journée mondiale du lavage des mains un point de départ en vue de la prévention et de la lutte contre les infections. Il a préconisé l'élaboration de principes directeurs en ce qui concerne les mères et les enfants dans tous les établissements hospitaliers, en particulier les hôpitaux pour enfants et les maternités. Il a également mis en évidence le rôle joué par le secteur privé à cet égard pour assurer la pérennité au plan environnemental qui contribue à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Représentant de la Jamahiriya arabe libyenne a exprimé son soutien au projet de résolution, mais a également rajouté que l'implication et la coopération du secteur privé étaient nécessaires pour assurer la complétude de cette résolution.

Le Représentant de Bahreïn a exprimé son soutien au projet de résolution sur la lutte contre les infections dans les établissements de santé. Mais il a précisé qu'un certain nombre de points devaient être clarifiés. Il s'est demandé si les cas de patients qui contractent une nouvelle infection ou une infection secondaire dans les établissements de santé devaient être considérés comme une mauvaise pratique ou une erreur médicale et si la Région possédait des directives sur les compensations à leur fournir.

Le Représentant du Maroc a approuvé le projet de résolution, en particulier le premier point concernant la mise en place de programmes nationaux de lutte contre les infections dans les établissements de santé. Il a proposé trois recommandations : premièrement, sensibiliser les professionnels de la médecine et assurer leur implication dans ce programme ; deuxièmement, élaborer un programme de surveillance de la lutte contre les infections ; et troisièmement, actualiser la législation pour garantir la sécurité des patients.

Le Représentant de la République arabe syrienne a approuvé le projet de résolution et a proposé les points suivants : premièrement, d'appliquer et d'étendre les normes de l'assurance qualité et de l'accréditation des établissements de santé dans la Région pour améliorer la sécurité des patients et prévenir les infections ; deuxièmement, de formuler les conditions d'application, notamment en matière de sécurité et de réaliser des actions de formation continue du personnel ; et troisièmement, d'inclure l'obligation redditionnelle et le suivi des programmes de lutte contre les infections, et appliquer une réglementation stricte, en particulier contre les cas de négligence dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé.

Le Représentant de la Tunisie a approuvé le projet de résolution et a cherché à garantir les interventions et mécanismes requis pour la mise en œuvre des programmes de lutte contre les infections. Il a attribué le problème général de lutte contre les infections au manque de sensibilisation des patients et des agents de santé et a souligné l'importance d'une formation et d'une qualification élémentaires du personnel pour apprendre à respecter l'hygiène. Il a ajouté qu'une unité épidémiologique devrait exister dans chaque établissement de santé pour suivre les taux de morbidité et garantir le respect des règles de sécurité simples.

Le Représentant d'Arabie saoudite a affirmé que son pays hébergeait le seul centre collaborateur de l'OMS pour la lutte contre les infections dans la Région. Il a proposé les actions suivantes : rendre la formation obligatoire pour la délivrance d'un renouvellement de licence médicale professionnelle ; former des comités nationaux et régionaux pour examiner et actualiser les politiques de lutte contre les infections ; intégrer la sécurité des patients dans le programme des facultés de médecine ; effectuer un suivi régulier des traumatismes professionnels ; assurer une éducation sanitaire pour tous les groupes de la société ; impliquer le secteur privé dans des programmes de lutte contre les infections ; élaborer des programmes de formation destinés aux médecins impliqués dans la lutte contre les infections aux niveaux national et régional ; et proposer des mesures d'incitations financières et morales aux agents de santé impliqués dans la lutte contre les infections.

Le Représentant du Liban a affirmé que les infections représentaient seulement l'un des nombreux risques possibles en établissements de santé. Parmi les autres risques, on peut notamment citer l'exposition aux rayonnements et les chutes. Il a ajouté que la protection des patients, du personnel et des visiteurs dans les établissements de santé appelait une approche globale et unique de la qualité et de l'accréditation. Il a insisté sur le fait qu'une attention à tous les aspects du contrôle qualité rendait la lutte contre les infections plus réalisable.

Le Représentant de la Jordanie a déclaré que les pratiques de lutte contre les infections ont été améliorées de manière spectaculaire dans les établissements de santé, les équipes prestataires de soins dans ces établissements et en particulier dans les hôpitaux. Il a fait observer que les systèmes d'accréditation soutenaient cette tendance. Il a demandé des efforts supplémentaires dans le domaine de la formation du personnel aux pratiques de lutte contre les infections au sein des établissements de soins de santé primaires.

Le Représentant du Réseau régional méditerranéen de lutte contre les infections (EMRNIC) a expliqué que le réseau avait été créé en 2004 en tant qu'organisation régionale bénévole regroupant les associations de lutte contre les infections, et a indiqué que les autorités concernées dans la Région, ainsi que les professionnels de la lutte contre les infections à titre individuel, étaient les bienvenus dans ce réseau en tant que membres associés. Il a précisé qu'il s'agissait d'un réseau multidisciplinaire de professionnels de la lutte contre les infections, bénéficiant du soutien du Bureau régional, et déterminés à donner l'exemple dans la Région en matière de pratiques dans ce domaine. Le Centre de lutte contre les infections du Conseil de Coopération du Golfe est impliqué dans les activités du réseau depuis le début, et d'importantes améliorations ont été constatées dans les pays membres du Conseil en matière de lutte contre les infections. L'Arabie saoudite accueille maintenant un centre collaborateur de l'OMS pour la lutte contre les infections. Il a déclaré que tous les pays de la Région devaient mettre sur pied, renforcer et maintenir un organisme et/ou programme spécialisé sur cette question. Le réseau a pour objectif l'amélioration des soins de santé par la promotion de l'excellence des pratiques dans le domaine de la lutte contre les infections, au moyen de l'établissement de réseaux soutenant le renforcement des activités actuelles et encourageant la création d'organismes et de programmes spécialisés là où ils s'avèrent nécessaires. Dans ce but, tous les outils et approches réalisables et financièrement abordables doivent être utilisés : fourniture d'une expertise technique, matériels de formation, réalisation de formations et de recherches, mise au point de normes, échange d'informations, communication et collaboration.

La Représentante d'Oman a expliqué qu'une culture de la prévention et de la lutte contre les infections devait être favorisée chez les agents de santé. Pour ce faire, cette thématique peut être ajoutée au programme des écoles de médecine et de soins infirmiers. Elle a fait observer que la surveillance régionale de la résistance aux antimicrobiens devait être renforcée car celle-ci prenait des proportions de plus en plus alarmantes : les taux de « supergermes », tels que *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), constituent une menace grandissante pour la sécurité des patients. Elle a souligné la nécessité d'améliorer et de moderniser les laboratoires de microbiologie.

Le Représentant de l'Association libanaise de management de la santé a fait observer que des données fondées sur des bases factuelles devaient être collectées à partir de systèmes robustes de surveillance régionale. Actuellement, la fragmentation est trop importante. Plusieurs problèmes sont interdépendants, et se groupent tous « sous un même cadre » – sécurité des patients, lutte contre les infections, prévention des chutes, résistance aux antibiotiques et utilisation irrationnelle des médicaments. Il a fait remarquer les besoins suivants : renforcement des capacités, recommandations en matière d'accréditation, un seul organe international pour la « lutte contre les infections », ajout de la prévention et de la lutte contre les infections au programme des écoles de médecine, participation des programmes de formation professionnelle et continue, et utilisation de dispositifs technologiques et médicaux pour réduire les taux d'infection.

Le Dr Malik a déclaré que la question de la compensation était litigieuse tout comme les questions réglementaires. Il a affirmé que des données seraient fournies sur les pratiques dans d'autres pays. La lutte contre les infections sera intégrée aux programmes des écoles d'infirmières et des facultés de médecine et une formation sera proposée aux agents de soins de santé. Toutes les recommandations seraient applicables et une réunion en République arabe syrienne en novembre prochain se penchera sur les problèmes de la lutte contre les infections.

6. Discussions techniques

6.1 Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle

Point 3 de l'ordre du jour, document EM/RC57/Tech.Disc.1, résolution EM/RC57/R.7

Le Dr Hossein Salehi, Conseiller régional, Économie de la santé, a présenté le document technique intitulé « Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle ». Il a déclaré qu'en 2008, les dépenses de santé dans le monde s'élevaient à 5,8 millions de millions de dollars US. Toutefois, les dépenses de santé ainsi que l'utilisation des services de santé par habitant varient considérablement entre les différents pays du monde et de la Région de la Méditerranée orientale et au sein même de ces pays. La part des paiements directs pour la santé reste à un niveau inacceptable, pouvant atteindre 80 % dans certains pays. De ce fait, plus de 150 millions de ménages dans le monde sont confrontés chaque année à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé, et près de la moitié sont poussés vers la pauvreté, en raison des paiements directs dont ils doivent s'acquitter pour les services de santé. En outre, de nombreux ménages sont contraints d'utiliser leurs économies, d'emprunter de l'argent ou de vendre leurs moyens de subsistance pour payer les services de santé nécessaires. Certains ménages renoncent même à rechercher les services nécessaires en temps opportun et vivent avec les conséquences de leurs problèmes de santé, en raison des obstacles financiers. Des études sur l'équité menées dans plusieurs pays à revenu intermédiaire de la Région ont révélé que jusqu'à 5 % des ménages devaient faire face à des dépenses catastrophiques suite à des problèmes de santé et la moitié d'entre eux s'inscrivent dans la pauvreté. Pour certains groupes vulnérables, les risques sont encore plus importants.

Selon les indications disponibles, les paiements directs sont la principale cause des dépenses de santé catastrophiques des ménages et de leurs répercussions. La couverture universelle des soins de santé permet de réduire les paiements directs ainsi que les obstacles financiers à l'accès aux services de santé. L'évolution vers une couverture universelle consiste à réorganiser le système de santé, en mettant l'accent sur ses modes de financement et de prestations des services de santé. Il existe différents modèles pour financer la couverture universelle et fournir des services de santé. Toutefois, les systèmes de financement de la santé et de prestation de services sont interdépendants et l'interface entre ces deux composantes du système de santé est indispensable pour parvenir à une couverture universelle.

Le présent document propose l'examen au niveau mondial et régional du financement de la santé ainsi que six orientations stratégiques et mesures associées afin de faciliter et d'accélérer le passage à la couverture universelle dans la Région : mobilisation de ressources suffisantes pour une couverture universelle ; mise en place de systèmes de prépaiement ; promotion et soutien des achats stratégiques ; promotion, soutien et génération de connaissances pour les politiques de financement de la santé fondées sur des données probantes et mise en place de la couverture universelle ; coordination des partenaires nationaux et internationaux et amélioration de l'efficacité de l'aide ; et suivi et évaluation de l'équité et de l'étendue de la couverture universelle.

De toute évidence, la voie et le temps nécessaire aux différents pays pour atteindre la couverture universelle seront différents. Toutefois, l'expérience des pays ayant récemment atteint la couverture universelle indique que, avec une planification et une volonté politique adaptées, tous les pays peuvent accélérer leur passage à la couverture universelle et que cette dernière est à la portée de nombreux pays de la Région.

Discussions

Le Représentant du Maroc a affirmé que les orientations stratégiques pouvaient servir de feuille de route sur la voie de la couverture universelle et aider les pays à identifier les systèmes qui conviennent le mieux à leur population, en particulier aux indigents. Il a suggéré de réviser la troisième orientation stratégique pour stipuler que le médecin de famille devait être consulté avant toute demande de soins hospitaliers, de façon à réduire la pression sur les hôpitaux et à contrôler les coûts. Il a exprimé sa gratitude pour le soutien technique fourni par l'OMS aux pays au moyen de l'exercice des comptes nationaux de la santé, et pour l'aide à l'évaluation et à la formulation des politiques. Il a demandé la raison pour laquelle ce soutien avait été réduit dernièrement. Il a appelé à davantage de soutien technique, pour aider les pays à élaborer des politiques de financement permettant de réaliser la couverture universelle. Il a également demandé la modification de la quatrième orientation stratégique afin de souligner le besoin d'aide technique et d'études actuarielles permettant d'identifier les systèmes d'assurance les plus appropriés, la possible contribution de l'assuré, le coût de l'assurance et le dispositif d'exécution. Il a également invité à mettre au point une stratégie visant à orienter les pays sur les modes de mobilisation de ressources destinées à l'assurance maladie.

S.E. le Ministre de la Santé de Palestine a déclaré que l'objectif était de dispenser des soins de santé à la fois sûrs, durables et de qualité. Pour ce faire, il faut un réseau d'établissements de soins de santé primaires et secondaires ainsi que du personnel de santé qualifié, et l'apport du financement nécessaire. Ceci, à son tour, requiert un programme global d'assurance maladie, dont les coûts sont couverts à la fois par les pouvoirs publics et la population. Il a demandé à l'OMS de formuler un programme modèle d'assurance maladie susceptible d'être mis en place dans les pays de la Région. Celui-ci doit établir la limite maximale de la contribution des patients pour le traitement en cas de maladie, tout en préservant leur niveau de vie.

Le Représentant de l'Iraq a noté que la mise en œuvre active des soins de santé primaires représentait un investissement dans les ressources actuelles au service du développement durable. Il a souligné l'importance du soutien au secteur privé pour ce qui concerne le prépaiement. Il a également indiqué que son pays soutenait la promotion des achats stratégiques, à condition que ce choix soit conforme aux besoins réels de la population et qu'il puisse prendre la forme d'un achat ou d'une location de service. Il a ajouté que conformément aux comptes nationaux de la santé, un suivi avait été effectué dans les domaines de la promotion, du soutien et de la création du savoir nécessaire aux politiques de financement de la santé appuyées sur des données probantes et à la réalisation de la couverture universelle. Il a également fait observer que l'Iraq encourageait les partenariats conformément aux objectifs du Millénaire pour le développement, et élaborait un cadre de coordination pour les organisations internationales. Le Représentant de l'Iraq a précisé que ces actions seraient incluses dans la stratégie du ministère de la Santé et dans la stratégie pour la coordination des partenaires nationaux et internationaux et l'amélioration de l'efficacité de l'aide. Quant au suivi et à l'évaluation de l'équité et la couverture universelle, ils nécessiteront, a-t-il déclaré, l'application de normes de qualité pour garantir l'efficacité des services de soins de santé primaires et leur intégration dans les services secondaires et tertiaires. Il a ajouté que cela impliquerait également de renforcer les systèmes de santé conformément à quatre priorités : révision des services de soins primaires ; élaboration de politiques pharmaceutiques efficaces ; intégration des secteurs public et privé ; et implication active de la communauté dans la prestation de services.

