



**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC56/6  
Juillet 2009

**Cinquante-sixième session**

**Point 7 de l'ordre du jour**

**Rapport du**

**Comité consultatif régional  
(trente-troisième réunion)**

## Sommaire

1.	Introduction.....	1
2.	La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région de la Méditerranée orientale.....	3
3.	Stratégie de lutte contre le cancer dans la Région de la Méditerranée orientale .....	5
4.	Les traumatismes dus aux accidents de la circulation : une préoccupation de santé publique croissante.....	6
5.	Améliorer la performance des hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale ....	8
6.	Sujets de discussion lors de la trente-quatrième réunion du Comité consultatif régional (2010) .....	10

### Annexes

1.	Ordre du jour .....	11
2.	Liste des participants.....	12

## 1. Introduction

La trente-troisième réunion du Comité consultatif régional (CCR), à laquelle ont participé les membres du CCR et du Secrétariat de l'OMS, a eu lieu dans les locaux du Bureau régional de la Méditerranée orientale au Caire les 15 et 16 avril 2009. L'ordre du jour et la liste des participants sont joints en Annexes 1 et 2 respectivement. Le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a souhaité la bienvenue à la réunion aux membres du Comité consultatif régional en soulignant l'importance du comité pour conseiller le Bureau régional sur les problèmes techniques qui doivent être présentés au Comité régional.

Le Directeur régional a fait référence aux événements liés à la santé qui ont eu lieu l'année dernière dans la Région. En particulier, il mentionné le mouvement mondial en faveur du renouveau des soins de santé primaires. La Région a accueilli une importante réunion des États Membres au Qatar, qui a donné lieu à la Déclaration du Qatar sur les soins de santé primaires. Le débat mondial et régional a souligné le fait que l'approche initiale des soins de santé primaires, telle qu'elle est exprimée dans la Déclaration d'Alma Ata, est bien conçue et ne peut être améliorée. Surtout, il a été reconnu que les soins de santé primaires constituaient le fondement d'un bon système de santé et devaient être appliqués plus largement pour assurer à tous équité et accessibilité en matière de soins. L'importance des déterminants sociaux de la santé et du partenariat n'a toujours pas imprégné les esprits et la pratique de nombreux partenaires de la santé. Dans la Région, le secteur de la santé est en transition et les actions de sensibilisation énergiques pour la promotion et la protection de la santé ne sont pas encore correctement positionnées. La collaboration intersectorielle et intrasectorielle, ainsi que la participation communautaire, le partenariat et le leadership sont des questions clés que les États Membres doivent aborder. Dans les pays, le renouveau du mouvement en faveur des soins de santé primaires a constitué pour l'OMS un défi stimulant, novateur, technique, diplomatique et administratif pour négocier une vision nationale réalisable.

Le Dr Gezairy a attiré l'attention sur l'actuelle crise financière mondiale. Elle aura sans aucun doute une incidence sur les contributions extra-budgétaires, ainsi que sur l'action de l'OMS et sur sa capacité à fournir un appui technique aux pays. La crise devrait également avoir une incidence négative sur le développement sanitaire national si les gouvernements réduisent leurs dépenses. En ce qui concerne la situation d'urgence humanitaire dans la Région, six à huit pays en moyenne, quelle que soit la période, ont été confrontés à un ou plusieurs types d'urgence, certains correspondant à des situations chroniques et complexes. L'année dernière, le Bureau régional a centré ses efforts de secours d'urgence et d'action humanitaire sur l'appui technique aux habitants du Territoire palestinien occupé ainsi que sur la reconstruction et le relèvement en Afghanistan, en Iraq, en Somalie et au Soudan. Les événements de la Bande de Gaza ont une fois de plus démontré la vulnérabilité des habitants de la Région face à la violence.

Le Dr Gezairy a fait remarquer que l'éradication de la poliomyélite semble de nouveau en bonne voie, mais que la situation est critique. Les problèmes de sécurité en Afghanistan méridional et dans certaines parties du Pakistan sont sérieux. Pour éradiquer la poliomyélite dans les zones restantes et réduire le plus possible le risque de ré-émergence dans les zones où l'éradication est achevée, des ressources devront être mobilisées pour des activités de vaccination supplémentaires. La santé maternelle et néonatale reste un problème prioritaire et le Bureau régional continue d'insister sur son importance. Les expériences concluantes doivent être partagées et exploitées, les réseaux régionaux renforcés et les efforts et ressources correctement coordonnés. Les maladies transmissibles restent une priorité dans de nombreux pays de la Région, tandis que les maladies non transmissibles sont en augmentation. Le principal enjeu consiste à savoir comment renforcer les systèmes de santé pour élaborer la stratégie intégrée nécessaire et les activités intersectorielles.

Le Directeur régional a indiqué que la cinquante-cinquième session du Comité régional avait approuvé le rapport de la trente-deuxième réunion du Comité consultatif régional (résolution EM/RC55/R.3) et salué l'aide apportée par le Comité au Directeur régional. Toutes les recommandations formulées par le Comité lors de sa précédente session ont été prises en compte dans les présentations faites au Comité régional et dans les résolutions approuvées par le Comité.

