

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرَةُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC57/9
Août 2010

Cinquante-septième session

Original : arabe

Point 6 de l'ordre du jour

Rapport du

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

Sommaire

1.	Introduction	1
2.	Suivi des recommandations de la trente-troisième réunion du Comité consultatif régional	3
3.	Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : sur la voie de la couverture universelle.....	4
4.	Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations	6
5.	Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2015.....	8
6.	Stratégie régionale pour une riposte du secteur de santé au VIH 2011–2015.....	10
7.	Lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé : nouveau point du programme d'action en santé publique	12
8.	Sujets de discussion lors de la trente-cinquième réunion du Comité consultatif régional (2011).....	13
 Annexes		
1.	Ordre du jour.....	14
2.	Liste des participants	15

1. Introduction

La trente-quatrième réunion du Comité consultatif régional, à laquelle ont participé des membres dudit Comité et du Secrétariat de l'OMS, a eu lieu dans les locaux du Bureau régional de la Méditerranée orientale au Caire, les 20 et 21 avril 2010. Le programme 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 aux membres du Comité consultatif régional.

Le Directeur régional a rappelé les preuves du changement climatique et les nombreuses modifications déjà constatées dans la Région. Il a fait remarquer que le changement climatique avait des implications très diverses pour la santé humaine, y compris la mort et la maladie causées par les catastrophes naturelles, telles que les vagues de chaleurs, les inondations et les sécheresses, l'augmentation des maladies à transmission vectorielle comme le paludisme et la dengue et d'autres causes potentielles de mortalité, telles que la malnutrition et la diarrhée.

Il a informé le Comité des progrès encourageants réalisés dans l'éradication de la poliomyélite dans la Région malgré les problèmes, et a rappelé l'engagement des pays à atteindre la cible. La situation a continué de s'améliorer des deux pays d'endémie (l'Afghanistan et le Pakistan), malgré les problèmes rencontrés dans les zones d'insécurité, en partie du fait de la stratégie consistant à recourir au vaccin bivalent dans ces pays. Le Directeur régional a rappelé la grave épidémie dont on a fait état récemment au Tadjikistan et a indiqué que le Bureau régional avait pris des mesures pour examiner et sécuriser la situation dans les zones frontalières. Au Pakistan, l'accent a été mis sur l'amélioration des zones à haut risque du pays. On pense que l'approche des besoins fondamentaux en matière de développement serait utile pour améliorer la sensibilisation au sein de la communauté à cet égard. Prenant en compte l'impact de la crise financière et de la récession économique mondiale sur les capacités des bailleurs de fonds ainsi que sur les ressources de l'OMS, il a fait remarquer que si le programme d'éradication de la poliomyélite n'était pas menacé actuellement, il devenait cependant de plus en plus difficile d'attirer de nouveaux fonds.

Le Directeur régional a informé le Comité consultatif régional de la mise en œuvre du Système mondial de gestion (GSM) de l'OMS qui a été déployé au Bureau régional en janvier 2010. Les membres du personnel apprennent actuellement à s'en servir. Tout indique que le déploiement a été couronné de succès et qu'il s'est déroulé aussi facilement que prévu. L'impact sur les opérations ne s'est pas encore fait ressentir, mais on s'attend à ce que ce système permette d'améliorer la transparence et l'efficacité de l'activité de l'OMS dans la Région.

Passant à l'ordre du jour de la réunion, le Directeur régional a présenté les documents techniques qui ont été proposés pour discussion et présentation ultérieure au Comité régional. Faisant référence aux problèmes de financement des soins de santé et au passage à une couverture universelle de ces soins, il a fait remarquer la grande variation des dépenses de santé et de l'utilisation des soins de santé dans les différents pays du monde et entre ces pays. La part des paiements directs des patients consacrés à la santé demeure à un niveau inacceptable. Des études sur l'équité, qui ont été réalisées dans certains pays à revenu intermédiaire de la Région, ont montré que dans certains pays, jusqu'à 5 % des ménages étaient confrontés à une situation financière catastrophique après une période de maladie et la moitié d'entre eux basculaient dans la pauvreté. Le Directeur régional a aussi signalé la croissance de l'urbanisation dans la Région et le besoin de garantir un accès équitable aux soins de santé pour les pauvres dans les zones urbaines. La couverture universelle des soins de santé permettrait de réduire les dépenses directes des patients et de lever les obstacles financiers à l'accès aux soins de santé.