Le Représentant de Djibouti a noté que les dépenses directes laissées à la charge des ménages constituaient un obstacle financier privant les populations les plus vulnérables de l'accès aux services de santé. Son pays s'est engagé dans un processus visant à instituer un système d'assurance maladie pour toute la population. Les orientations stratégiques exposées dans le

document les aideront à choisir les différentes options de financement, avec le soutien technique de l'OMS. Il a attiré l'attention sur la nécessité d'impliquer les ministères des finances et de la planification, de promouvoir les échanges d'expérience et de bonnes pratiques et d'assurer la coordination des interventions par les partenaires dans le domaine de la protection sociale. Il a conclu en relevant le besoin de renforcer les performances du secteur public pour éviter l'apparition d'un système de soins de santé à deux niveaux. Il s'est demandé si les 8 % proposés pour la santé s'appliquaient au budget public ou au PIB.

Le Représentant du Yémen a déclaré que si les systèmes de prépaiement impliquaient l'existence de dispositifs efficaces d'assurance maladie, le grand nombre des conditions devant être observées posait problème à certains systèmes de santé, notamment lorsque le secteur formel est limité. Dans ce cas, les systèmes de prépaiement resteront confinés à de petits groupes de population et ne fourniront que de petits ensembles de services, à cause du faible volume des paiements. Il a ajouté que cela ne satisferait pas les critères de la couverture universelle. Il a demandé une recommandation pour assurer une coordination appropriée entre les bailleurs de fonds.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a affirmé qu'atteindre la couverture universelle figurait en tête de liste des priorités de son pays. Des efforts sont en cours pour réduire la fragmentation des programmes d'assurance maladie, améliorer leur harmonisation et leur fonction de mise en commun. Un modèle de médecine familiale a été mis en œuvre dans les zones rurales et a été étendu aux zones urbaines, et un nouveau programme d'assurance maladie a été introduit pour couvrir tous les Iraniens non bénéficiaires d'autres programmes. Le gouvernement s'est engagé à réduire la part des dépenses directes à 30 %, alors que le programme d'assurance maladie dotée d'une composante sociale se réforme pour introduire des mécanismes permettant de maîtriser les coûts des soins de santé. Le Représentant a proposé qu'un dixième d'un pour cent du budget des ministères de la santé soit alloué à la production de données et d'études de santé appliquées pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé dans les États Membres. Il a invité les pays à participer à la réunion mondiale sur l'utilisation des comptes nationaux de la santé pour l'élaboration des politiques, qui sera hébergée par le ministère de la Santé et de l'Enseignement médical et se tiendra sur l'île de Kish en mars 2011.

Le Représentant de l'Égypte a noté que son pays acceptait l'analyse de l'OMS selon laquelle les dépenses publiques en santé, à elles seules, ne permettraient pas d'accéder à la couverture universelle, ni de réduire l'incidence des dépenses catastrophiques chez les populations. Il a souligné l'importance de combiner la hausse des dépenses au passage à la couverture universelle, en accordant une plus grande attention, en même temps, aux soins préventifs et essentiels par la mise en place d'un système de santé basé sur les soins de santé primaires et la couverture universelle. Il a ajouté que son pays avait l'ambitieuse intention de mettre en œuvre un plan global d'assurance maladie. Il a demandé à l'OMS de continuer à apporter son aide technique pour relever les défis posés dans le cadre de la prestation de services de qualité et durables. Il a ensuite expliqué que le ministère de la Santé mettait actuellement en place un projet pilote d'assurance maladie globale dans le cadre hospitalier et des soins de santé primaires. Cette expérience sera partagée avec le Bureau régional.

Le Représentant du Liban a fait remarquer que financer les services fournis et fournir des services étaient deux choses différentes. Il a ajouté que cette question ne concernait pas beaucoup de pays de la Région, étant donné que les services sont essentiellement fournis par le secteur public. Il a souligné l'importance de la séparation entre financeur et prestataire pour l'amélioration de l'efficacité des services, comme cela a été le cas pour la privatisation ou pour les établissements indépendants sur les plans administratif et financier. Il a insisté sur le renforcement du contrôle et des capacités organisationnelles de l'État, ainsi que son rôle de surveillance, dans la fixation des prix et la qualité des services. Il a ajouté que les dépenses publiques devraient augmenter si les

paiements directs pour les soins de santé par les ménages étaient réduits. Le Représentant a fait référence à l'expérience de son pays, qui a démontré l'importance des soins de santé primaires dans l'allègement du fardeau financier des ménages. Les soins de santé primaires n'ont pas seulement fourni des services aux pauvres : ils ont aussi protégé les personnes ayant de faibles revenus de l'appauvrissement causé par les dépenses de santé. Le Représentant a également indiqué que les comptes nationaux de la santé devaient être utilisés pour établir des comparaisons annuelles et ne devaient pas servir à faire des comparaisons entre les pays. Il a demandé l'incorporation des soins de santé primaires dans les comptes nationaux de la santé, en tant que poste distinct.

La Représentante du Pakistan a déclaré que le ministère fédéral de la Santé dans son pays avait instauré un programme de services de santé essentiels, dans le but d'accroître la couverture en soins de santé. Les unités de santé de base ont déjà été confiées à des prestataires privés, afin d'améliorer l'accès aux services. Elle a relevé que le projet de programme de santé national comprenait des options de financement des soins de santé, en particulier dans les domaines de la santé de la mère et de l'enfant et des services de planification familiale. Parmi ces options figurent des coupons santé liés aux programmes de soutien des revenus ciblant les populations pauvres. Elle a indiqué que ces systèmes de financement devaient faire partie des programmes de relèvement et de remise en état faisant suite aux inondations, pour lesquels une aide supplémentaire sera demandée à l'OMS.

Son Excellence le Ministre fédéral de la Santé du Soudan a déclaré que les dépenses directes étaient des indications des faiblesses des soins de santé dans les pays de la Région. Il a rappelé l'importance d'introduire et d'étendre un système d'assurance maladie avec une composante sociale dans ces pays. Il a également déclaré qu'il était urgent d'examiner les différentes options de couverture par une assurance maladie dans les communautés où les personnes auto-employées sont majoritaires. Il a demandé que l'OMS propose une ligne directrice à ce sujet. Il a souligné l'importance des comptes nationaux de santé en tant qu'outil pour une planification de santé précise. Il a ajouté que l'expérience de son pays avait démontré que des ressources considérables avaient été utilisées pour la santé sans atteindre les résultats escomptés et que la coordination était défectueuse entre les partenaires et le ministère de la Santé, à plusieurs niveaux.

Le Représentant de la République arabe syrienne a souligné l'importance de l'intégration des soins de santé primaires et des programmes de santé publique destinés à la promotion de la santé, tel que le Programme élargi de vaccination, du fait de leur rôle important dans la réduction de la morbidité, des traumatismes et des incapacités. Il a également souligné l'importance de l'intégration des établissements de santé publique dans l'assurance maladie et les programmes de sécurité, en fixant le prix des services de santé et en utilisant les revenus pour améliorer ces services et en tant qu'incitations pour le personnel de santé, l'état demeurant responsable de la couverture des particuliers et des ménages qui sont dans l'incapacité de payer.

Le Représentant de l'Association libanaise de management de la santé a déclaré que la crainte des gouvernements face au coût élevé de la réalisation d'un tel projet représentait la raison qui expliquait le manque de couverture universelle. Il a souligné l'importance d'assurer une formation suffisante aux technologies modernes dans ce domaine pour les professionnels des soins de santé. Il a ajouté que l'expérience marocaine constituait un bon exemple à cet égard.

Le Représentant de la Fédération du Golfe pour la lutte contre le cancer a noté que les coûts élevés des soins anticancéreux ont rendu les compagnies d'assurance réticentes pour couvrir ce type de traitement. Il a souligné l'importance de l'introduction de programmes de prévention dans les services de soins de santé primaires et de développer le plaidoyer en faveur de l'économie de la santé. Il a ajouté que la priorité pour recevoir des services de santé d'urgence devait être

donnée aux pays qui connaissaient des situations d'urgence complexes. Il a rappelé l'importance de renoncer à la discrimination contre les bénéficiaires des services, de respecter la vie privée des patients et de maintenir la confidentialité des informations personnelles. Il a également souligné l'importance du renforcement du rôle de la société civile pour fournir des services de santé à tous ainsi que du rôle du secteur privé dans tous les pays de la Région. Il a fait référence à la possibilité de mettre en œuvre des initiatives de prévention et de promotion de la santé par les organisations non gouvernementales.

Le Représentant du Centre d'arabisation des sciences médicales a indiqué que le Koweït avait tenté de mettre en œuvre la couverture universelle des soins de santé de telle sorte que les individus ne supportent aucun coût. Il a ajouté que le problème résidait dans le fait que ces derniers ne connaissent pas leurs besoins. Par ailleurs, le médecin généraliste oriente les patients directement vers les spécialistes. Il a également ajouté que la privatisation devait concerner la gestion, car le secteur privé sera toujours à la recherche de bénéfices.

S.E. le Ministre de la Santé du Qatar a affirmé que la santé était un droit fondamental de l'être humain, mais que les individus abusaient parfois des ressources sanitaires. Il a ajouté qu'il devait exister une forme de paiement conjoint par l'État et les individus. Il a signalé que son pays avait introduit les comptes nationaux de la santé pour vérifier que les ressources avaient bien été dépensées aux endroits appropriés. Il a demandé que le mot « stratégique » soit remplacé par « amélioration » du financement des soins de santé en vue de la couverture universelle dans les pays, qu'ils soient riches ou pauvres.

Le Conseiller régional, Économie de la santé, a souligné qu'une réunion était prévue l'année suivante pour traduire les recommandations et orientations stratégiques en plan d'action. Faisant référence à la Déclaration d'Abuja, il a précisé que dans cette dernière, l'allocation indiquée pour le secteur de la santé était de 15 % du budget public, au lieu des 8 % pour le ministère de la Santé seulement prévus dans les recommandations formulées dans le document. Au sujet des dépenses de santé directes des ménages, il a déclaré que le montant de ces dépenses était un indicateur de la volonté des individus à dépenser pour leur santé. Il s'agit d'une opportunité pour les décideurs de prélever des petites sommes d'argent sur les ménages et de mettre en commun ces sommes dans un programme d'assurance maladie ou d'autres programmes de prépaiements. Il a affirmé que les orientations stratégiques seraient améliorées grâce aux commentaires des participants puis partagées avec les pays en même temps qu'un plan opérationnel.

Le Directeur général a noté que les États connaissaient différentes évolutions culturelles, historiques et économiques et a admis que les comparaisons entre pays étaient beaucoup moins utiles que les comparaisons au sein du même pays sur une période donnée. Elle a reconnu les difficultés que connaissent les pays dans leur cheminement vers la couverture universelle, notamment dans l'identification, le suivi et la prise en compte du secteur informel. Certains pays ont connu des expériences réussies dans ce domaine, mais cela n'a pas été facile. Évoquant la méthodologie des comptes nationaux de la santé, elle a noté que les éléments qui s'y trouvent pouvaient être très différents d'un pays à l'autre et d'une période à l'autre. L'OMS recherchera des modes d'amélioration possibles de cet outil, afin de mieux soutenir les pays. Elle a mis l'accent sur le besoin d'engagement politique vis-à-vis de l'équité et de la justice sociale. Même si la couverture universelle est l'un des dispositifs les plus importants pour la prise en compte du droit à la santé dans un pays, elle nécessite un compromis. Aucun pays, en effet, ne peut couvrir 100 % des coûts, de la population et des services. Les dirigeants nationaux doivent déterminer quelle population –et dans quelle proportion – et quels services couvrir, et comment partager les coûts. D'après les recommandations de l'OMS, la part des paiements directs par l'utilisateur ne doit pas excéder 20 %, mais cette proportion pourrait être ajustée au fil du temps et selon les autres services fournis à titre gratuit, comme la vaccination. Elle a indiqué que l'OMS ne prenait pas

position au sujet du type de prestataires des soins de santé, mais a encouragé les ministères de la santé à contrôler la situation, en particulier pour réglementer la qualité des services et influencer sur l'établissement des prix, d'une façon ou d'une autre. Elle a relevé que le secteur privé devait faire des bénéfices, mais que la santé est considérée comme un bien public. Elle a fait remarquer que dans certains pays, de 60 à 70 % - voire plus – des services de santé étaient fournis par le secteur privé en l'absence de réglementation, et a mis en garde contre les problèmes résultant de cette situation. Elle s'est déclarée consciente de l'inquiétude exprimée par les pays au sujet des responsabilités individuelles et gouvernementales, et de celles des prestataires. À cet égard, un bon système de suivi et d'évaluation est nécessaire, afin de mettre en évidence l'obligation de tous de rendre des comptes. Il s'agit de la mesure la plus puissante, et les pays pourraient recevoir un soutien à son introduction. Elle a attiré l'attention sur le fait que l'accès universel était le premier élément de la santé pour tous, qui ne peut être réalisé sans un financement de la santé bien conçu. Elle a conclu en notant qu'à la suite du lancement du rapport à la fin de l'année, une série de réunions auront lieu dans le monde entier, notamment en Iran en mars 2011. Ce sujet occupera probablement le devant de la scène mondiale au cours des prochaines années.

7. Autres questions

7.1 Collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Point 9 de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.5

Le Dr Akihiro Seita, Coordonnateur, Sida, tuberculose et paludisme, a présenté un exposé sur la collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il a déclaré que le Fonds mondial était devenu de loin le principal organisme de financement pour l'intensification des soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dans les pays de la Région. À ce jour, le Fonds mondial a déboursé 627,2 millions USD au profit des pays de la Région. Cet appui a permis d'améliorer la couverture de la prévention du VIH, de la tuberculose et du paludisme et les services de traitement dans la Région. Malgré ces réalisations, il reste plusieurs problèmes liés à la collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial. Parmi ces problèmes, on peut citer une faible capacité d'absorption nationale et une participation régionale qui n'est pas optimale dans les processus de gouvernance du Fonds mondial, associées à des politiques et des stratégies du Fonds mondial en rapide évolution. Dans l'objectif de renforcer la collaboration avec le Fonds mondial, il est important pour les pays de la Région de participer activement aux processus de décision du Conseil du Fonds mondial et de ses comités.

Discussions

Son Excellence le Ministre de la Santé de la Palestine a déclaré que son pays avait bénéficié de subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cependant, la Palestine étant un pays occupé, ces fonds n'ont pas été reçus directement mais par l'intermédiaire d'un organisme tiers comme le Programme des Nations Unies pour le développement ou le Fonds des Nations Unies pour la population. Cette approche a limité le bienfait et entravé l'usage optimal de ces fonds en raison du statut de la Palestine. Il a émis le souhait que cette question soit résolue et que son ministère devienne le destinataire principal de ces fonds.