Le Dr Gezairy a brièvement présenté les documents techniques qui seront examinés par le Comité. L'hépatite B et C, ainsi que le cancer, représentent des menaces croissantes dans la Région et constituent des défis urgents en termes de prévention et de lutte. Les accidents de la circulation constituent un problème de santé publique croissant et une cause majeure de décès chez les 15-45 ans dans la Région. Il s'agit d'un problème multisectoriel au coût humain, social et économique considérable, qui exige une réponse multisectorielle dans laquelle les ministres de la santé devront jouer un rôle clairement défini. L'amélioration de la performance des hôpitaux est une préoccupation dans tous les pays, quelles que soient leurs ressources. Les hôpitaux absorbent la majeure partie des dépenses de santé des gouvernements et font partie des principaux employeurs au sein des systèmes de santé. L'utilisation optimale des hôpitaux et de la technologie, ainsi qu'une gestion efficace, sont essentielles pour atteindre un bon rapport coût efficacité. Une culture axée sur le calcul et l'analyse des coûts, ainsi que sur une gestion professionnelle, fait actuellement défaut dans la Région. L'amélioration de la performance des hôpitaux figure en bonne place dans le programme de réformes de nombreux pays, mais elle doit être traitée dans le contexte de l'amélioration globale de l'efficacité des systèmes de santé.

### *Discussion*

En réponse à la déclaration liminaire du Directeur régional, le Comité a désigné plusieurs questions pour examen complémentaire. En particulier, l'attention des participants a été attirée sur la crise financière mondiale. Il a été noté que les mesures d'incitation économiques prises dans plusieurs pays donnent à l'OMS l'occasion de souligner les conséquences de la crise sur la santé et de préconiser le transfert d'une partie des fonds consacrés aux incitations économiques vers le secteur de la santé. Ces mesures donnent également l'occasion de souligner le rôle économique du secteur de la santé en tant que producteur de richesses, qui doit remplacer la vision stéréotypée d'un secteur de consommation et de services. Il était également opportun, après les événements qui ont conduit aux crises alimentaire et financière, de souligner la nécessité d'un système de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables. La santé est un outil de développement social et les ministres de la santé doivent être encouragés à défendre la cause du secteur de la santé dans cette perspective politique. La réforme de la santé doit comporter une réévaluation par les gouvernements du rôle du ministère de la santé non seulement en tant que prestataire de soins de santé essentiels, mais également en tant que défenseur de la coordination, de la collaboration et de la coopération au sein des secteurs concernés par les questions de santé, et entre ces secteurs. Des moyens novateurs de faire face aux conséquences de ces crises doivent être étudiés dans les forums régionaux. En ce qui concerne les conséquences de la crise financière sur l'OMS et sur sa capacité à venir en aide à ses États Membres, il a été suggéré que le moment était venu de réviser les règlements financiers, de sorte que les contributions intervenant tardivement au cours de la période biennale puissent être mises en œuvre de manière appropriée.

En ce qui concerne la guerre dans la bande de Gaza, la nécessité de concentrer l'attention sur la situation sanitaire dans cette zone, ainsi que de mettre en évidence le coût de la guerre, en termes de santé et de conséquences sur le système de santé, pour le présenter aux Nations Unies, a été soulignée. Quant à la vision renouvelée des soins de santé primaires, elle nécessite la création de nouveaux modèles et stratégies appropriés aux communautés de la Région. Ce domaine est actuellement au point mort. Il existe dans la Région plusieurs modèles intéressants qui doivent être présentés comme tels. Parallèlement, il convient de défendre avec plus de fermeté la cause des soins de santé primaires en tant que fondement de tout bon système de santé, en attribuant un rôle clair à la communauté en sa qualité de principale partie prenante. L'intégration aux soins de santé primaires et l'accès équitable aux soins de santé doivent être évoqués dans toutes les réunions et tous les forums régionaux comme thème de discussion important, faute de quoi la dynamique sera perdue. Le Comité a reconnu que l'absence de culture de calcul et d'analyse des coûts dans la Région freine le développement du secteur de la santé en général et pas seulement celui des hôpitaux. Il n'existe dans la Région aucune méthodologie d'innovation dans le secteur de la santé et cette situation entrave la capacité des pays à anticiper et à traiter les problèmes qui leur sont propres. L'inscription à l'ordre du jour des accidents de la circulation a été saluée et il a été souligné que les traumatismes en général et ceux subis par les enfants en particulier, représentent un domaine largement négligé dans la Région et que l'on dispose

de peu de données sur l'ampleur du problème. Enfin, l'attention particulière accordée à la santé maternelle et néonatale dans la Région doit être maintenue.

Le Comité a suggéré que la préparation de sa réunion annuelle puisse être élargie à des universitaires et à des partenaires, afin de fournir un plus large éventail d'expériences et de points de vue. Il a également indiqué qu'il est nécessaire de renforcer les réseaux de santé régionaux.

### **Recommandations au Bureau régional**

1. Encourager vivement les États Membres à ne pas réduire leurs investissements dans le secteur de la santé en cette période de crise économique mondiale, mais plutôt à investir dans ce secteur en le considérant comme un outil de développement économique et social et en particulier investir dans les soins de santé primaires à titre de stratégie à la fois efficace et économique pour assurer le développement sanitaire à long terme.
2. Évaluer et montrer en exemple les bons modèles de soins de santé primaires dans la Région et inscrire l'intégration dans les soins de santé primaires au programme de toutes les réunions et forums régionaux.
3. Demander aux organes directeurs de l'OMS de réviser les règlements financiers, notamment en relation avec l'utilisation des contributions tardives.
4. Élaborer un document à présenter aux Nations Unies sur les conséquences des conflits aigus et chroniques dans la Région sur la santé des populations, sur le développement sanitaire et sur les systèmes de santé, en insistant particulièrement sur la récente guerre dans la Bande de Gaza.