Le Directeur régional a fait observer que la santé mentale des mères, des enfants et des adolescents était une question négligée dans la Région. La prévalence estimée des troubles de santé mentale des mères, des enfants et des adolescents dans la Région est significativement plus élevée que les estimations pour les pays industrialisés. Des interventions d'un bon rapport coût-efficacité sont disponibles pour prévenir et prendre en charge les troubles mentaux courants chez les mères et les enfants. Une approche complète et intégrée est essentielle afin de réduire la charge de morbidité mentale pour ces catégories vulnérables de la société.

Une alimentation déséquilibrée continue de causer des problèmes majeurs dans la Région, y compris la malnutrition protéino-énergétique, la forte prévalence du faible poids de naissance et les carences en micronutriments. À l'opposé, les conséquences de la surcharge pondérale, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation sont également en augmentation. Le Bureau régional a œuvré avec les partenaires pour élaborer une stratégie régionale sur la nutrition, dont le but général est d'améliorer la situation nutritionnelle des populations tout au long de la vie.

Si la prévalence globale du VIH chez l'adulte est restée faible, avec une moyenne estimée à 0,2 %, de nombreuses données indiquent que l'épidémie s'installe dans les sous-groupes de population à risque accru. Dans la majorité des pays, il y a toujours d'importantes lacunes dans la connaissance de la dynamique locale de l'épidémie de VIH. La stratégie régionale sur la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 préconisera des actions urgentes, visant à renforcer la contribution du secteur de la santé afin de réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui pour le VIH et atteindre, en fin de compte, les cibles respectives des objectifs du Millénaire pour le développement.

La lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé est un nouveau point du programme d'action en santé publique. La Région de la Méditerranée orientale a l'une des plus fortes fréquences d'infections nosocomiales au monde, confirmant qu'il s'agit d'un problème croissant pour la qualité des soins de santé dans la Région et d'une menace pour la sécurité des patients. Une grande partie de cette charge de morbidité pourrait être évitée grâce à des interventions à faible coût. Toutefois, l'observance des pratiques standard de lutte contre les infections reste très faible, en particulier dans les pays à revenus faible et intermédiaire. Davantage d'actions de santé publique sont nécessaires pour l'application universelle des précautions fondées sur des bases factuelles, l'observance, les changements de comportements, la gestion des risques et les méthodes de surveillance standardisées.

Discussion

Faisant suite à la mise à jour sur la situation relative à la poliomyélite et au défi potentiel pour maintenir le financement, le Comité a pris note de la nécessité de maintenir l'accent placé sur le renforcement des capacités nationales. Le Directeur régional a confirmé que le programme régional d'éradication de la poliomyélite soutenait le renforcement des systèmes de santé et continuerait de le faire.

Le Comité a noté que le Système mondial de gestion est une expérience qui devrait être partagée avec les ministères de la santé, notamment eu égard à la transparence et la rentabilité, et que la technologie devrait être mise en commun afin de minimiser (dans la mesure du possible), le fossé de technologie et d'efficacité entre le Bureau régional et les États Membres.

Le Comité a laissé entendre qu'après 34 ans, il était temps d'examiner les fonctions, les processus et la valeur de son travail. Cet examen pourrait prendre en compte l'efficacité, les méthodes de travail, le fait de savoir si le Comité constituait le meilleur mécanisme pour conseiller le Directeur régional, les améliorations pouvant être apportées et la question de l'élargissement de

son rôle aux États Membres qui souhaiteraient y participer. Il a aussi été suggéré que les États Membres soient plus étroitement impliqués dans l'élaboration des documents techniques pour le Comité régional.

Recommandations au Bureau régional

1. Documenter l'expérience relative à l'élaboration et la mise en œuvre du Système mondial de gestion et la partager avec les États Membres ;
2. Effectuer un examen du travail du Comité consultatif régional ;
3. Fournir une mise à jour sur la situation de la poliomyélite dans la Région lors de la prochaine réunion du Comité consultatif régional ;
4. Élaborer un mécanisme pour recueillir, documenter et partager les meilleures pratiques dans tous les domaines sanitaires importants pour la Région.

2. Suivi des recommandations de la trente-troisième réunion du Comité consultatif régional

Le rapport de la trente-troisième réunion du Comité consultatif régional a été présenté lors de la cinquante-sixième session du Comité régional, pour examen. Le Comité régional a approuvé le rapport, a salué le soutien apporté par le Comité consultatif régional à la préparation des documents techniques présentés au Comité régional et a demandé au Directeur régional de mettre en œuvre les recommandations du rapport.