S.E. le Ministre de la Santé du Yémen a affirmé que la crise économique internationale avait eu des conséquences négatives sur l'attribution des subventions du Fonds mondial aux pays de la Région qui en ont précédemment bénéficié. S.E. le Ministre a recommandé la participation effective des pays récipiendaires de la Région aux prochaines réunions, au niveau du Conseil d'administration ou au niveau politique. Il a fait part de son inquiétude au sujet du classement par ordre de priorité appliqué par le Fonds mondial pour l'attribution de son aide, car de nombreux pays de la Région pourraient perdre leurs subventions pendant une durée assez longue. Il a suggéré l'émission d'une recommandation des pays de la Région au Fonds mondial proposant le réexamen de la décision prise par l'unité Politiques.

S.E. le Ministre de la Santé de la République arabe syrienne a déclaré que son pays était celui qui bénéficierait le moins du soutien du Fonds mondial, d'après les critères de classement par ordre de priorité établis par ce Fonds. Il a suggéré que le Fonds mondial réévalue cette approche.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a affirmé que le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme représentaient un énorme fardeau pour l'économie mondiale. Le combat contre le VIH/sida était émaillé de difficultés, comme les changements dans les modes de transmission, la co-infection VIH/tuberculose, les lourdes dépenses entraînées par les mesures diagnostiques et thérapeutiques et l'incidence croissante du VIH/sida dans les pays en développement. Il a été nécessaire de convaincre les pays d'utiliser toutes les opportunités de bénéficier du Fonds mondial pour encourager l'application de mesures de prévention et/ou de lutte dans ces pays dans

le besoin. Dans la lutte contre le VIH/sida, IMOD, un nouveau médicament immunorégulateur à base de plantes produit en République islamique d'Iran, s'avère un précieux instrument de modification du système immunitaire des patients infectés par le VIH/ atteints du sida. La charge financière exorbitante causée par la tuberculose multirésistante et ultrarésistante oblige les pays à conclure de plus fortes collaborations. L'apparition de la tuberculose multirésistante, pour laquelle le taux de succès thérapeutique n'excède pas 50 %, a attiré l'attention de tous les gouvernements. Le centre collaborateur de l'OMS pour la tuberculose situé en République islamique d'Iran pourrait partager son expérience des méthodes diagnostiques et thérapeutiques utilisées contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante, afin qu'elle profite à d'autres pays. Le Fonds mondial a également pu renforcer les mesures de lutte contre les cas pharmacorésistants et de traitement de ces derniers dans la Région, ce qui pourrait aider à réduire la charge de morbidité dans les pays voisins. Les changements environnementaux et climatiques, les modifications comportementales des vecteurs des parasites et les cas de paludisme pharmacorésistant ont eu des conséquences sur l'augmentation de la prévalence du paludisme. La République islamique d'Iran est prête à inscrire un candidat de chaque pays de la Région au programme de formation de 45 jours dispensé par le centre de formation régional sur le paludisme, qui se conclut par la remise de la certification de l'OMS aux participants.

Le Représentant de la Tunisie a exprimé son soutien à la suggestion du Yémen concernant une action commune suite à la décision prise par le Fonds mondial de réexaminer les critères pour la réception des fonds. Il a déclaré que ces critères devraient suivre deux principes fondamentaux : premièrement, prévenir vaut mieux que guérir ; et deuxièmement, les investissements en santé devraient cibler les procédures présentant le coût le moins élevé et le meilleur rapport coût-efficacité. Il a appelé le Bureau régional à soutenir et aider davantage les programmes nationaux, notamment ceux qui sont liés au Fonds mondial.

Le Représentant du Pakistan a déclaré que des opportunités de collaboration avec l'Alliance GAVI et le Fonds mondial devaient être explorées sur la question du renforcement des systèmes de santé. Cette stratégie de réduction du risque fiduciaire devrait aider l'Alliance GAVI à atteindre ses objectifs. Le Fonds mondial devrait envisager d'élargir son soutien aux interventions de santé publique qui aideraient les pays de la Région à réaliser les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé de l'enfant et de l'adolescent.

Le Représentant de l'Égypte a souligné l'importance de la contribution du Fonds mondial pour le développement des infrastructures de santé dans de nombreux pays et son rôle dans la pérennité de ces infrastructures. Il a demandé quelles étaient les alternatives pour la poursuite d'un programme dépendant de fonds qui cesseraient d'être disponibles après deux ans. Il a affirmé partager le point de vue de la délégation yéménite et a déclaré que l'approche actuelle des priorités dépendait de deux éléments, le statut économique d'un pays et sa charge de morbidité, et il a suggéré que cette approche soit réexaminée.

Le Représentant du Qatar a déclaré qu'il était important d'élaborer un nouveau mécanisme dans la Région pour permettre aux pays de bénéficier des fonds des donateurs. Le mécanisme devrait permettre d'établir un ordre de priorité pour les pays en fonction des besoins. Il a ajouté que les ministères de la santé et des affaires sociales devraient collaborer plus étroitement ensemble, en particulier maintenant que des nouveaux critères de réception des fonds des donateurs pourraient empêcher les pays d'en bénéficier comme auparavant.

Le Représentant de l'Iraq a demandé quelles procédures pouvaient être utilisées pour le suivi des capacités nationales. Il a souligné l'importance d'établir un plan d'action pour garantir une adaptation des fonds aux plans stratégiques et opérationnels des pays. Il a insisté sur l'utilisation de ces fonds pour le renforcement des programmes liés à l'atteinte des cibles de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement.

Le Représentant du Soudan a indiqué que son pays était l'un des principaux bénéficiaires du soutien du Fonds mondial, et que de nombreuses réalisations étaient à mettre à l'actif de son soutien. Le Soudan ne reçoit pas les fonds directement, mais par l'intermédiaire de tiers comme le PNUD, ce qui réduit le montant des fonds de 40 %. Il a suggéré de recourir à un autre dispositif afin d'assurer une meilleure utilisation des fonds. Il a également proposé de créer un fonds régional pour que les services soient pérennisés au cas où le Fonds mondial interromprait son financement.

La Représentante de l'Afghanistan a fait remarquer qu'au moyen des programmes sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, un soutien solide a été fourni au renforcement des systèmes de santé. Elle a recommandé la fourniture d'un soutien accru par le Fonds mondial à tous les pays de la Région, en vue de ce renforcement, afin qu'ils administrent leurs programmes de santé plus efficacement et que leur pérennité soit assurée après l'interruption du versement de ces fonds.

Le Représentant du Fonds mondial a déclaré que le Fonds saluait vivement les efforts déployés par ses partenaires, y compris les organisations non gouvernementales et le secteur privé, ainsi que la synergie de ces efforts et la collaboration étroite que représentent ces partenariats. Il s'est également félicité des contributions techniques et du soutien financier des pays. Il a ajouté que les partenariats solides entre le Fonds mondial et les pays ont été inspirés par les mécanismes nationaux ainsi que par les propositions émanant des pays, notamment les pays à revenu intermédiaire, pour classer les programmes de prévention par ordre de priorité. Il a rendu hommage aux pays où il a été nécessaire de recourir à des tierces parties afin de recevoir les fonds. Il a déclaré qu'il y avait des idées pour la création de nouveaux mécanismes qui pourraient aider les pays à avoir des échanges plus efficaces avec le Fonds. Il a noté qu'un certain nombre de thèmes stratégiques très importants avaient été examinés lors de la présente session. Il a invité les pays à participer aux mécanismes du Fonds mondial et à utiliser ces mécanismes pour soumettre leurs suggestions.

Le Président de l'Union des Médecins arabes a suggéré que les mécanismes de remise des fonds à la Palestine soient réexaminés. En effet, ces mécanismes n'ont pas évolué depuis l'occupation israélienne malgré la création de l'Autorité nationale palestinienne. Cette procédure signifiait que le Ministère de la Santé de la Palestine n'était pas autorisé à recevoir les fonds directement. Elle n'est donc pas d'un bon rapport coût-efficacité et limite le bienfait de ce financement. Il a invité tous les ministères de la santé de la Région à intégrer l'appui à la Palestine dans leurs programmes nationaux car les Palestiniens étaient confrontés à des difficultés croissantes et graves.

7.2 a) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé

Point 7a) de l'ordre du jour, document EM/RC57/10

Le Dr Abdulla Assaedi, Directeur régional adjoint, a attiré l'attention sur les résolutions adoptées par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé. Il a invité instamment les États Membres à examiner les mesures à prendre par le Bureau régional et les États Membres et à signaler les actions mises en route de leur côté.

b) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif

Point 7b) de l'ordre du jour, document EM/RC57/10-Annexe 1

Le Dr Abdulla Assaedi, Directeur régional adjoint, a présenté ce point, sollicitant des commentaires à ce sujet. Il a été noté que le sujet de la rotation pour le poste de Directeur général avait été proposé par la Région de l'Afrique pour discussion pendant le Conseil exécutif.

7.3 Désignation d'un État Membre appelé à siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

Point 8 de l'ordre du jour, document EM/RC57/11, décision n°4

Le Comité régional a désigné Djibouti pour faire partie du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales pour une période de trois ans, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2014.

7.4 Attribution du Prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2010

Point 10 a) de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.6

Le Prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2010 a été décerné au Docteur Faissal Abdul Raheem Mohammed Shaheen pour la contribution significative qu'il a apportée à la santé publique en Arabie saoudite, notamment dans le développement des services de néphrologie et des transplantations d'organes.

7.5 Attribution du Prix pour la Recherche sur le Syndrome de Down

Point 10 b) de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.7

Le Prix pour la Recherche sur le Syndrome de Down dans la Région de la Méditerranée orientale pour 2010 a été décerné aux lauréats suivants : le Dr Hoda Abdullah Kattan (Arabie saoudite), l'Association *Al Nahda Philanthropic Society for Women – Al Nahda Schools for Down Syndrome* [Association philanthropique Al Nahda pour les femmes – Écoles Al Nahda pour le syndrome de Down], (Arabie saoudite) et Mme Sabah Zemmama Tyal (Maroc).

7.6 Révision des statuts de la Fondation pour la recherche sur le syndrome de Down

Point 10 d) de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.9, décision n°5

Le Comité régional a approuvé la révision des statuts de la Fondation pour la recherche sur le syndrome de Down.

7.7 Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale

Point 10 c) de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.8

Le prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale a été décerné au Dr Ali Jaffar Mohamed (Oman) dans le domaine du cancer, et au Dr Bagher Larijani (République islamique d'Iran) dans le domaine du diabète.

7.8 Remise d'une distinction récompensant l'Action nationale dans le cadre juridique à l'appui de la lutte antitabac

Une distinction récompensant l'Action nationale dans le cadre juridique à l'appui de la lutte antitabac a été remise à l'Afghanistan et à la Tunisie pour la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, ainsi qu'à Bahreïn, aux Émirats arabes unis, à la Jamahiriya arabe libyenne, au Pakistan et à la République arabe syrienne pour l'adoption d'une législation complète sur la lutte antitabac.

7.9 Lieu et date des sessions futures du Comité régional

Point 11 de l'ordre du jour, document EM/RC57/INF.DOC.10, décision n°6

Le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-huitième session en République arabe syrienne le 2 octobre 2011 sous réserve de la réalisation des formalités administratives.

8. Séance de clôture

8.1 Examen des projets de résolutions et des décisions

À la séance de clôture, le Comité régional a examiné les projets de résolutions et décisions de la session.

8.2 Adoption des résolutions

Le Comité régional a adopté les résolutions de la cinquante-septième session.

Le Président a fait remarquer que le Règlement du Comité régional n'a pas été révisé depuis 1986. Il a proposé qu'un sous-comité soit constitué pour revoir le règlement et rendre compte à ce sujet lors de la prochaine session du Comité régional. Le Directeur régional a suggéré que le sous-comité en question soit composé des membres du bureau de la présente session du Comité régional, en l'occurrence le Président, les Vice-présidents et le président des discussions techniques, avec tout autre membre du Comité régional qui souhaiterait y participer. Il a ajouté que le lieu et la date des réunions de ce sous-comité seraient communiqués aux membres. La proposition a été approuvée par le Comité régional.

9. Résolutions et décisions

9.1 Résolutions

EM/RC57/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009 et rapports de situation

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport annuel du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale pour l'année 2009 et les rapports de situation demandés par le Comité régional¹;

Reconnaissant que le Pakistan fait face actuellement à une catastrophe naturelle sans précédent ayant mis des millions de personnes dans un besoin urgent d'assistance ;

Conscient du fait que la récession économique mondiale a aggravé les problèmes auxquels le système de santé est confronté actuellement et compromet les progrès effectués sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement ;

Rappelant la résolution du Comité régional EM/RC56/R7 intitulée « Les traumatismes dus aux accidents de la circulation : une préoccupation de santé publique », et préoccupé par la perte importante de vies attribuable aux traumatismes dus à des accidents de la circulation et par la place occupée par la Région qui a le taux de mortalité due à ce type de traumatismes le plus élevé au monde ;

Rappelant la déclaration du Qatar et l'engagement de tous les États Membres envers les principes des soins de santé primaires ;

Reconnaissant que la réalisation de l'objectif d'éradication de la poliomyélite est étroitement liée aux progrès dans les deux pays d'endémie restant, l'Afghanistan et en particulier le Pakistan ;

Reconnaissant la nécessité d'une forte législation pour la lutte antitabac dans le cadre d'une approche multisectorielle globale ;

1. **REMERCIE** le Directeur régional pour son rapport détaillé sur l'activité de l'OMS dans la Région ;
2. **ADOpte** le rapport annuel du Directeur régional ;
3. **APPELLE** les États Membres :
 - 3.1 à fournir un appui supplémentaire au Pakistan pour permettre au pays de répondre aux besoins sanitaires urgents ;
 - 3.2 à contribuer au fonds régional de solidarité pour les situations d'urgence ;
 - 3.3 à renforcer les mécanismes de suivi et d'établissement de rapports pour ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement ;
 - 3.4 à promouvoir l'action intersectorielle à l'appui de la mise en œuvre des plans nationaux pour la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation ;
 - 3.5 à renforcer la solidarité au moyen du partage des ressources et de l'expertise à l'appui des pays afin de réaliser l'accès universel aux services de soins de santé primaires fondés sur une approche de médecine familiale ;

¹ Documents EM/RC57/2, EM/RC57/INF. DOC 1,2,3,4

- 3.6 à accélérer les efforts visant à interrompre la transmission de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan en garantissant un accès aux enfants dans les zones d'insécurité, tout en s'attaquant aux questions gestionnaires et en garantissant une performance du programme de haute qualité ;
 - 3.7 à renforcer le cadre légal pour la lutte antitabac et veiller à la mise en application d'une législation solide ;
4. **PRIE** le Directeur régional :
- 4.1 d'encourager tous les partenaires et les institutions des Nations Unies aux niveaux régional et des pays à soutenir un effort conjugué en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que les efforts en vue de mobiliser les ressources nécessaires ;
 - 4.2 de continuer à soutenir les États Membres dans le renforcement du cadre légal national pour la lutte antitabac.