### **2. La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région de la Méditerranée orientale**

La menace mondiale et régionale d'hépatite virale B et C est importante. La charge de morbidité mondiale imputable à la cirrhose du foie et au carcinome hépatocellulaire représente environ 2 % de l'ensemble des décès et devrait augmenter au cours des deux prochaines décennies. L'OMS estime qu'environ 4,3 millions de personnes sont infectées chaque année par le virus de l'hépatite B (VHB) et 800 000 par le virus de l'hépatite C (VHC) dans la Région. En outre, 17 millions de personnes présentent une infection chronique par le VHC. Des études montrent que plus de 75 % des cas de cirrhose ou de carcinome hépatocellulaire de la région sont imputables à une infection par le VHB ou le VHC. Le coût du traitement des patients présentant une infection chronique par le VHB ou le VHC est supérieur à celui de la mise en œuvre des programmes de prévention. Selon les recommandations thérapeutiques actuelles relatives à l'hépatite C chronique, le coût du traitement à vie de 50 % des patients éligibles de la Région est estimé à plus de 125 milliards de dollars et devrait augmenter au fil du temps parallèlement au nombre de personnes infectées.

Il existe des stratégies et outils de lutte contre la transmission de ces agents pathogènes véhiculés par le sang qui se sont avérés efficaces pour peu qu'ils soient mis en œuvre correctement. Malheureusement, la mise en œuvre de ces stratégies est loin d'être optimale dans de nombreux pays de la Région. L'adoption d'une stratégie globale et l'extension de la mise en œuvre des mesures de lutte très actuellement disponibles sont nécessaires et urgentes pour prévenir la transmission de ces agents pathogènes véhiculés par le sang. Il est également fortement recommandé que les pays adoptent une cible régionale de réduction de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite B chronique inférieure à 1 % chez les enfants de moins de cinq ans d'ici 2015.

#### *Discussion*

Le Comité a indiqué que le document rend compte de la quasi-totalité des aspects relatifs à l'ampleur du problème. Il a noté la nécessité d'insister sur l'importance de la sensibilisation et de l'éducation pour la santé en ce qui concerne la transmission et la prévention de ces maladies, particulièrement pour les professionnels de la santé, qui sont nombreux à manquer de connaissances dans ce domaine, ainsi que sur l'importance de l'intégration de l'éducation pour la santé dans la formation des professionnels de la santé. L'élimination des déchets liés aux soins de santé et la promotion de l'utilisation des seringues autobloquantes constituent des défis majeurs pour la Région. Il est

également nécessaire de sensibiliser à ce problème le public, les parlementaires et les commissions parlementaires sur la santé, de manière à pouvoir mettre en place la législation et la réglementation qui s'imposent.

Le Comité a plaidé en faveur d'une plus grande coopération entre les pays pour s'attaquer à cette question et à d'autres problèmes relatifs au système de santé. L'une des principales causes de l'hépatite B et C est le système de santé lui-même. Tous les systèmes de santé, et non pas uniquement ceux dont les ressources sont insuffisantes, doivent tirer des enseignements à ce sujet. Par exemple, l'assurance qualité n'est pas appliquée de manière satisfaisante dans le système de soins dentaires de certains pays.

Il a été noté que les stratégies et les mesures que les pays pourraient prendre pour résoudre ce problème doivent être reliées à la situation épidémiologique et à la disponibilité des ressources, de sorte que les pays sachent exactement ce qui doit être réalisé en priorité. La résolution proposée doit être accompagnée d'un ensemble d'informations pratiques destiné aux pays, comprenant des lignes directrices pour la mise en œuvre, l'incidence en termes de coût et des expériences exemplaires. Les États Membres seraient ainsi en mesure d'élaborer un plan approprié à leur situation, en collaboration avec l'OMS, de mettre en œuvre plus rapidement le plan et d'évaluer plus efficacement les conséquences et les difficultés. La diffusion de profils nationaux au regard de la situation serait également profitable aux pays.

La dose de vaccin contre l'hépatite à administrer à la naissance aux nouveau-nés vulnérables, par rapport aux doses ultérieures, doit être précisée. Il a également été suggéré que l'administration du vaccin à la naissance constitue un point d'entrée et l'occasion de dispenser des soins plus complets aux nouveau-nés au sein des groupes présentant un risque élevé.

Le Comité a exprimé son inquiétude quant à la viabilité de la fourniture actuelle de vaccins et a insisté sur la nécessité d'institutionnaliser la vaccination contre l'hépatite B. En outre, peu d'informations sont disponibles dans la région concernant les facteurs de risque de la transmission de l'hépatite C. Il est important de faire campagne en faveur d'une recherche locale et pertinente dans ce domaine.

### **Recommandations au Bureau régional**

1. Insister sur la nécessité de sensibiliser les décideurs et d'éduquer le public et les agents de santé au sujet de la transmission de l'hépatite et d'intégrer les programmes d'éducation pour la santé dans les programmes de formation des professionnels de la santé.
2. Prendre en compte la nécessité d'assurer la viabilité à long terme de la fourniture de vaccins contre l'hépatite B par le biais de la législation et de l'institutionnalisation.
3. Dans certains pays, mettre en évidence parmi les principales causes le système de santé lui-même et la nécessité de développer ce dernier et de mettre en œuvre des stratégies de prévention éprouvées, notamment la sécurité des patients, une plus grande attention accordée aux services de soins dentaires, la vaccination systématique des étudiants en médecine et des agents de santé et une assurance de la qualité des soins de santé.
4. Définir clairement les stratégies à appliquer en priorité dans les groupes de pays, en fonction de la situation épidémiologique et des ressources disponibles.
5. Souligner les lacunes en matière d'informations relatives aux schémas épidémiologiques, ainsi que les facteurs de risque élevé dans plusieurs pays de la Région, et utiliser cette opportunité pour : préconiser la réalisation d'études ou d'une surveillance, dans le but de comprendre la situation, en utilisant un protocole unifié permettant une comparaison des données entre les pays ; et évaluer l'impact des stratégies de prévention.
6. Souligner le rôle du Ministère de la Santé pour sensibiliser les parlementaires au problème et à la nécessité d'une législation et d'une réglementation nationales permettant la mise en œuvre

des stratégies recommandées, notamment la vaccination contre l'hépatite B, l'adoption de stratégies pour la sécurité des patients et une allocation financière pour la prévention et la lutte.

7. Intensifier l'administration à la naissance du vaccin contre l'hépatite B dans les pays où le taux de transmission périnatale est élevé ou intermédiaire.
8. Mettre à la disposition des pays un ensemble d'informations sur la manière de mettre en œuvre les stratégies recommandées relatives à la résolution proposée et diffuser des profils de pays résumant la situation au regard de l'hépatite B dans la Région.

### **3. Stratégie de lutte contre le cancer dans la Région de la Méditerranée orientale**

Le cancer constitue un problème croissant dans la Région de la Méditerranée orientale. Il se classe au quatrième rang des principales causes de décès dans la Région et compte parmi les principales causes de décès dans le monde. Selon les estimations, le cancer tue chaque année 272 000 personnes dans la Région. En outre, la plus forte augmentation de l'incidence du cancer dans les régions de l'OMS au cours des 15 prochaines années sera probablement observée dans la Région de la Méditerranée orientale, où un modèle de projection prédit qu'elle pourrait atteindre 180 %.

Aujourd'hui, la moitié des cancers de la Région survient avant l'âge de 55 ans. Le rapport mortalité/incidence est élevé (70 % contre 40 % aux États-Unis et 55 % en Europe), indiquant des taux de survie nettement inférieurs lorsqu'un cancer est diagnostiqué. Les principaux facteurs de risque sont liés à la consommation de tabac et aux changements intervenus dans l'alimentation et le mode de vie. Selon les estimations, 40 % des cancers pourraient être évités au niveau mondial par une modification des facteurs de risque. La prévention offre donc le plus fort potentiel en termes de santé publique et représente la stratégie à long terme dotée du meilleur rapport coût-efficacité pour la lutte contre le cancer. Dans l'ensemble de la Région, les ressources consacrées à la lutte contre le cancer sont non seulement inadaptées, mais également consacrées presque exclusivement au traitement.

La stratégie régionale de lutte contre le cancer a été formulée en réponse à la charge de morbidité croissante liée au cancer dans la Région et à la nécessité de coordonner l'action dans ce domaine. Il y a lieu de croire que l'adoption de la stratégie générera un appui politique suffisant au niveau national pour les programmes de lutte contre le cancer ; incitera les États Membres à élaborer un plan d'action exhaustif pour s'attaquer au problème du cancer ; et débouchera sur l'élaboration de politiques et de réglementations visant à prévenir le cancer.

#### *Discussion*

Le Comité a souligné l'importance de la prévention du cancer, faisant remarquer que cette question est négligée dans la Région. Les médias doivent être utilisés pour sensibiliser le public et combler les lacunes en matière de connaissances sur les facteurs de risque du cancer, particulièrement la consommation de tabac. Une campagne de prévention de grande envergure pourrait être lancée dans la Région ; dans le cadre de cette campagne, des personnels techniques de l'OMS pourraient effectuer des visites dans les pays afin de plaider en faveur de la prévention du cancer. Un bulletin mensuel sur les causes des décès pourrait également être publié, afin de sensibiliser les gouvernements et de renforcer leur engagement en faveur de la lutte contre le cancer.

Le cancer et les troubles apparentés font apparaître les inégalités les plus frappantes des systèmes de santé et les approches de la prévention et des soins du cancer doivent prendre en compte ces inégalités. L'OMS doit fournir des conseils sur la manière d'intégrer la prévention, le traitement et les soins du cancer dans les soins de santé primaires, notamment la manière de relier les hôpitaux proposant des traitements spécialisés au sein du système de santé. Le dépistage du cancer du sein doit être encouragé dans le cadre des soins de santé primaires et intégré à la formation médicale et l'auto-examen des seins doit être enseigné dans les écoles. Davantage de travaux de recherche sont également nécessaires, particulièrement sur les médicaments à base de plantes et sur les approches traditionnelles.