EM/RC57/R.2 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, et fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence

Le Comité régional,

Rappelant la résolution A/res/61/131 des Nations Unies sur la coopération internationale en matière d'aide humanitaire à la suite de catastrophes naturelles : de la phase des secours à celle de l'aide au développement, la résolution WHA59.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ; et la résolution EM/RC52/R.2 du Comité régional sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ;

Préoccupé par la fréquence, l'ampleur et l'impact accrus des catastrophes d'origine humaine et naturelles dans la Région, alors que celle-ci est encore en proie à des situations d'urgence complexes, éprouvantes et de longue durée ;

Prenant en considération l'impact grandissant du changement climatique, de la récession économique et de l'insécurité alimentaire ;

Conscient des efforts déployés dans la Région dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours ;

Reconnaissant le besoin urgent de s'inspirer de l'expérience régionale pour renforcer les capacités et compétences nationales et régionales dans la gestion des crises ;

Préoccupé par l'engagement financier limité consenti jusqu'à présent au fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence ;

1. **DEMANDE INSTAMMENT** aux États Membres :

- 1.1 de contribuer au fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence ainsi qu'au centre régional pour la logistique et la gestion des fournitures afin de permettre la mise en place d'une intervention rapide en cas de crise ;
- 1.2 d'intégrer la santé à tous les programmes nationaux de gestion des situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophes et d'évaluer régulièrement le plan national de gestion des crises sanitaires ;
- 1.3 d'intégrer la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques à tous les programmes de développement sanitaire ;
- 1.4 de recenser des ressources nationales auxquelles on peut faire appel lors des crises ;

2. **PRIE** le Directeur régional :

- 2.1 de créer un groupe de travail régional comprenant des représentants des États Membres et des partenaires régionaux concernés afin de mettre au point un mécanisme, une structure et un plan transparents pour le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence ;
- 2.2 de créer un réseau régional d'instituts, des centres humanitaires logistiques et des listes d'experts nationaux dans le domaine de la gestion des situations d'urgence et de l'organisation des secours ;
- 2.3 d'entreprendre une analyse complète du rapport coût-efficacité pour la préparation aux situations d'urgence, l'organisation des secours et la gestion de ces situations dans le secteur de la santé de la Région ;
- 2.4 de préparer un plan de travail pour la mise en service du centre régional pour la logistique et la gestion des fournitures ;
- 2.5 de faire rapport régulièrement au Comité régional sur la situation du fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence et les progrès réalisés dans la mise en service du centre régional pour la logistique et la gestion des fournitures.

EM/RC57/R3 Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : défis et orientations stratégiques 2010-2015

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : défis et orientations stratégiques 2010-2015¹;

Rappelant les résolutions WHA55.10 intitulée « Santé mentale : répondre à l'appel lancé », EM/RC52/R.5 intitulée « Usage de substances psychoactives et dépendance », et EM/RC53/R.5 intitulée « Les problèmes de santé publique liés à la consommation d'alcool dans la Région de la Méditerranée orientale » ;

Considérant le *Rapport sur la santé dans le monde 2001* consacré à la santé mentale et le *Rapport sur la santé dans le monde 2002* consacré à la réduction des risques qui mettent en évidence la charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, pas uniquement comme des troubles bien distincts mais également comme des facteurs de risque indépendants pour les traumatismes, les violences, les maladies transmissibles et non transmissibles ;

Reconnaissant que plus de la moitié de la population de la Région a moins de 19 ans, que des situations d'urgence complexes prévalent dans un tiers des États Membres et que la Région connaît une transformation socioculturelle rapide qui rend les enfants, les adolescents et les mères vulnérables au développement des problèmes de santé mentale ;

Préoccupé par les rapports révélant la lourde charge des problèmes de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent dans certains États Membres ainsi que par l'absence d'études épidémiologiques à grande échelle sur l'ampleur, les causes et les principaux facteurs de risque dans la plupart des États Membres ;

Préoccupé en outre par la fragmentation des services de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, et par le manque d'accès à ces services ;

¹ Document EM/RC57/3

Constatant l'existence de programmes d'un bon rapport coût-efficacité et fondés sur des données probantes pour prévenir et prendre en charge les problèmes de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;

Reconnaissant que l'investissement dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux chez les mères, les enfants et les adolescents est également important pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement ;

Conscient de la nécessité de fournir des orientations stratégiques pour guider les politiques, stratégies et plans nationaux en matière de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;

1. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :

- 1.1 à réviser et actualiser, ou à élaborer le cas échéant, les politiques, la législation, les stratégies et les plans nationaux de santé mentale de manière à refléter les dispositions des orientations stratégiques régionales relatives à la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, et à mobiliser les ressources nécessaires ;
- 1.2 à créer un organe national multidisciplinaire au sein du ministère de la santé ou d'un autre ministère concerné pour coordonner, planifier et suivre la mise en œuvre des dispositions des politiques, stratégies et plans nationaux sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre de l'organe national pour la santé mentale ;
- 1.3 à intégrer la prestation de services de santé mentale, notamment pour la mère, l'enfant et l'adolescent, à tous les niveaux du système de soins de santé existant en renforçant les capacités des professionnels de santé concernés par la formation avant et pendant l'emploi ;
- 1.4 à renforcer les connaissances de base sur la santé mentale par une collaboration intersectorielle afin de réduire autant que possible la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes souffrant de troubles mentaux.

2. **PRIE** le Directeur régional :

- 2.1 de continuer à fournir un soutien technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des dispositions des politiques, de la législation, des stratégies et des plans nationaux de santé mentale, en particulier pour la mère, l'enfant et l'adolescent ;
- 2.2 de renforcer et d'étendre le partenariat avec les parties prenantes concernées afin de soutenir les orientations stratégiques régionales sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;
- 2.3 de faciliter l'échange de données d'expérience sur les programmes probants et d'encourager l'établissement de réseaux pour la promotion de la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et la prévention des troubles mentaux ;
- 2.4 de promouvoir la coopération internationale en renforçant les capacités dans les États Membres pour mener la recherche appliquée dans le domaine de la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.

EM/RC57/R.4 **Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019**

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique intitulé « Stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 »¹ ;

Rappelant les résolutions WHA55.25 sur la nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant et WHA55.23 sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, ainsi que les résolutions EM/RC37/R.9 sur les troubles dus à une carence en iode dans la Méditerranée orientale, EM/RC46/R.6 sur la sécurité sanitaire des aliments, EM/RC49/R.12 sur les troubles dus à une carence en iode et EM/RC54/R.9 sur la commercialisation des aliments destinés aux enfants et aux adolescents dans la Région de la Méditerranée orientale : implications pour la santé publique ;

Reconnaissant que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement nécessitera la réduction de la malnutrition chez la mère et l'enfant, car la malnutrition représente 11 % de la charge mondiale de morbidité et entraîne un mauvais état de santé et des troubles du développement ;

Préoccupé par le fait que des carences en micronutriments, y compris en fer, iode, zinc, calcium, acide folique et vitamines A et D sont encore signalées dans de nombreux pays de la Région, en particulier dans les groupes vulnérables, comme les enfants et les femmes en âge de procréer ;

Préoccupé également par le poids de la malnutrition dans la Région, la suralimentation comme la dénutrition ;

Reconnaissant que le renforcement de la surveillance nationale de la nutrition est essentiel pour la mise en œuvre de politiques nutritionnelles efficaces et pour l'intensification des interventions ;

1. **APPROUVE** la stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 ;
2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :
 - 2.1 à examiner et/ou élaborer une stratégie et un plan d'action pour la nutrition au plan national, en tant que partie intégrante de la politique nationale de santé et conformément à la stratégie régionale ;
 - 2.2 à élaborer ou examiner les cadres politiques actuels et les mécanismes législatifs pour s'attaquer à la charge de la dénutrition et suralimentation et allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour garantir une mise en œuvre ;
 - 2.3 à renforcer les systèmes de surveillance de la nutrition et à mieux utiliser et notifier les indicateurs convenus des objectifs du Millénaire pour le développement afin de suivre les progrès accomplis ;
 - 2.4 à élaborer des mécanismes pour une collaboration intersectorielle favorisant la nutrition ;
 - 2.4 à promouvoir la sensibilisation à une alimentation saine dans tous les groupes d'âge, notamment chez les écoliers ;
3. **PRIE** le Directeur régional :
 - 3.1 de continuer à fournir un appui technique aux États Membres pour l'élaboration, la mise en œuvre des stratégies nationales pour la nutrition et le suivi des plans ;

¹ Document EM/RC57/4

- 3.2 de faciliter l'échange d'informations sur les programmes couronnés de succès et la constitution de réseaux de promotion des programmes axés sur la nutrition ;
- 3.3 de soutenir le renforcement des capacités pour mener des recherches dans le domaine de la nutrition ;
- 3.4 de poursuivre, renforcer et élargir les dispositifs actuels de partenariat avec les parties prenantes visant à soutenir les stratégies et plans régionaux et nationaux sur la nutrition.

EM/RC57/R.5 Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH¹ ;

Rappelant la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies A/RES/60/262 intitulée « Déclaration politique sur le VIH/sida et l'engagement des gouvernements pour progresser vers un accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH » ;

Reconnaissant que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dépend étroitement de celle de l'accès universel aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH ;

Préoccupé par les problèmes persistants pour atteindre l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH dans la Région ;

Reconnaissant par ailleurs que le secteur de la santé contribue grandement à la réalisation des objectifs liés à l'accès universel dans le cadre des stratégies multisectorielles sur le VIH ;

Reconnaissant l'importance pour le secteur de la santé de s'investir et de s'engager politiquement dans une riposte fondée sur les principes des soins de santé primaires et adaptée au contexte épidémiologique, socioculturel et économique propre à chaque pays ;

Notant que la nouvelle stratégie s'appuie sur les progrès réalisés dans le cadre de la stratégie régionale 2006-2010 pour le renforcement de la riposte du secteur de la santé face au VIH/sida, qui a été approuvée dans la résolution EM/RC52/R.9 ;

Soulignant la nécessité de garantir l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH pour les populations particulièrement vulnérables et pour les populations présentant un risque accru de transmission du VIH, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables ;

1. **APPROUVE** la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015.
2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :
 - 2.1 à examiner et réviser les stratégies nationales de lutte contre le VIH afin de classer par ordre de priorité les interventions, conformément à la stratégie régionale et en fonction du contexte épidémique local ;

¹ Document EM/RC57/5

- 2.2 à faire des interventions utiles en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH une partie intégrante des plans globaux du secteur de la santé et des programmes dans les domaines de la santé génésique et sexuelle, la santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé mentale et la lutte contre la tuberculose ;
 - 2.3 à identifier les obstacles à l'intégration dans les systèmes de santé nationaux du programme de lutte contre le VIH et de la prestation de service concernant le VIH, et à investir dans le renforcement des systèmes de santé pour surmonter ces obstacles ;
 - 2.4 à veiller à ce que le VIH ne soit pas transmis par le biais des procédures médicales, notamment des transfusions sanguines et des injections, réalisées dans le secteur de la santé public et privé ;
 - 2.5 à mettre l'accent, dans les pays présentant une épidémie faible et concentrée, sur l'accès aux services de dépistage volontaire et de conseil ainsi que de prévention et de soins pour les principales populations à risque accru de VIH, tels que les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les professionnels du sexe ;
 - 2.6 à éliminer la stigmatisation relative au VIH chez les agents de santé pour veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH ne se voient pas refuser de soins médicaux ;
 - 2.7 à utiliser les médias de manière plus efficace pour accroître la sensibilisation au VIH dans la société dans son ensemble, et en particulier chez les jeunes ;
 - 2.8 à encourager la collaboration transfrontalière pour s'attaquer au risque posé par le VIH et à la vulnérabilité et garantir la prévention, les soins et le traitement dans le contexte de la mobilité et des migrations de population ;
 - 2.9 à renforcer les capacités des institutions publiques et des organisations de la société civile afin d'utiliser au mieux leur potentiel pour contribuer à la riposte du secteur de la santé de façon complémentaire ;
 - 2.10 à mettre en place des systèmes de surveillance du VIH qui accordent une attention particulière aux adolescents et aux adultes présentant des comportements sexuels à haut risque et consommant des drogues injectables ;
 - 2.11 à investir dans le suivi et l'évaluation des programmes pour permettre une gestion du programme de lutte contre le VIH adaptée à la situation ;
 - 2.12 à élaborer des plans opérationnels chiffrés pour la riposte du secteur de la santé au VIH, et à allouer des ressources suffisantes pour la mise en œuvre de ces plans ;
3. **PRIE** le Directeur régional :
- 3.1 de surveiller la mise en œuvre de la stratégie régionale et d'en rendre régulièrement compte au Comité régional ;
 - 3.2 de continuer à apporter un soutien technique aux États Membres pour l'adaptation et l'intégration des interventions contre le VIH dans les stratégies et plans nationaux du secteur de la santé en fonction de la stratégie régionale, pour la mise en œuvre et le suivi de ces stratégies et plans, ainsi que pour la mobilisation des ressources.