En coordination avec les centres anticancéreux, l'OMS doit encourager les soins palliatifs et souligner leur importance, qui n'est pas bien comprise au sein des ministères de la santé. Les soins infirmiers communautaires et les soins à domiciles peuvent jouer un rôle clé dans ce domaine. L'accès aux médicaments utilisés pour les soins palliatifs et leur accessibilité économique doivent également être assurés.

Des inquiétudes ont été exprimées au sujet des données régionales actuelles sur le cancer, qui comprennent des données issues de registres et d'estimations. Des efforts sérieux sont nécessaires pour effectuer un examen systématique des estimations basées sur la population de la charge de morbidité liée au cancer. Des registres du cancer doivent être créés ou renforcés, afin de fournir des données fiables sur l'incidence de cette maladie.

### **Recommandations au Bureau régional**

1. Renforcer le plaidoyer en faveur de la prévention du cancer et insister sur l'intégration de la prévention et de la prise en charge dans les soins de santé primaires.
2. Promouvoir le rôle de la société civile dans la prévention et les soins du cancer et encourager la collaboration des institutions de la société civile avec les systèmes de santé de la Région.
3. Insister sur la nécessité de renforcer les soins palliatifs, notamment le rôle des soins infirmiers communautaires et les soins à domicile, et d'améliorer leur qualité.
4. Souligner la nécessité de renforcer l'éducation en matière de santé publique en ce qui concerne la prévention et le dépistage précoce du cancer, notamment l'éducation à l'auto-examen des seins, la consommation de tabac et l'alimentation, l'activité physique et la santé, par le biais des programmes scolaires sur la santé et des programmes de formation médicale, ainsi que des environnements communautaires tels que les lieux de travail, en insistant particulièrement sur le cancer du sein.
5. Insister sur la nécessité de réaliser des enquêtes basées sur la population sur la prévalence du cancer, afin de fournir des données systématiques et fiables et de créer ou renforcer des registres du cancer.
6. Explorer de nouvelles méthodes de dépistage du cancer du col de l'utérus qui pourraient être appropriées et pertinentes pour la Région.

### **4. Les traumatismes dus aux accidents de la circulation : une préoccupation de santé publique croissante**

Chaque année, 1,2 million de personnes sont tuées dans le monde et 20 à 50 millions subissent des traumatismes modérés à graves lors d'accidents de la circulation. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 132 000 personnes décèdent chaque année des suites de traumatismes dues aux accidents de la circulation. La plupart de ces personnes décédées sont des hommes jeunes appartenant aux tranches d'âge les plus productives. Si la tendance actuelle persiste, la mortalité et la morbidité dues aux accidents de la circulation connaîtront une augmentation considérable, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, pesant très lourdement sur des ressources limitées. Les traumatismes dus aux accidents de la circulation constituent un problème socioéconomique majeur. Parmi les personnes touchées, 90 % appartiennent aux groupes socioéconomiques inférieurs (piétons, usagers des transports publics, motocyclistes et cyclistes) qui disposent d'un pouvoir limité pour influencer les politiques et obtenir des soins médicaux efficaces après les accidents. Directement ou indirectement, les traumatismes dus aux accidents de la circulation coûtent aux pays à revenu faible et intermédiaire l'équivalent de 1 % à 1,5 % de leur PIB.

Bien que le secteur de la santé soit le plus affecté par les traumatismes dues aux accidents de la circulation (en raison des victimes humaines), son rôle dans la prévention primaire est traditionnellement très limité. Au niveau régional, il existe de nombreux problèmes qui contribuent à cette situation ou la compliquent. Ce sont, notamment, l'insuffisance des données sur les causes des



traumatismes dues aux accidents de la circulation, la faiblesse du soutien politique, les capacités nationales limitées et un leadership mal défini en ce qui concerne le problème de la sécurité routière. Constatant cette situation, l’OMS et les Nations Unies ont identifié ce problème comme étant un problème de santé publique majeur et mandaté l’OMS pour coordonner des efforts en faveur de la sécurité routière au niveau mondial. En conséquence, l’OMS, conjointement avec la Banque mondiale, a publié en 2004 le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, identifiant les principaux facteurs de risque et les interventions efficaces reposant sur des données probantes. Par la suite, de nombreux pays de la Région ont appliqué différentes mesures de prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, mais les progrès sont inégaux et irréguliers.

La sécurité routière étant une question largement multisectorielle et pluridisciplinaire, les pays où la circulation motorisée est très importante ont eu recours à une approche centrée sur le système en étudiant les problèmes qui l’affectent (application de la loi, conception des routes, sécurité des véhicules) plutôt que d’investir exclusivement dans la modification des comportements. Les ministères de la santé ont joué un rôle de direction actif en plaidant en faveur d’approches multisectorielles et pluridisciplinaires. Bien que les solutions appliquées par les pays à revenu élevé ne conviennent peut-être pas parfaitement à la situation de la Région, les éléments de base de la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation sont les mêmes et peuvent être employés efficacement dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire. En utilisant une approche de santé publique pour les traumatismes dus aux accidents de la circulation et en s’attaquant à la sécurité routière selon une méthode comparable à celle employée pour prévenir n’importe quelle maladie, il est possible de parvenir à une nette réduction de la mortalité et de la morbidité. Il est recommandé de désigner un comité multisectoriel (ou une institution principale) au niveau national et de réserver un rôle significatif au ministère de la Santé. Développer la capacité nationale, réunir des données sur la causalité et sur l’efficacité des interventions, allouer des ressources humaines et financières et établir un système de soins des traumatismes pré-hospitalier et hospitalier efficace sont les principaux éléments permettant à un pays quel qu’il soit de prévenir la survenue des traumatismes dus aux accidents de la circulation et les décès secondaires.

### *Discussion*

Les accidents de la circulation et les traumatismes qui en résultent constituent un problème « orphelin » dont les facteurs de causalité appartiennent à de nombreux secteurs et pour lesquels il n’existe aucun organisme de coordination responsable ni aucun programme au niveau national. Au sein du secteur de la santé, la priorité doit être donnée à l’amélioration de la prise en charge médicale des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Parmi les actions importantes à entreprendre figurent le renforcement des services de secours, afin d’intervenir efficacement auprès des victimes de la circulation, la classification des services selon leur capacité à prendre en charge les victimes et l’amélioration de la qualité du traitement pré-hospitalier. En particulier, les ambulances doivent être bien équipées et bien dotées en personnel car elles constituent la première ligne d’intervention lors de traumatismes dus aux accidents de la circulation. Une formation et des connaissances sur les compétences de base en matière de secours d’urgence, particulièrement le transport des patients traumatisés, doivent être dispensées non seulement aux agents de santé, mais également au grand public, par exemple par le biais de campagnes de sensibilisation de masse.

Le Comité a attiré l’attention sur plusieurs questions relatives aux données sur les traumatismes dus aux accidents de la circulation. La mortalité liée à la circulation est définie différemment selon les pays. Une définition unique doit être formulée et appliquée dans les pays pour l’établissement de rapports. La charge de morbidité liée à la circulation est considérable dans la Région et une plus grande attention doit être accordée aux données sur la morbidité due aux accidents de la circulation. Les chiffres actuels relatifs aux accidents de la circulation dans les pays de la Région reflètent différents niveaux de transparence, ainsi que différentes approches de collecte des données. L’attention portée actuellement aux traumatismes dus aux accidents de la circulation peut être utilisée comme point d’entrée pour s’attaquer à d’autres formes de traumatismes, par exemple les

intoxications et les chutes, qui s'avèrent être à l'origine d'une mortalité considérable dans certains pays, selon des études nationales. Davantage de données sont nécessaires sur les traumatismes de tous types et le soutien apporté aux pays par l'OMS doit inclure la mise en place de registres pour tous les types de traumatismes.

Le Comité a noté que la question des traumatismes dus aux accidents de la circulation, de même que d'autres déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé, existants ou émergents, nécessitent un ré-examen attentif du rôle des ministères de la santé. Plutôt que de superviser les efforts visant à traiter ces questions, le rôle le plus efficace que pourraient jouer les ministères de la santé pourrait consister à produire des données, à sensibiliser le public et à effectuer un suivi des résultats.

### **Recommandations au Bureau régional**

1. Préconiser l'adoption par les gouvernements de politiques publiques pour la prévention des accidents de la circulation et la promotion d'une action interministérielle pour réduire la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes dus aux accidents de la circulation.
2. Préconiser que les ministères de la santé jouent un rôle directeur dans la création de partenariats et plaident en faveur de la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation en portant la question à l'attention du gouvernement au niveau du conseil des ministres, en mettant en évidence la charge sociale, financière et sanitaire, en recommandant une réponse conjointe intersectorielle et en appelant instamment à réaliser des campagnes en faveur de la sécurité routière ciblant les responsables de l'élaboration des politiques, le public et les écoliers.
3. Souligner la nécessité d'une éducation en matière de santé publique sur les modalités de prise en charge des victimes d'accidents de la circulation.
4. Souligner la nécessité de renforcer les services ambulanciers et les services des urgences par le biais d'une assurance qualité et d'une accréditation de ces services en fonction de leur capacité à intervenir dans les cas d'urgence et de traumatismes dus aux accidents de la circulation.
5. Promouvoir l'utilisation d'une définition uniforme de l'expression « mortalité imputable aux traumatismes dus aux accidents de la circulation » selon les directives de l'OMS et préconiser la création d'une base de données régionale sur la charge de morbidité et de mortalité imputable aux traumatismes dus aux accidents de la circulation.
6. Plaider en faveur d'une meilleure formation des conducteurs par le biais de l'adoption de stratégies éprouvées de prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation, notamment des peines sévères en cas de conduite sous l'emprise de l'alcool ou d'autres substances, l'utilisation d'un casque de protection pour les motocyclistes, les normes de conduite, la sécurité des véhicules, la réduction de la vitesse, l'interdiction des remorques et l'enseignement de la sécurité routière dans les écoles.
7. Mettre en évidence l'intégralité de la charge que représentent les traumatismes dus aux accidents de la circulation (décès, incapacités, coûts sociaux et économiques) et pas uniquement la mortalité.