EM/RC57/R.6 Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique intitulé « Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration »¹ ;

Rappelant les résolutions WHA51.17 intitulée « Maladies émergentes et autres maladies transmissibles : résistance aux antimicrobiens », WHA55.18 intitulée « Qualité des soins : sécurité des patients », WHA56.19 intitulée « Lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe » et EM/RC52/R.4 sur la Stratégie régionale pour le renforcement de la sécurité des patient ;

Préoccupé par la forte prévalence, comprise entre 12 % et 18 %, des infections liées aux procédures de soins dans plusieurs pays de la Région, et par la forte charge des maladies transmissibles parmi les agents de soins de santé dues à des pratiques de soins de santé dangereuses ;

Préoccupé par ailleurs par l'absence de reconnaissance réelle en tant que discipline de la lutte contre les infections liées aux soins dans les systèmes de santé, ainsi que par le manque de cadre de référence cohérent dans la plupart des pays ;

Rappelant que le coût économique et les coûts d'opportunité des infections liées aux procédures de soins sont très lourds, et que la prévention de ce type d'infections peut considérablement réduire le risque de décès d'un patient ;

Reconnaissant que les données mondiales actuelles démontrent clairement qu'une part considérable de la charge des infections liées aux procédures de soins peut être évitée grâce à des interventions à faible coût et à rendement élevé ;

Soulignant que des actions de collaboration sont nécessaires pour prévenir les infections liées aux procédures de soins, dans le but de protéger tout gain de santé et tout investissement effectué dans le secteur sanitaire, et afin de réduire nettement le coût des soins de santé ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1.1 à renforcer/mettre en place des programmes nationaux complets de lutte contre les infections en tant que parties intégrantes des systèmes de prestation des soins de santé, dotés de ressources suffisantes ;
- 1.2 à s'assurer que toutes les mesures de lutte contre les infections appliquées dans les établissements de soins de santé correspondent bien aux données disponibles et aux meilleures pratiques ;
- 1.3 à renforcer les capacités en ressources humaines pour la lutte contre les infections et inclure la lutte contre les infections dans les programmes d'étude de tous les agents de soins de santé ;
- 1.4 à s'assurer que tous les prestataires de soins de santé prennent les mesures de protection personnelle nécessaires, y compris la vaccination, comme il se doit ;
- 1.5 à définir et mettre en place des systèmes de surveillance pour les infections associées aux soins de santé et la résistance antimicrobienne, et renforcer les services de laboratoire ;
- 1.6 à établir des liens entre l'accréditation des établissements de soins de santé et les mesures de lutte contre les infections efficaces ;

¹ Document EM/RC57/6

2. **PRIE** le Directeur régional :

- 2.1 de continuer à soutenir les États Membres dans la mise en place/le renforcement de programmes de lutte contre les infections fondés sur des bases factuelles ;
- 2.2 de créer une commission régionale d'experts pour promouvoir les normes de lutte contre l'infection dans la Région.

EM/RC57/R.7 Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle

Le Comité régional,

Ayant examiné le document sur les orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle¹;

Rappelant la résolution WHA58.33 intitulée Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale et la résolution EM/RC51/R.6 sur l'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement alternatif ;

Reconnaissant que la couverture universelle est l'une des quatre réformes de la politique pour le renouveau des soins de santé primaires proposées dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 ;

Reconnaissant que l'accès aux services de santé pour tous est considéré comme un droit de l'être humain ;

Préoccupé par le niveau élevé des paiements directs, l'existence d'obstacles financiers à l'accès aux services de santé et le manque de protection contre les risques financiers dans de nombreux États Membres ;

Notant que la protection sociale pour les soins de santé bénéficie d'une attention prioritaire de la part de tous les États Membres ;

Conscient du besoin d'orientations stratégiques régionales 2011-2015 pour améliorer le financement des soins de santé et accélérer le passage à la couverture universelle ;

1. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :

- 1.1 à adopter et adapter les orientations stratégiques en fonction des priorités nationales, et à élaborer des politiques pour éliminer les obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour tous les citoyens et résidents ;
- 1.2 à renforcer l'investissement dans la santé en améliorant le dialogue politique avec les ministères des finances et de la planification, et les autres parties prenantes afin de fournir à tous une protection sociale pour les soins de santé ;
- 1.3 à promouvoir l'introduction et le développement des systèmes de prépaiement pour réduire les paiements directs ainsi que l'incidence des dépenses catastrophiques et la paupérisation ;
- 1.4 à introduire des dispositifs d'achat afin d'inciter de façon appropriée les prestataires et utilisateurs des services de santé à utiliser efficacement les ressources disponibles ;

¹ Document EM/RC57/Tech. Disc. 1

- 1.5 à allouer des ressources suffisantes pour générer des données permettant d'orienter les politiques de financement de la santé et le passage à la couverture universelle ;
 - 1.6 à surveiller l'équité en matière de financement de la santé et évaluer l'évolution vers la couverture universelle ;
2. **PRIE** le Directeur régional :
- 2.1 de soutenir les efforts des États Membres visant à mettre en œuvre les orientations stratégiques proposées et à mobiliser des ressources supplémentaires pour accélérer le passage à la couverture universelle ;
 - 2.2 de suivre les initiatives visant à améliorer le financement des soins de santé ainsi que les progrès réalisés vers la mise en place d'une protection sociale pour les soins de santé dans la Région, et d'en rendre compte au Comité régional dans deux ans.

EM/RC57/R.8 Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion)

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport de la trente-quatrième réunion du Comité consultatif régional¹;

1. **APPROUVE** le rapport du Comité consultatif régional ;
2. **SE FÉLICITE** de l'appui apporté par le Comité consultatif régional ;
3. **PRIE** le Directeur régional de mettre en application les recommandations contenues dans le rapport.

EM/RC57/R.9 Questions budgétaires et programmatiques

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport² sur l'appréciation de l'exécution du budget programme pour l'exercice 2008-2009 ;

Saluant les mesures prises par le Directeur général et le Directeur régional pour renforcer davantage le mécanisme permettant une gestion transparente des ressources et l'obligation de rendre des comptes afin de permettre l'appréciation périodique de l'exécution et de la réalisation des résultats ;

Ayant examiné le rapport du Directeur régional sur les missions conjointes Gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes pour la période biennale 2010-2011 ;

Reconnaissant les efforts déployés par le Secrétariat et tous les membres des personnels nationaux impliqués dans la préparation et la réalisation avec succès des missions conjointes d'examen et de planification des programmes au niveau des pays ;

Affirmant de nouveau que les missions conjointes d'examen et de planification des programmes continuent d'être un instrument valable pour l'élaboration de plans opérationnels et que les

¹ Document EM/RC57/9

² Documents EM/RC57/8 et EMR/RC57/7(b)

stratégies de coopération avec les pays sont la référence pour établir des priorités dans la coopération technique entre les pays et l'OMS ;

Ayant examiné le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié, ainsi que les projets de budget programme mondial et régional 2012-2013 ;

Satisfait en outre de l'approche transparente pour la préparation du projet de budget programme mondial et du projet de budget programme régional pour l'exercice 2012-2013 et des mesures prises pour élaborer un budget programme intégré couvrant toutes les sources de fonds afin de soutenir une budgétisation équitable et un financement efficace du projet de budget programme dans toute l'Organisation ;

Notant avec satisfaction les allocations proposées pour le budget programme 2012-2013 entre le Siège et les régions et entre le Bureau régional et les pays conformément à l'engagement pris par l'Organisation d'allouer 70 % du projet de budget programme aux régions et aux pays ;

Soulignant que la proposition budgétaire actuelle doit être considérée comme une version préliminaire, compte tenu de l'article 34 de la Constitution de l'OMS, au titre duquel le Directeur général soumettra la proposition budgétaire de l'Organisation au Conseil exécutif avant l'approbation finale par l'Assemblée mondiale de la Santé ;

Préoccupé par le manque de souplesse et de prévisibilité des contributions volontaires pour financer les principales priorités provenant du mode de financement actuel de l'Organisation qui entraîne des retards dans la mise en œuvre des activités de collaboration réalisées conjointement ;

Reconnaissant la nécessité de corriger le déséquilibre entre le financement des principales priorités sanitaires provenant du fait que les deux tiers des ressources actuelles de l'Organisation viennent de contributions volontaires à objet désigné ;

1. **APPROUVE** le cadre stratégique général, les objectifs et les approches exposés dans le plan stratégique à moyen terme modifié et dans les projets de budget programme mondial et régional pour l'exercice 2012-2013 ;
2. **DEMANDE** aux États de la Région membres du Conseil exécutif de soutenir le projet de budget programme 2012-2013 ;
3. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres à renforcer davantage les capacités nationales en vue d'accélérer le processus de préparation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des plans de travail conjoints pour la collaboration avec l'OMS et d'assurer l'allocation de ressources nationales suffisantes pour couvrir les besoins sanitaires des pays ;
4. **DEMANDE** aux États Membres de garantir un appui pour le financement des domaines prioritaires clés et de veiller à une plus grande prévisibilité et souplesse dans les contributions volontaires ;
5. **PRIE** le Directeur général d'assurer le transfert de ressources correspondant à l'engagement pris d'allouer 70 % du projet de budget programme aux régions et aux pays pour la réalisation des cibles fixées dans le Plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

9.2 Décisions

DÉCISION N° 1 ÉLECTION DU BUREAU

Le Comité régional a élu le Bureau comme suit :

Président : S.E le Dr Abdullah bin Abdul Aziz Al-Rabeeah (Arabie saoudite)
Premier Vice-Président : S.E. le Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi (Oman)
Second Vice-Président : S.E. le Dr Nayef Al Fayez (Jordanie)

S.E. le Dr Salih Mahdi Al-Hasnawi a été élu Président des discussions techniques.

Sur la suggestion du Président du Comité régional, le Comité décide que le Comité de rédaction soit composé des membres suivants :

- Dr Mohammad Mehdi Gouya (République islamique d'Iran)
- Dr Nasr El Sayed (Égypte)
- Dr Ali Jaffer Mohammed (Oman)
- Dr A. Assa'edi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Naeema Al Gasseer (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr M.H. Wahdan (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sussan Bassiri (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mr Raul Thomas (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Kassem Sara (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

DÉCISION N° 2 ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour de sa cinquante-septième session.

DÉCISION N° 3 ATTRIBUTION DU PRIX DE L'ÉTAT DU KOWEÏT POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER, LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET LE DIABÈTE DANS LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Le Comité régional a décidé de décerner le Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale au Dr Alireza Ansary-Moghaddam (République islamique d'Iran) dans le domaine du cancer.

DÉCISION N° 4 DÉSIGNATION D'UN ÉTAT MEMBRE APPELÉ À SIÉGER AU CONSEIL CONJOINT DE COORDINATION DU PROGRAMME SPÉCIAL DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES

Le Comité régional a désigné Djibouti pour faire partie du Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales pour une période de trois ans, du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2014.

DÉCISION N° 5 RÉVISION DES STATUTS DE LA FONDATION POUR LA RECHERCHE SUR LE SYNDROME DE DOWN

Le Comité régional a approuvé la révision des statuts de la Fondation pour la recherche sur le Syndrome de Down.

DÉCISION N° 6 LIEU ET DATE DES SESSIONS FUTURES DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional a décidé de tenir sa cinquante-huitième session en République arabe syrienne le 2 octobre 2011, sous réserve de la réalisation des formalités administratives.

DÉCISION N° 7 RÉVISION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional a décidé de constituer un sous-comité pour revoir son règlement intérieur ; il sera composé des membres du bureau de la session actuelle du Comité régional, en l'occurrence le Président, les Vice-présidents et le Président des discussions techniques, ainsi que de tout autre membre du Comité régional qui souhaiterait y participer, et sera chargé de formuler des recommandations à l'attention de la cinquante-huitième session du Comité régional.

Annexe 1

Ordre du jour

1. **Ouverture de la session**
 - a) Élection du Bureau
 - b) Adoption de l'ordre du jour EM/RC57/1-Rev.1
2. **Rapports sur l'activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale**
 - a) Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009 EM/RC57/2
 - b) Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite EM/RC57/INF.DOC.1
 - c) Rapport de situation sur l'Initiative Pour un monde sans tabac EM/RC57/INF.DOC.2
 - d) Rapport de situation sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement EM/RC57/INF.DOC.3
 - e) Rapport de situation sur le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires EM/RC57/INF.DOC.4
3. **Discussions techniques :**
Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle EM/RC57/Tech.Disc.1
4. **Documents techniques :**
 - a) Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques 2010-2015 EM/RC57/3
 - b) Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019 EM/RC57/4
 - c) Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 EM/RC57/5
 - d) Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration EM/RC57/6
5. **Questions programmatiques et budgétaires**
 - a) Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution EM/RC57/7 (a)
 - b) Rapport sur le résultat des missions conjointes Gouvernement / OMS d'examen et de planification des programmes en 2009, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays EM/RC57/7 (b)
 - c) Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié et projet de budget programme 2012-2013 ; avant-projet de budget programme pour la Région de la Méditerranée orientale 2012-2013 EM/RC57/8
6. **Rapports de comités**
Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion) EM/RC57/9
7. **Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif**
 - a) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé EM/RC57/10

- | | | |
|-----|---|---------------------|
| b) | Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif | EM/RC57/10-Annexe I |
| 8. | Désignation d'un État Membre appelé à siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales | EM/RC57/11 |
| 9. | Collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme | EM/RC57/INF.DOC.5 |
| 10. | Attributions | |
| a) | Attribution du Prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2010 | EM/RC57/INF.DOC.6 |
| b) | Attribution du Prix pour la Recherche sur le Syndrome de Down | EM/RC57/INF.DOC.7 |
| c) | Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale | EM/RC57/INF.DOC.8 |
| d) | Révision des statuts de la Fondation pour la Recherche sur le Syndrome de Down | EM/RC57/INF.DOC.9 |
| 11 | Lieu et date des sessions futures du Comité régional | EM/RC57/INF.DOC.10 |
| 12 | Autres affaires | |
| 13 | Séance de clôture | |

Annexe 2

Liste des représentants, suppléants, conseillers des États Membres et des observateurs

1. Liste des représentants, suppléants et conseillers des États Membres du Comité régional

AFGHANISTAN

Représentant

Dr Nadera Hayat Burhani
Deputy Minister for Health Service Provision
Ministry of Public Health
Kabul

Suppléant

Dr Habibullah Ahmadzai
Director, International Relations Department
Ministry of Public Health
Kabul

ARABIE SAOUDITE

Représentant

H.E. Dr Abdullah bin Abdul Aziz Al-Rabeeah
Minister of Health
Ministry of Health
Riyadh

Suppléant

Dr Ziad Bin Ahmed Memish
Assistant Deputy Minister for Preventive Medicine
Ministry of Health
Riyadh

Conseillers

Dr Taha Ali Ahmad Mulibari
General Supervisor of the General Directorate
of International Relations
Ministry of Health
Riyadh

Mr Rashed Bin Othman Al Rashed
Secretary of H.E. Minister of Health
Ministry of Health
Riyadh

Dr Sanaa Flemban
Director, National AIDS Programme
Jeddah

ARABIE SAOUDITE (*suite*)

Dr Khalid Obaid Ahmad Thafar
Director-General, Health Affairs – Makkah District
Ministry of Health
Makkah

Dr Adnan Alabdulkareem
Director-General, Health Affairs – Riyadh District
Ministry of Health
Riyadh

BAHREÏN

Représentant Dr Fawzi Abdulla Amin
Assistant Under-Secretary for Planning and Training
Ministry of Health
Manama

Suppléant Dr Khaireya Hussain
Director of Public Health
Ministry of Health
Manama

Conseiller Dr Lameea Mirza Al Tahoo
Director, Health Planning
Ministry of Health
Manama

DJIBOUTI

Représentant **S.E. M. Abdallah Abdillahi Miguil**
Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Djibouti

Suppléant Dr Osman Ali Ahmed
Directeur du Centre national de référence en santé
de la reproduction « HOUSSEINA »
Djibouti

Conseillers M. Abokar Hoch Hared
Conseiller technique auprès du Ministre
Ministère de la Santé
Djibouti