### **5. Améliorer la performance des hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale**

En 2002, l'OMS et la Fédération internationale des hôpitaux ont entrepris l'étude la plus vaste et la plus complète à ce jour sur la performance hospitalière, couvrant 20 pays dans les six régions de l'OMS. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Égypte, le Liban, le Maroc et la République arabe syrienne ont participé. Les résultats ont été publiés en 2007. L'étude a identifié les principaux problèmes affectant la performance des hôpitaux : coordination limitée entre les hôpitaux et le système de santé national, manque de financement chronique et dépendance accrue à l'égard des honoraires payés par les utilisateurs dans les pays à revenu faible et intermédiaire, contraintes dans

l'organisation des prestations de service (par ex. dysfonctionnement des systèmes d'orientation) et insuffisances dans la gestion des hôpitaux, particulièrement dans la gestion des finances et des ressources humaines dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire. Afin de résoudre les problèmes relatifs à la nécessité d'améliorer la performance hospitalière et en se basant sur les besoins des pays dans ce domaine, tels qu'ils sont perçus, l'OMS a produit plusieurs publications, documents de politique et outils ciblés, à utiliser pour renforcer la direction et la gestion des hôpitaux ainsi que pour évaluer et améliorer leur qualité. L'OMS soutient les pays de plusieurs manières, notamment en développant des réseaux d'appui, en établissant des centres collaborateurs et en lançant des sites Web interactifs.

### *Discussion*

La formation en gestion des directeurs des hôpitaux doit être améliorée, la médiocrité de la gestion ayant été désignée comme l'une des causes de l'insuffisance de la performance des hôpitaux dans la Région. Les Membres ont évoqué l'importance de la formulation d'une définition plus claire du terme « hôpital » dans le contexte de la compréhension des systèmes de santé publics. Ils ont abordé l'autonomie des hôpitaux et sa synonymie potentielle avec privatisation et déréglementation, l'incapacité des pays qui disposent de ressources limitées à financer des hôpitaux autonomes conduisant à la privatisation croissante des services, qui deviennent inaccessibles aux couches de la population les plus pauvres. Des cadres réglementaires nationaux et infranationaux prévoyant une protection sociale pour les pauvres doivent être mis en place avant que les hôpitaux ne soient autorisés à adopter un statut d'autonomie. Un cadre commun pour les hôpitaux publics et privés représente une plus grande responsabilité vis-à-vis de la communauté. La santé maternelle et néonatale pourrait être utilisée comme point d'entrée pour la communauté.

La taille des hôpitaux est très variable et l'OMS pourrait recommander de définir le nombre de lits approprié en fonction de la population et de la taille des hôpitaux. Des centres de santé pourraient être créés pour fournir des services de traumatologie, de toxicologie, d'obstétrique et de formation.

La crise économique mondiale actuelle affecte le secteur de la santé de façon plus marquée qu'on ne pourrait le penser. Selon les estimations, elle aurait imposé une réduction des dépenses de santé comprise entre 30 % et 40 %. Des exercices de calcul des coûts doivent être réalisés, particulièrement à l'intérieur des services. Il est nécessaire de résoudre la crise des services hospitaliers, d'étudier les rapports coût-efficacité et de rechercher des innovations visant à réduire le coût des soins, comme la réalisation d'interventions en ambulatoire, la promotion des soins de santé à domicile, le transfert des disciplines du cadre tertiaire vers les services périphériques, ainsi que de sensibiliser le public aux risques potentiels des soins hospitaliers, comme l'absence de pratiques de lutte contre les infections.

### **Recommandations au Bureau régional**

1. Promouvoir une culture de calcul et d'analyse des coûts dans les hôpitaux, afin d'améliorer la gestion financière, la budgétisation des programmes, la responsabilité et la maîtrise des coûts.
2. Apporter un soutien aux pays en élaborant des approches différentes, d'un bon rapport coût efficacité, en matière d'admission hospitalière, par le biais du développement des soins ambulatoires, de la chirurgie de jour et des soins de santé à domicile.
3. Aider les pays à mieux évaluer et à améliorer la performance de leurs hôpitaux grâce à l'utilisation d'outils et de cadres, notamment l'outil d'évaluation des performances pour l'amélioration de la qualité dans les hôpitaux (PATH) de l'OMS.
4. Aider les pays à instaurer des réformes appropriées permettant de combler les lacunes de la performance hospitalière, notamment en matière de gouvernance, de formation des directeurs d'hôpitaux et de mesures d'incitation pour les ressources humaines.

5. Réaliser une étude approfondie de l'expérience régionale en matière d'autonomie des hôpitaux dans le cadre de la décentralisation du système de santé et sensibiliser aux avantages et aux inconvénients de l'autonomie, en insistant sur le rôle du ministère de la Santé dans la réglementation, l'évaluation et la garantie d'un accès équitable.
6. Fournir des conseils sur le rôle du gouvernement pour développer des instruments de réglementation nécessaires destinés à fixer des normes et critères en matière de répartition géographique et fonctionnelle des hôpitaux, notamment des plans directeurs de développement hospitalier, à protéger l'équité de l'accès et à promouvoir la sécurité des patients dans les hôpitaux.
7. Tirer parti des données disponibles, notamment des données générées par l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, pour améliorer la qualité des services hospitaliers et la sécurité des patients.

**6. Sujets de discussion lors de la trente-quatrième réunion du Comité consultatif régional (2010)**

- L'impact de la crise économique sur la santé
- Les partenariats
- L'examen de la performance du Bureau régional de la Méditerranée orientale et le renforcement de son image
- Les problèmes sanitaires futurs et l'impact de la crise économique
- L'alimentation, l'exercice physique et la santé, avec une attention particulière portée au diabète
- L'entretien de la dynamique des soins de santé primaires
- Les effets sur la santé de l'utilisation pacifique de l'énergie atomique
- La participation de la communauté aux soins de santé
- Les conséquences sur la santé des aliments génétiquement modifiés
- La sécurité des approvisionnements alimentaires et la nutrition
- Le développement dans la petite enfance
- Le rôle du ministère de la Santé
- L'impact du conflit sur la santé et sur les systèmes de santé

## Annexe 1

### Ordre du jour

#### Mercredi 15 avril 2009

8 h 30 – 09 h 15	Déclaration liminaire et suivi des recommandations de la trente-deuxième réunion	<i>Dr Hussein A. Gezairy</i> <i>Directeur régional</i>
9 h 15 – 10 h 00	La menace croissante de l'hépatite B et C dans la Région de la Méditerranée orientale	<i>Dr Ezzeddine Mohsni</i> <i>Conseiller régional, Maladies évitables par la vaccination et vaccination</i>
10 h 30 – 11 h 15	Stratégie de lutte contre le cancer dans la Région de la Méditerranée orientale	<i>Dr Ibtihal Fadhil</i> <i>Conseiller régional, Maladies non transmissibles</i>
11 h 15 – 12 h 00	Les traumatismes dus aux accidents de la circulation – une préoccupation de santé publique croissante	<i>Dr S. Jaffar Hussain</i> <i>Conseiller régional, Promotion de modes de vie sains</i>
12 h 00 – 13 h 00	Améliorer la performance des hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale	<i>Dr Amr Mahgoub</i> <i>Conseiller régional, Appui à la gestion sanitaire</i>

#### Jeudi 16 avril 2009

10 h 00 – 11 h 00	Conclusion et recommandations	
11 h 00 – 11 h 30	Sujets de discussion lors de la trente-quatrième réunion du Comité consultatif régional (2010)  Clôture	<i>Dr Abdulla Assa'edi</i> <i>Sous-Directeur régional</i>

## **Annexe 2**

### **Liste des participants**

#### **Membres du Comité consultatif régional**

Professor Mamdouh Gabr*	Secretary-General, Egyptian Red Crescent Society, Cairo, EGYPT
Dr Alireza Marandi	Member of Parliament and Professor of Pediatrics and Neonatology, Chairman of the Board of Trustees, Society of Breast Feeding, Teheran, ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Dr Abdul Rahman Al Awadi	President, Islamic Organization for Medical Sciences, KUWAIT
H. E. Dr M. Jawad Khalife*	Minister of Public Health, Ministry of Public Health, Beirut, LEBANON
H.E. Mr Ejaz Rahim	Former Federal Minister for Health, Government of Pakistan, Islamabad, PAKISTAN
Dr Omar Suleiman	President, Development Action Now (DAN), Director Development Technology and Services International (D'TASI), Khartoum, SUDAN
H.E. Dr Mohamed C. Biadillah*	Ancien Ministre de la Santé, Rabat, MAROC
H.E. Dr Saad Kharabsheh	Former Minister of Health, Amman, JORDAN
Dr Zulfiqar Bhutta	Professor of Paediatrics, Department of Paediatrics, The Aga Khan University, Karachi, PAKISTAN
Professor Koussay Dellagi*	Director of the Centre for Research and Scientific Intelligence on Emerging Infectious Diseases in the Indian Ocean (CRVOI)
Dr Ali Bin Jaffer Suleiman	Advisor, Health Affairs Supervising the Directorate General of Health Affairs, Ministry of Health, Muscat, OMAN
Professor Peter Hansen	Former Commissioner General, UNRWA, Diplomatic-in-Residence, Fordham University, New York

**\* N'a pas pu participer**

**Secrétariat de l’OMS**

Dr Hussein A. Gezairy	Directeur régional
Dr M. H. Khayat	Conseiller principal auprès du Directeur régional
Dr Mohamed A. Jama	Directeur régional adjoint
Dr A. Assa’edi	Sous-Directeur régional
Dr M. H. Wahdan	Conseiller spécial pour la poliomyélite auprès du Directeur régional
Dr G. Hafez	Conseiller auprès du Directeur régional
Dr B. Sabri	Directeur, Développement des systèmes et des services de santé
Dr H. Lafif	Directeur, Administration
Dr H. Madi	Directeur, Protection et promotion de la santé
Dr J. Mahjour	Directeur, Lutte contre les maladies transmissibles
Dr S. Bassiri	Coordonnateur, Planification, suivi et évaluation des programmes
Dr A. Mahgoub	Conseiller régional, Appui à la gestion sanitaire
Dr S. Jaffar Hussain	Conseiller régional, Promotion des modes de vie sains
Dr I. Fadhil	Conseiller régional, Maladies non transmissibles
Dr E. Mohsni	Conseiller régional, Maladies évitables par la vaccination et vaccination
Mme J. Nicholson	Éditrice
Mme Nermine Salah	Secrétaire principale, Planification, suivi et évaluation des programmes
Mme Doaa Gad	Secrétaire, Planification, suivi et évaluation des programmes