DJIBOUTI (*suite*)

M. Abourahman Mohamed Aboubaker
Directeur des Études, de la Planification et de
la Coopération internationale
Ministère de la Santé

Djibouti

Mme Samia Mohamed Hadi
Chargée du suivi des cours à l'École de médecine de Djibouti

Djibouti

ÉGYPTE

Représentant

H.E. Dr Hatem Elgabali

Minister of Health
Ministry of Health

Cairo

Suppléant

Dr Nasr El Sayed
Minister's Assistant for Primary Health Care, Preventive
Affairs
and Family Planning

Ministry of Health

Cairo

Conseillers

Mr Bassem Hassan
Minister's Conseiller for International Cooperation and
Agreements

Ministry of Health

Cairo

Dr Azza Gohar
Director
National Nutrition Institute
Ministry of Health

Cairo

Dr Khaled Nasr
Head, Central Administration for Integrated Health Care
Ministry of Health

Cairo

ÉMIRATS ARABES UNIS

Représentant

H.E. Dr Hanif Hassan Ali
Minister of Health
Ministry of Health
Abu Dhabi

ÉMIRATS ARABES UNIS (*suite*)

Suppléant

Dr Mahmoud Fikri
Executive Director for Health Policy Affairs
Ministry of Health
Abu Dhabi

Conseillers

Mr Nasser Khalifa Al Badour
Conseiller and Director
Office of H.E. Minister of Health and
International Relations and International Organizations
Ministry of Health
Abu Dhabi

Dr Nariman El-Mulla
Conseiller
Office of H.E. Minister of Health
Abu Dhabi

Mr Khaled Abdullah Al-Shehy
Medical Counsellor
Embassy of the United Arab Emirates
Cairo

IRAN, RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'

Représentant

Dr Mohammad Hossein Nicknam
Acting Minister for International Affairs
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Suppléant

Dr Alireza Mesdaghinia
Deputy Minister for Public Health
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Conseillers

Dr Mohammad Mehdi Gouya
Director-General, Centre for Disease Control
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Mr Masuod Abouhallaje
Director-General, Centre for Health Financial
Resources Designing and Budgeting
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

IRAQ

Représentant

H.E. Dr Salih Mahdi Al-Hasnawi
Minister of Health
Ministry of Health
Baghdad

Suppléant

Dr Esam Shwan
Deputy Minister
Ministry of Health
Baghdad

Conseillers

Dr Mohammed Jaber Huwail Al-Tae
Assistant of Director-General Public Health
Ministry of Health
Baghdad

Dr Samar Daood Sarsam
Assistant Professor and Consultant
Al-Kindy Medical College
Baghdad University
Baghdad

Mrs Ikram Faisal Mahdi
Office of H.E. Minister of Health
Ministry of Health
Baghdad

JAMAHIRIYA ARAB LIBYENNE

Représentant

H.E. Mr Mohamed Mahmoud El-Hejazi
Secretary-General
People's Committee for Health and Environment
Tripoli

Suppléant

Dr Fahmi Altaher Hamza
Director, Medical Health Services
People's Committee for Health and Environment
Tripoli

Conseillers

Mr Mohamed Ibrahim Saleh
Director, Information and Documentation Center
People's Committee for Health and Environment
Tripoli

Mr Adnan Mohamed Issa
Head of Secretary
People's Committee for Health and Environment
Tripoli

JORDANIE

Représentant

H.E. Dr Nayef Al Fayez
Minister of Health
Ministry of Health
Amman

Suppléant

Dr Mohammad Said Al-Rawabdeh
Director-General
Jordan Food and Drug Administration
Amman

Conseillers

Dr Mohammed Bassam Qasem
Director-General, Primary Health Care
Ministry of Health
Amman

Dr Mansour Al-Sharaieh
Ministry of Health
Amman

Dr Khaled Ibrahim Al Thaher
Programme Manager, Primary Health Care
Ministry of Health
Amman

Dr Mustafa Al-Amawi
Ministry of Health
Amman

KOWEÏT

Représentant

H.E. Dr Helal Mosaed Al-Sayer
Minister of Health
Ministry of Health
Kuwait

Suppléant

Dr Yousef Ahmed Al-Nesef
Assistant Undersecretary for Public Health Affairs
Ministry of Health
Kuwait

Conseillers

Dr Rashed Mohammed Alamiri
Director, Technical Office
Ministry of Health
Kuwait

KOWEÏT (*suite*)

Dr Nawal Mejren Al Hamad
Director, Food and Nutrition Administration
Ministry of Health
Kuwait

Dr Mahmoud Abdel Hadi
Director, Legal Affairs
Ministry of Health
Kuwait

Mr Faisal Aldosary
Director of Public Relations
Ministry of Health
Kuwait

LIBAN

Représentant

H.E. Dr Mohamad Jawad Khalifeh
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Beirut

Suppléant

Dr Walid Ammar
Director-General
Ministry of Public Health
Beirut

Conseiller

Mr Hassan Hoteit
Head, Procurement Department
Ministry of Public Health
Beirut

MAROC

Représentant

Moulay Mustapha El Ismaili Lalaoui
Inspecteur général
Ministère de la Santé
Rabat

Suppléant

Dr Omar El-Menzhi
Directeur de l'Épidémiologie et
de la Lutte contre les maladies transmissibles
Ministère de la Santé
Rabat

MAROC (*suite*)

Conseillers

M. Jilali Hazem
Directeur de la Planification
et des Ressources financières
Ministère de la Santé
Rabat

Dr Abdelali Belghiti Alaoui
Directeur des Hôpitaux
et des Soins ambulatoires
Ministère de la Santé
Rabat

OMAN

Représentant

H.E. Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi
Minister of Health
Ministry of Health
Muscat

Suppléant

H.E. Dr Mohammed bin Saif bin Sultan Al Hosni
Under-Secretary for Health Affairs
Ministry of Health
Muscat

Conseillers

H.E. Dr Ali Jaffer Mohammed
Conseiller, Health Affairs Supervising the
Directorate General of Health Affairs
Ministry of Health
Muscat

Dr Qasim Ahmed Al Salmi
Director-General
Royal Hospital
Muscat

Dr Amina Khalfan Al Jardani
Sr. Consultant (Microbiology and Infectious Diseases)
Royal Hospital
Muscat

Dr Khulood Mohsin Al-Mufarji
Specialist, Health Education Department
Ministry of Health
Muscat

OMAN (*suite*)

Mr Essa Abdulla Al Alawi
Head, office of H.E. the Minister of Health
Ministry of Health
Muscat

Shaikh Saif Bin Humair Al-Malik Al-Shehi
Wali (Governor) of Nizwa
Nizwa

Dr Zahir Bin Ahmed Bin Matar Al-Anqoudi
Head, Noncommunicable Disease Unit
Department of Social Health Initiatives
Nizwa

Dr Huda Bint Khalfan Al-Sayabeya
Head, Training Centre
Department of Social Health Initiatives
Nizwa

PAKISTAN

Représentant

H.E. Mr Makhdoom Shahabuddin
Federal Minister of Health
Federal Ministry of Health
Islamabad

Suppléant

Dr Rashid Jooma
Director General Health
Federal Ministry of Health
Islamabad

Conseiller

Dr Nabeela Ali
Chief of Party, PAIMAN
Islamabad

PALESTINE

Représentant

H.E. Dr Fathi Abdullah Abu Moghli
Minister of Health
Ministry of Health
Palestinian National Authority
Ramallah

Suppléant

Dr Asaad Mohamed Ahmed Ramlawi
Director-General, Primary Health Care
and Public Health
Ministry of Health
Palestinian National Authority
Ramallah

PALESTINE (*suite*)

Conseillers

Mrs Maria Yousef Mohamed Al Akra'a
Director of International Relations
Ministry of Health
Palestinian National Authority
Nablus

Mrs Ahd Ahmed Gamal Hussein
Administrative Director of Public Health
Central Health Laboratory
Ministry of Health
Palestinian National Authority
Ramallah

Dr Hossam Omar Ibrahim Tuqan
Medical Counsellor
Embassy of Palestine
Cairo

QATAR

Représentant

H.E. Mr Abdulla bin Khalid Al-Qahtani
Minister of Health
Secretary General, Supreme Council of Health
Doha

Suppléant

Dr Mohammed Bin Hamad Al-Thani
Director, Public Health Department
Supreme Council of Health
Doha

Conseillers

Dr Mohammed Mohammed Al-Hajri
Manager, Health Protection and Communicable Disease
Control
Public Health Department
Supreme Council of Health
Doha

Dr Al Anoud Mohammed Al-Thani
Manager, Health Promotion and Noncommunicable Disease
Public Health Department
Supreme Council of Health
Doha

QATAR

Mr Abdullatif Ali Al-Abdulla
Manager, International Health Relations Department
Supreme Council of Health
Doha

Mr Hassan Mohammed Al-Abdulla
Manager, Public Health Relations
and Marketing Department
Supreme Council of Health
Doha

SOMALIE

Représentant

H.E. Mr Mohamoud Jirdeh Hussein
Minister of Health of Somali Republic
Ministry of Health
Mogadishu

Suppléant

H.E. Dr Hussein Muhumed Mohamed
Minister of Health – Somaliland
Hergeisa

Conseillers

H.E. Dr Ali Abdalah Warsame
Minister of Health – Puntland
Garawe

Dr Abdi Awad Ibrahim
Advisor, Minister of Health
Ministry of Health – TFG Somalia
Mogadishu

SOUDAN

Représentant

H.E. Dr Abdalla Teyah Guma'a
Federal Minister of Health
Federal Ministry of Health
Khartoum

Suppléant

Dr Mohammed Ali Yahia Al Abbasi
U.A. for International Relations and International Health
Federal Ministry of Health
Khartoum

Conseillers

Dr Talal El Fadil Mahdi
Assistant Under Secretary for Primary Health Care
Federal Ministry of Health
Khartoum

SOUDAN (*suite*)

Dr Isameldin Mohammed Abdalla
U.A. for Human Resources Development
Federal Ministry of Health
Khartoum

Prof. Mohammed Eltom
Conseiller to H.E. Minister of Health for
International Relations
Federal Ministry of Health
Khartoum

Dr Alsadig Elgaali
Medical Counsellor
Embassy of Sudan
Cairo

RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Représentant

H.E. Dr Rida Said
Minister of Health
Ministry of Health
Damascus

Suppléant

Dr Hassan Al Haj Hussien
Director of International Relations
Ministry of Health
Damascus

Conseillers

Dr Mazen Khadra
Director of Health Care
Ministry of Health
Damascus

Mr Yahia Bouzo
Director, Health Education and Communication
Ministry of Health
Damascus

TUNISIE

Représentant

S.E. M. Mongi Bedoui
Ambassadeur extraordinaire et plénipotentiaire,
Représentant permanent auprès de la Ligue des États arabes
Ambassade de Tunisie
Le Caire

TUNISIE (suite)

Suppléant Dr Hichem Abdesselem
Directeur général de l'Unité de la Coopération technique
Ministère de la Santé publique
Tunis

Conseillers Dr Hédi Achouri
Directeur général des structures de santé publique
Ministère de la Santé publique
Tunis

Dr Moncef Sidhom
Directeur des Soins de santé de base
Ministère de la Santé publique
Tunis

YÉMEN

Représentant H.E. Dr Abdulkarim Rasa'a
Minister of Public Health and Population
Ministry of Public Health and Population
Sana'a

Suppléant Dr Maged Yehia Al-Gunaid
Undersecretary, Primary Health Care
Ministry of Public Health and Population
Sana'a

Conseiller Mr Ammar Ali Al-Sawary
Deputy Director, Office of H.E. Minister of Health
Ministry of Public Health and Population
Sana'a

2. OBSERVATEURS

(Observateurs d'États Membres de l'OMS n'appartenant pas à la
Région de la Méditerranée orientale)

TURQUIE

Représentant **Dr Bekir Keskinilic**
Deputy Director-General
Primary Health Care
Ministry of Health
Ankara

(Observateurs représentant des organisations des Nations Unies)

ALLIANCE GAVI

Dr Raj Kumar
Senior Programme Officer, Country Support
Alliance Secretariat
GAVI Alliance
Geneva

Dr Abdallah Bchir
Senior Programme Officer, Evaluation
Alliance Secretariat
GAVI Alliance
Geneva

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

Dr Akram Ali Eltom
Director, Partnerships
External Relations and Partnerships
The Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Mrs Paula Hacopian
Manager, Board Relations Team
External Relations and Partnerships
The Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Dr Roy Wakim
Fund Portfolio Manager
Country Programme Cluster
The Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Mrs Tina Draser
Fund Portfolio Manager
Country Programme Cluster
The Global Fund to fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA)

Ms Hind Khatib
Director
Regional Support Team for the Middle East and North Africa
Cairo

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Dr Mahendra Sheth
Regional Health Conseiller
United Nations Children's Fund Middle East and North Africa
Amman

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (FNUAP)

Ms Delia Barcelona
Deputy Director
UNFPA Arab States Regional Office
Cairo

Dr Mohamed Afifi
Special Assistant to the Regional Director
UNFPA Arab States Regional Office
Cairo

(Observateurs représentant les organisations nationales,
non gouvernementales, et intergouvernementales)

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI)

Mr Syed Hussain Jafri
Secretary-General
Alzheimer's Pakistan
Alzheimer's Disease International
Islamabad

Professor Yasmin Raashid
Patron of Alzheimer's Pakistan
Islamabad

Mrs Diane Mansour
President, Alzheimer's Lebanon
Alzheimer Association
Beirut

**FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES SOCIÉTÉS DE LA CROIX-ROUGE ET DU
CROISSANT ROUGE (FIRC)**

Dr Mamdouh Gabr
Vice President
International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
Cairo

**INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS'
ASSOCIATIONS (IFMSA)**

Mr Ahmad Younes
International Federation of Medical Students' Association
Beirut

Miss Khairat Al-Habbal
International Federation of Medical Students' Association
Beirut

Dr Nihal Abdulazim ElNahrawy
International Federation of Medical Students' Association
Cairo

Mr Omar Hesham Safa
International Federation of Medical Students' Association
Tanta

Dr Mohamed Salah El Den Abdelaziz Ahmed
International Federation of Medical Students' Association
Zagazig

Mr Talal Mohamed Yehia Maarouf
International Federation of Medical Students' Association
Alexandria

**CONSEIL INTERNATIONAL POUR LA LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS À
UNE CARENCE EN IODE (ICCIDD)**

Dr Izzeldin Hussein
Regional Coordinator - Gulf
International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
Muscat

INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL STUDENTS' FEDERATION (IPSF)

Ms Marwa Shokry Beltagy
Chairperson
Eastern Mediterranean Regional Office
International Pharmaceutical Students' Federation
Damanhour

INTERNATIONAL SOCIETY OF BLOOD TRANSFUSION (ISBT)

Dr Salwa Ibrahim Hindawi
Regional Director for Eastern Mediterranean
International Society of Blood Transfusion
Jeddah

ARAB COMMUNITY CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL SERVICES (ACCESS)

Dr Adnan Hammad
Senior Director, Community Health and Research Center
Chairman, National and International Health Research Initiative
Arab Community Center for Economic and Social Services
Dearborn, MI

THE ROTARY FOUNDATION OF ROTARY INTERNATIONAL (ROTARY)

Mr Aziz Memon
National Chair Polio-Rotary
Pakistan National PolioPlus Committee and The Rotary Foundation
The Rotary Foundation
Karachi

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES FEMMES MÉDECINS

Professor Shafika Nasseer
National Coordinator
Medical Women's International Association
Cairo

Professor Salma Galal
Member
Medical Women's International Association
Cairo

Professor Mervat El-Rafie
Member
Medical Women's International Association
Cairo

**CENTRE DE L'ENVIRONNEMENT ET DU DÉVELOPPEMENT POUR LA RÉGION
ARABE ET L'EUROPE (CEDARE)**

Dr Amr AbdelMegeed
Senior Regional Specialist
Centre for Environment and Development for the Arab Region and
Europe
Cairo

LIGUE DES ÉTATS ARABES

Mrs Laila Mohamad Fahmy Negm
Minister Plenipotentiary
Head of Health and Humanitarian Aid Department
League of Arab States
Cairo

**CONSEIL DES MINISTRES DE LA SANTÉ DES ÉTATS DU CONSEIL DE
COOPÉRATION**

Mr Ahmad Abdulghaffar Khateeb
Head, Group Purchasing Unit
Health Ministers' Council for Cooperation Council States
Riyadh

CROISSANT-ROUGE ÉGYPTIEN

Dr Mamdouh Gabr
Secretary-General
Egyptian Red Crescent
Cairo

ARABIZATION CENTER FOR MEDICAL SCIENCE (ACMLS)

Dr Abdel Rahman Al Awadi
Secretary-General
Arabization Center for Medical Science
Kuwait

Dr Yacoub Ahmed Al-Sharrah
Assistant Secretary-General
Arabization Center for Medical Science
Kuwait

**ORGANISATION ISLAMIQUE POUR L'ÉDUCATION, LES SCIENCES ET LA
CULTURE (ISESCO)**

Professor Dr Hamed A. Ead
ISESCO Représentant
Professor of Chemistry, Cairo University
Islamic Educational, Scientific and Cultural Organization
Cairo

ORGANIZATION OF ARAB RED CRESCENT AND RED CROSS SOCIETIES

Mr Abdullah Bin Mohamed Hazza'a
Secretary-General
Organization of Arab Red Crescent and Red Cross Societies
Riyadh

HAMDARD FOUNDATION PAKISTAN (HAMDARD)

Professor Dr Hakim Abdul Hannan
Dean
Faculty of Eastern Medicine
Hamdard University
Karachi

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT (AUB)

Professor Iman Nuwayhid
Dean
Faculty of Health Sciences
American University of Beirut
Beirut

ARAB ASSOCIATION FOR ASSISTING MINE-AFFECTED AREAS

General Magdy Diab
Chairman
Arab Association for Assisting Mine-Affected Areas
Cairo

Mrs Heba Bahey Eldin Abdullah
Director
Arab Association for Assisting Mine-Affected Areas
Cairo

ARAB COUNCIL FOR CHILDHOOD AND DEVELOPMENT

Dr Hassan Hussein El Bilawi
Secretary-General
Arab Council for Childhood and Development
Cairo

Dr Dina Al-Thahir
Researcher
Research and Knowledge Development Directorate
Arab Council for Childhood and Development
Cairo

ARAB COMPANY FOR DRUG INDUSTRIES AND MEDICAL APPLIANCES (ACDIMA)

Dr Mukhtar Shihabeddin
Director-General
Arab Company for Drug Industries and Medical Appliances
Amman

ARAB FEDERATION OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS FOR DRUG ABUSE PREVENTION

Dr Ahmed Gamal Mady Abou El-Azayem
President
Arab Federation of NGOs for Drug Abuse Prevention
Cairo

ARAB MEDICAL UNION

Dr Abdel Moneim Abu El Fetouh
Secretary General
Arab Medical Union
Cairo

Dr Osama Raslan
Deputy Secretary-General
Arab Medical Union
Cairo

ARAB PHARMACISTS UNION

Dr Adib Shanan
President
Arab Pharmacists Union
Damascus

Dr Ali Ibrahim
Secretary-General
Arab Pharmacists Union
Cairo

ASSOCIATION OF ARAB UNIVERSITIES

Professor Dr Saleh Hashim
Secretary-General
Association of Arab Universities
Amman

Dr Khaled Jayousy
Director of Administration
Association of Arab Universities
Amman

**COUNCIL OF NURSING AND NURSING SPECIALIZATION FOR COOPERATION
COUNCIL STATES**

Dr Fouzia Al-Naimi
Director-General
Council of Nursing and Nursing Specialization for
Cooperation Council States
Doha

SAUDI FUND FOR DEVELOPMENT

Mr Mohamed Bin Abdel Mohsen Al-Dukair
Saudi Fund for Development
Riyadh

Mr Mohamed Bin Ibrahim Al-Shabibi
Economic Researcher
Saudi Fund for Development
Riyadh

SAUDI SOCIETY OF FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

Professor Adnan A. Albar
Board Member
Saudi Society of Family and Community Medicine
Al-Khobar

THE GULF FEDERATION FOR CANCER CONTROL

Dr Khaled Ahmed Al-Saleh
Secretary-General
The Gulf Federation for Cancer Control
Kuwait

ASSOCIATION LIBANAISE DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ

Professor Nabil Kronfol
President
Lebanese Health Care Management Association
Beirut

SAUDI ARMED FORCES MEDICAL SERVICES GENERAL DIRECTORATE

Brigadier General Dr Shaker Aldrees
Director of Medical Administration
Saudi Armed Forces Medical Services General Directorate
Riyadh

Lt. Col. Pharm. Ali Ahmad Al Kinani
Assistant Head of International Affairs Office
Saudi Armed Forces Medical Services General Directorate
Riyadh

THE NATIONAL COUNCIL FOR CHILDHOOD AND MOTHERHOOD

Dr Lamiaa Mohamed Mohsen
Secretary-General
The National Council for Childhood and Motherhood
Cairo

Annexe 3

Allocution d'ouverture du Dr Hussein A. Gezairy
Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
à l'occasion de la
cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale
Le Caire, 3-5 octobre 2010

Excellences, Madame le Directeur général, Mesdames et Messieurs,

J'ai le grand plaisir de vous accueillir aujourd'hui pour la cinquante-septième session du Comité régional. Cette année, notre réunion a lieu au moment où le besoin de solidarité n'a presque jamais été aussi important. Au cours de son histoire récente, la Région n'a jamais connu de catastrophe naturelle laissant plus de vingt millions de personnes dans le besoin d'une aide d'urgence. Dès à présent, je souhaite remercier tous les États Membres, ainsi que vous, Madame le Directeur général, pour le soutien apporté au Pakistan ces dernières semaines. Notre riposte en tant que chef de file du groupe Santé, a été rapide et coordonnée, mais les besoins sont considérables et les fonds disponibles sont encore loin d'être suffisants. L'opération d'urgence qui s'étend d'un bout à l'autre du Pakistan, n'a eu pour l'heure qu'une action de surface, eu égard à l'ampleur de l'aide nécessaire. La fourniture d'une eau propre, de nourriture, de vêtements et d'abris est maintenant prépondérante. Les larges mouvements de population ont eu des conséquences négatives sur la situation épidémiologique, notamment celle de la poliomyélite - marquée par la réapparition du poliovirus sauvage dans les zones qui en étaient exemptes -, et celle d'autres maladies à transmission hydrique. Les inondations ont aussi gravement porté préjudice aux établissements comme aux services de santé. Le coût à long terme de la reconstitution des communautés et des moyens de subsistance n'a pas encore été abordé. Et malheureusement, cette catastrophe frappe le Pakistan au moment où la Région n'a pas encore trouvé de solutions pour les autres situations d'urgence chroniques et complexes.

Plus que toute autre de ces situations, l'événement que vient de connaître le Pakistan souligne le besoin de préparation. Avant toute chose, il nous montre que si nous ne pouvons pas maîtriser les forces de la nature, nous pouvons du moins planifier la riposte. Il y a cinq ans, en 2005, notre honorable comité a approuvé une résolution de soutien à un fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence, conçu pour subvenir aux besoins sanitaires lors d'événements de ce type. À ce jour, ce fonds n'a reçu aucune contribution importante. Pourtant, nous ne pouvons rien faire sans votre aide. Mettons nos discours en pratique ! Cette même résolution préconisait la constitution d'un réseau d'experts. À cet effet, j'invite donc instamment chaque État Membre à établir une liste nationale d'experts prêts à faire face à ce type de situations, et auxquels la Région puisse également faire appel.

Malheureusement – et nous en sommes pleinement conscients - les gouvernements, les bailleurs de fonds et les organisations internationales du monde entier se trouvent en crise financière. L'absence de dispositif satisfaisant pour la mobilisation des ressources régionales a été brutalement révélée. Une série d'activités planifiées sont actuellement en attente, au Bureau régional comme dans l'ensemble de l'OMS. Nous ne savons pas si nous serons capables de mettre pleinement en œuvre notre programme de travail au cours de cette période biennale. Depuis dix ans, l'OMS est devenue plus dépendante des contributions volontaires, mais aussi des vicissitudes

des marchés mondiaux. La générosité du Fonds mondial, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination – connue sous le nom d'Alliance GAVI –, de la Fondation Bill et Melinda Gates et d'autres contributeurs nous permet d'avancer dans certains domaines. Mais il reste de nombreux besoins à couvrir.

Parmi les points positifs de l'année passée, je souhaiterais mentionner quelques excellents exemples de collaboration interpays. Le mois dernier, le Groupe des cinq membres du Forum pour la coopération en santé, qui comprend l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, l'Iraq, le Pakistan et le Bureau régional, s'est réuni pour discuter de la collaboration sur quatre maladies d'intérêt commun, à savoir la fièvre hémorragique Crimée-Congo, la tuberculose multirésistante, la poliomyélite et le paludisme. Le Plan de coopération de Téhéran, qui résulte de cette réunion, expose le mode de collaboration et détaille les activités communes visant à lutter contre ces quatre maladies. Les problèmes de santé, en particulier ceux qui ont trait aux maladies transmissibles, ne connaissent pas de frontières. Ce Groupe constitue un formidable dispositif de collaboration infrarégionale, et j'encourage les autres pays à explorer les possibilités de créer des instruments semblables, au service de la santé publique.

Dans le même contexte, je citerai aussi le soutien fourni en particulier par la Tunisie, ainsi que par le Maroc, à l'établissement d'une école de médecine à Djibouti. La collaboration dans la Corne de l'Afrique pour la lutte contre les maladies transmissibles a aussi montré que la solidarité politique, le soutien mutuel, la coordination et la volonté sont aussi importants, sinon plus, que les ressources financières. Sans ces éléments, l'appui financier n'a pas de sens, et les résultats ne sont ni utiles, ni durables.

Nous avons encore bien d'autres motifs de fierté. La campagne menée depuis dix ans pour réduire le nombre de décès dus à la rougeole a été une réussite majeure, de sorte que nous nous rapprochons de l'élimination de cette maladie. Par ailleurs, le VIH a été largement tenu à distance. Il demeure essentiellement confiné dans des groupes de population spécifiques, mais nous devons nous garder de tout excès de confiance et continuer à être vigilants pour éviter une propagation dans la population générale. Ceci implique d'assurer un accès plus large et plus aisé aux médicaments antirétroviraux permettant de tenir le VIH sous contrôle.

L'initiative mondiale « VISION 2020 : le droit à la vue », est parvenue à mi-parcours. Nous avons là un exemple de solidarité régionale et mondiale ayant des résultats positifs immédiats pour l'existence des personnes et leurs conditions de vie. Des milliers de patients ont recouvré la vue grâce à la chirurgie de la cataracte, qui est peu coûteuse. Plus important, presque tous les pays possèdent à présent des plans nationaux pour des soins oculaires complets. Et nous prévoyons des progrès amplifiés et accélérés dans les dix prochaines années.

Au Yémen, qui est le dernier pays de la Région à souffrir encore lourdement de la présence de la schistosomiase, l'initiative de lutte contre cette maladie a déjà des effets positifs sur les vies humaines. Le Maroc a obtenu cette année la certification attestant qu'il est exempt de paludisme. C'est le deuxième pays au monde à qui cette certification est remise. Par ailleurs, la campagne visant à éliminer le paludisme de la Péninsule arabique remporte aussi des succès.

Par rapport à la tuberculose, la situation a connu une amélioration radicale au cours des dernières années ; des progrès importants ont été constatés dans le traitement et sa couverture, grâce à une bonne coordination et à l'appui du secteur privé. Le dépistage, toutefois, doit encore être renforcé. Surtout, la menace mondiale de la résistance antimicrobienne doit être prise au sérieux dans la Région. Nous avons eu l'honneur de recevoir cette année la visite dans la Région de Son Excellence l'ancien Président du Portugal, le Dr Jorge Sampaio, qui est à présent Envoyé spécial des Nations Unies pour l'initiative « Halte à la tuberculose », et qui a nous ainsi démontré son soutien. J'ai noté à cette même place l'importance de la collaboration avec le secteur privé pour

dépister et traiter correctement les cas de tuberculose. Le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé augmente dans toute la Région. En tant que gouvernements et qu'Organisation mondiale de la Santé, il est capital que nous nous engagions auprès de lui. L'accès universel aux soins de santé peut être atteint par de nombreuses voies différentes ; par conséquent, à l'heure où l'économie des soins de santé est de plus en plus passée au crible, nous devons explorer de manière rationnelle les alternatives efficaces permettant d'atteindre cet objectif.

En parallèle, il est crucial que nous nous engagions davantage aux côtés de la société civile et des communautés. C'est ici que les initiatives communautaires ont prouvé leur efficacité. En encourageant les populations à exprimer et exposer leurs besoins sanitaires, en permettant à la communauté de s'engager sur un pied d'égalité avec les décideurs locaux, ces initiatives peuvent entraîner une réelle amélioration de la qualité de vie.

Enfin, des mesures essentielles ont été adoptées afin de commencer à lutter contre les épidémies croissantes de maladies non transmissibles, notamment celles qui sont liées au tabac, et contre les traumatismes dus aux accidents de la circulation. Les besoins des personnes âgées sont également davantage pris en compte, puisque nos populations vivent plus longtemps et en meilleure santé. Le besoin de planifier, de réorienter et d'intégrer les systèmes de santé, et celui de promouvoir des modes de vie sains et actifs sont reconnus comme des défis qui nous attendent. Néanmoins, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

De même, la route est encore longue vers la réalisation des cibles liées aux objectifs du Millénaire pour le développement dans la Région, en particulier dans dix pays. Ce problème souligne d'ailleurs là aussi le manque d'initiatives régionales tenant compte des priorités de la Région. La disponibilité en temps voulu de soins de santé adaptés pour les femmes, une nutrition appropriée, un accès équitable aux soins de santé primaires, à une eau propre et à un système d'assainissement sont des besoins de base auxquels n'ont toujours pas accès toutes nos populations.

Pour conclure, je souhaite féliciter nos États Membres pour leur activité et leur visibilité croissantes dans la prise en main des problèmes de santé mondiaux. Seule une action positive sur la recherche des causes et des solutions mondiales à la résistance antimicrobienne, aux maladies liées à la pauvreté, aux effets du changement climatique sur la santé, aux droits de l'homme en matière de santé ou à tout autre des enjeux auxquels nous sommes tous confrontés, permettra de renforcer notre solidarité dans la Région et pourra profiter à nos populations.

Annexe 4

Allocution du Dr Margaret Chan

Directeur général de l'OMS

à la cinquante-septième session du Comité régional de la Méditerranée orientale

Le Caire (Égypte), 3-5 octobre 2010

Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Ministres, distingués délégués, Dr Gezairy, Mesdames et Messieurs,

La situation au Pakistan est au centre des préoccupations de cette Région, comme elle devrait l'être d'ailleurs partout dans le monde. Tout comme le séisme qui a sévi en Haïti au début de cette année, les inondations qui ont touché le Pakistan témoignent de l'ampleur des dégâts, et de la difficulté de remise en état, lorsqu'une catastrophe touche une région disposant de faibles capacités et caractérisée par une situation sanitaire fragile.

Le Secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki-Moon, faisant référence aux inondations du Pakistan, a déclaré « qu'il s'agissait de la catastrophe la plus grave face à laquelle les Nations Unies ont dû intervenir dans les 65 années de son histoire. »

L'attention des médias se concentre désormais sur d'autres crises mondiales, et une bonne partie des souffrances de la population pakistanaise est maintenant loin du regard, de l'esprit ou de la conscience du public.

Je remercie Le Bureau régional, son directeur, son personnel et les pays qu'il représente pour leur soutien inébranlable au peuple du Pakistan. Ce soutien sera nécessaire pour encore quelque temps.

Mesdames et Messieurs,

Il est très possible qu'aux yeux de l'histoire, la première décennie du XXI^e siècle reste celle où les pays se sont trouvés confrontés aux dangers des interactions dans un monde singulièrement plus interdépendant.

Les contraintes et pressions suscitées par des événements survenant dans une partie du monde, qu'il s'agisse d'une crise financière ou d'un désastre naturel, se font ressentir à l'échelle internationale.

Les climatologues ont régulièrement prévenu que le monde devait s'attendre à une fréquence et une intensité accrues des événements météorologiques extrêmes et c'est ce que nous observons. Des records en matière de vagues de chaleur, de sécheresse, de tempêtes et d'inondations sont en train d'être battus un nombre incalculable de fois.

Les Nations Unies ont lutté pour mobiliser des fonds d'urgence à une échelle correspondant à l'ampleur des besoins éprouvés par le Pakistan, ainsi qu'à la menace bien réelle des maladies, en particulier chez les enfants malnutris et les femmes enceintes.

Sur les marchés internationaux, le prix des céréales reflète déjà les pertes énormes subies par le Pakistan et la Russie au niveau des récoltes. Nous devons anticiper une autre crise mondiale avec une augmentation des prix des denrées alimentaires qui frappera particulièrement les populations les plus démunies.

La nutrition est inscrite à votre ordre du jour. Vous connaissez les conséquences d'un prix élevé des denrées alimentaires sur la santé. Quand les enfants ne sont pas nourris de manière adéquate lors des deux premières années de leur vie, les dégâts ainsi causés à leur développement physique et mental sont irréversibles.

La récession économique actuelle a une portée mondiale. C'est en fait la pire que l'on ait connue en une génération. Et elle est loin d'être terminée.

L'argent est rare et la santé publique en ressent les conséquences à tous les niveaux, budgets nationaux pour la santé, engagements pour l'aide officielle au développement ou fonds disponibles pour soutenir les activités du Fonds mondial, de l'Alliance GAVI et d'autres initiatives mondiales.

Il y a deux semaines, j'ai assisté au sommet des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et participé à plusieurs manifestations.

Le monde a reçu son bulletin de notes. Des notes élevées ont été attribuées à des initiatives telles que le Fonds mondial et l'Alliance GAVI pour la baisse importante de la mortalité imputable au sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies évitables par la vaccination. L'engagement des pays et l'investissement national sont essentiels pour ces réalisations.

Des notes élevées ont été attribuées aux activités d'aide qui permettent de renforcer les capacités et infrastructures fondamentales afin que les pays deviennent autosuffisants.

Cependant, des notes insuffisantes ont été attribuées aux pays riches qui n'ont pu honorer leurs promesses et leurs engagements, notamment sur le plan financier.

Le Fonds mondial et l'Alliance GAVI ont introduit le principe du financement fondé sur les résultats. Et cependant, malgré leurs propres résultats importants et quantifiables, ils sont désormais financièrement exsangues.

En plein combat, il ne faut pas épuiser les munitions, surtout après plusieurs victoires successives.

Beaucoup de gouvernements ont profité du sommet pour annoncer d'importants engagements financiers, notamment à l'appui d'une nouvelle stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants.

Ceci soulève des questions familières. Les pays vont-ils honorer ces engagements ? Nous les avons entendus auparavant. Le financement provient-il de nouvelles sources ? Ou les donateurs passent-ils simplement d'une priorité à l'autre ?

Si l'on néglige n'importe lequel de ces objectifs, on met en péril toutes les intentions visant à réduire la pauvreté et à garantir une plus grande équité quant à la manière dont les chances, la prospérité et la santé sont réparties.

Les OMD présentent l'avantage d'être interactifs et synergiques. En effet, en réduisant les infections parasitaires chez les enfants, on améliore la nutrition. Ce faisant, on améliore les résultats scolaires. L'action sur les résultats scolaires, notamment chez les filles, permet d'améliorer la santé des familles et de communautés entières. Ainsi arrive-t-on à briser la chaîne de pauvreté, de mauvaise santé et de misère qui se transmet d'une génération à l'autre.

Or, la principale question reste sans réponse. Une crise financière, semée par l'appât du gain, va-t-elle annuler les avancées obtenues dans le domaine de la santé grâce à tant de bonne volonté et d'innovation ? Le pire dans la nature humaine l'emportera-t-il sur le meilleur ?

Mesdames et Messieurs,

L'ordre du jour de la session porte sur plusieurs domaines dans lesquels les pays de cette Région veulent accomplir des progrès, à savoir prévenir les problèmes de santé, élargir la couverture des soins essentiels, et améliorer l'équité et l'efficacité des services de santé. En outre, vous aurez une réunion spéciale sur l'économie du tabac et plus particulièrement sur l'expérience réalisée par la Thaïlande et l'Égypte en matière de taxes sur le tabac.

J'ai été frappée par certaines déclarations et statistiques présentées dans vos documents techniques. Elles reflètent bien certains des défis auxquels vous êtes confrontés.

C'est une Région où les dépenses de santé varient de moins de 25 USD par personne à près de 3 000 USD. La priorité que vous accordez à la pauvreté et aux populations qui ont le plus de besoins est tout à fait justifiée.

C'est aussi une Région où près de 40 % de la population subit des crises complexes. La santé mentale est inscrite à votre ordre du jour. Il n'est pas surprenant que les études réalisées dans des pays en proie à des conflits indiquent des taux beaucoup plus élevés de troubles neuropsychiatriques chez les enfants et les adolescents. Dans les études menées de part et d'autre de la Région, les femmes présentent des taux bien plus importants de troubles mentaux courants que les hommes.

La Région accuse l'une des fréquences les plus élevées d'infections associées aux soins de santé au monde, avec d'importantes conséquences en matière de coûts, de qualité des soins et de sécurité des patients. On s'emploie également à résoudre ce problème.

La nutrition est inscrite à votre ordre du jour. Dans cette Région, comme partout dans le monde, la malnutrition et les carences en micronutriments coexistent avec les problèmes de surpoids et d'obésité. La nutrition mérite qu'on lui accorde une plus grande priorité dans le programme de développement. Le secteur de la santé, en agissant seul, ne peut contrer les tendances déterminées par des puissantes pratiques de production, de transformation, de commercialisation et de distribution alimentaires, et par les accords commerciaux internationaux.

Le VIH est inscrit à votre ordre du jour. Heureusement, cette Région continue de présenter une faible prévalence du VIH/sida dans la population générale. Cependant, l'épidémie gagne du terrain dans certains sous-groupes présentant un risque particulier. Dans cette Région, seulement 10 % de la population nécessitant une thérapie antirétrovirale la reçoit. Il s'agit là du plus grand écart de traitement au monde.

Vos discussions techniques se pencheront sur la manière de financer des soins de santé équitables, et c'est également le thème du Rapport sur la santé dans le monde de cette année. L'accent est fermement mis sur le passage à une couverture universelle. Selon le rapport, les paiements directs, notamment la participation financière des usagers, constituent le principal obstacle au progrès.

Comme il est mentionné dans votre document technique, la part des dépenses de santé provenant des paiements directs avoisinent les 80 % dans certains pays de cette Région.

Le message principal du Rapport sur la santé dans le monde est empreint d'optimisme. Tous les pays, quel que soit leur stade de développement, peuvent prendre des mesures immédiates pour parvenir à la couverture universelle et pour préserver les résultats obtenus. Tous les systèmes de santé, où que ce soit, pourraient utiliser les ressources à meilleur escient, par l'adoption de meilleures pratiques d'achat, par exemple, ou par des meilleures incitations pour les prestataires.

En période d'austérité économique, il vaut bien mieux réduire le gaspillage et l'inefficacité que réduire les budgets de la santé.

Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi de conclure par un exemple qui montre ce que l'on peut accomplir en mettant en place les bonnes politiques.

Le Liban est le seul pays de la Région ayant en fait connu, ces dernières années, une baisse des paiements directs en santé. Il convient de répéter certaines des raisons qui expliquent cet état de fait.

Les médicaments génériques se sont substitués aux médicaments de marque. Cette démarche peut être entreprise dans chaque pays.

Une autorité de réglementation efficace a été mise en place pour les produits de soins de santé et la technologie biomédicale notamment la réglementation des services du secteur privé. Tous les pays peuvent en effet renforcer leur capacité en matière de réglementation.

Enfin, les soins de santé primaires ont été renforcés.

Si ces innovations ont permis d'améliorer les résultats au niveau de la santé, elles ont en prime permis de réduire considérablement les dépenses en santé consenties par les pouvoirs publics et les ménages.

De tels accomplissements témoignent de l'impact suscité par l'adoption de bonnes politiques, et de la sagesse d'un engagement régional envers les soins de santé primaires, tels qu'énoncés dans la Déclaration du Qatar.

En outre, grâce au recours à l'outil des comptes nationaux de la santé pour réaliser le suivi des changements successifs, le Liban disposait des données permettant de démontrer ces résultats.

Tout comme pour les OMD, si l'argent est important, il ne l'est pas uniquement. En effet, si l'on dispose de la volonté et si l'on met en place les bonnes politiques, il est toujours possible de progresser vers une meilleure santé.

Je vous souhaite une réunion des plus productives.

Annexe 5

Liste finale des documents, résolutions et décisions

1. Documents du Comité régional

EM/RC57/1-Rev.1	Ordre du jour
EM/RC57/2	Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009
EM/RC57/3	Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques 2010-2015
EM/RC57/4	Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019
EM/RC57/5	Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015
EM/RC57/6	Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration
EM/RC57/7 (a)	a) Budget programme 2008-2009 : appréciation de l'exécution
EM/RC57/7 (b)	b) Rapport sur le résultat des missions conjointes Gouvernement / OMS d'examen et de planification des programmes en 2009, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays
EM/RC57/8	c) Plan stratégique à moyen terme 2008-2013 modifié et projet de budget programme 2012-2013 ; avant-projet de budget programme pour la Région de la Méditerranée orientale 2012-2013
EM/RC57/9	Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion)
EM/RC57/10	a) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé
EM/RC57/10-Annexe I	b) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent vingt-huitième session du Conseil exécutif
EM/RC57/11	Désignation d'un État Membre appelé à siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
EM/RC57/Tech.Disc.1	Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle
EM/RC57/INF.DOC.1	Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite
EM/RC57/INF.DOC.2	Rapport de situation sur l'Initiative Pour un monde sans tabac
EM/RC57/INF.DOC.3	Rapport de situation sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement
EM/RC57/INF.DOC.4	Rapport de situation sur le renforcement des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires
EM/RC57/INF.DOC.5	Collaboration entre les pays de la Région et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
EM/RC57/INF.DOC.6	a) Attribution du Prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2010

- EM/RC57/INF.DOC.7 b) Attribution du Prix pour la Recherche sur le Syndrome de Down
- EM/RC57/INF.DOC.8 c) Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
- EM/RC57/INF.DOC.9 d) Révision des statuts de la Fondation pour la Recherche sur le Syndrome de Down
- EM/RC57/INF.DOC.10 Lieu et date des sessions futures du Comité régional

2. Résolutions

- EM/RC57/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2009 et rapports de situation
- EM/RC57/R.2 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, et fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence
- EM/RC57/R.3 Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : défis et orientations stratégiques 2010-2015
- EM/RC57/R.4 Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019
- EM/RC57/R.5 Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015
- EM/RC57/R.6 Lutte contre les infections et soins de santé : nécessité d'une action de collaboration
- EM/RC57/R.7 Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle
- EM/RC57/R.8 Rapport du Comité consultatif régional (trente-quatrième réunion)
- EM/RC57/R.9 Questions budgétaires et programmatiques

3. Décisions

- Décision 1 Élection du bureau
- Décision 2 Adoption de l'ordre du jour
- Décision 3 Attribution du prix de l'État du Koweït pour la lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
- Décision 4 Désignation d'un État Membre appelé à siéger au Conseil conjoint de coordination du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
- Décision 5 Révision des statuts de la fondation pour la recherche sur le Syndrome de Down
- Décision 6 Lieu et date des sessions futures du Comité régional
- Décision 7 Révision du règlement intérieur du Comité régional