Le Comité régional a entériné la stratégie régionale de lutte contre le cancer 2009-2013 et a demandé aux États Membres d'adopter et d'adapter la stratégie, d'augmenter la sensibilisation dans d'autres secteurs, de mettre en œuvre toutes les initiatives s'y rapportant, d'intégrer les interventions de lutte contre le cancer dans les soins de santé primaires et de contribuer à la mise en place d'un fonds régional pour la lutte contre le cancer. Il a demandé au Directeur régional de renforcer et d'élargir les partenariats avec d'autres parties prenantes, de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux et de faciliter le recueil et le partage d'informations, de promouvoir la recherche et de collecter des fonds.

Le Comité régional a invité instamment les États Membres à élaborer des stratégies nationales pour atteindre les cibles régionales en matière de réduction de la prévalence de l'hépatite B et C, d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies nationales pour la lutte contre les agents pathogènes véhiculés par le sang, d'élargir les programmes de vaccination, de promouvoir la lutte contre les infections, d'assurer la sécurité transfusionnelle, de mettre en œuvre des programmes d'éducation et de communication, d'intensifier les services de réduction des dommages, et d'améliorer les systèmes de surveillance épidémiologique. Il a demandé au Directeur régional de continuer à fournir un appui à l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux, de faciliter les transferts de technologie, de soutenir les activités de surveillance et de contribuer à garantir l'approvisionnement en médicaments à des prix abordables.

Le Comité régional a prié instamment les États Membres d'évaluer et d'améliorer la gestion hospitalière et la qualité des services, de mettre en place des systèmes d'orientation-recours, de promouvoir une culture de l'analyse et du recouvrement des coûts, d'élaborer des instruments de réglementation, de réaliser des examens de l'autonomie des hôpitaux, d'élaborer des approches alternatives aux hospitalisations qui soient d'un meilleur rapport coût-efficacité, et d'évaluer la capacité d'intervention en urgence des hôpitaux pour faire face aux catastrophes internes et externes. Il a demandé au Directeur régional de fournir un soutien et une orientation techniques pour améliorer la performance hospitalière et l'élaboration de plans stratégiques pour le renforcement de la gestion des services hospitaliers.

Discussion

Le Comité a souligné le problème posé par le manque de standardisation du dépistage de l'hépatite entre les pays. Ce point constitue un problème particulier pour les travailleurs migrants, dont le test a pu se révéler négatif pour l'hépatite avant d'accepter un emploi à l'extérieur de leur pays, et qui ont ensuite reçu un résultat positif. On a noté que l'hépatite serait à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la Santé.

En réponse à la demande du Comité concernant le suivi des résolutions du Comité régional, le Directeur régional a clarifié le rôle du Bureau régional dans le suivi et la mise en œuvre, et dans la présentation de rapports au Comité régional, ainsi que le rôle des États Membres dans l'adoption et l'adaptation des stratégies et des lignes directrices régionales. Le Comité consultatif régional n'a pas été impliqué dans le suivi.

3. Orientations stratégiques pour améliorer le financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : sur la voie de la couverture universelle

Chaque année, des centaines de millions de personnes cherchent à se faire soigner. Ce faisant, des millions d'entre elles s'exposent à des dépenses catastrophiques et/ou sombrent dans la pauvreté du fait des soins de santé à régler au point d'utilisation. En outre, de nombreux ménages se trouvent dans l'obligation d'emprunter de l'argent, d'utiliser leurs économies et de vendre leurs biens pour obtenir les soins de santé dont ils ont besoin. Certains ménages renoncent même aux soins nécessaires et vivent en subissant les conséquences de la maladie du fait de ces obstacles financiers.

Les paiements directs sont les principaux responsables des catastrophes financières pour le budget des ménages et de ses conséquences. La part des paiements directs dans de nombreux pays de la Région demeure relativement élevée. De ce fait chaque année, de nombreux ménages sont exposés au risque de dépenses de santé catastrophiques et de paupérisation. Malgré les efforts déployés par les États Membres, l'OMS et d'autres partenaires du développement, les progrès en matière de protection sociale pour les soins de santé dans les pays à revenus faible et intermédiaire ont été relativement lents. Le développement des systèmes de prépaiement et le passage à la couverture universelle des soins de santé fournissent un moyen direct d'alléger le fardeau associé à la demande de soins de santé.

Le document vise d'abord à évaluer les principaux problèmes auxquels le financement de soins de santé est confronté au niveau mondial et dans la Région et ensuite à suggérer des orientations stratégiques pour améliorer la couverture par la protection sociale en santé et mettre en œuvre les résolutions du Comité régional et de l'Assemblée mondiale visant à progresser vers une couverture universelle reposant sur les soins de santé primaires. Il fournit des étapes pratiques pour accélérer le passage à une couverture universelle des soins de santé, reconnaissant la diversité parmi les États Membres et s'appuyant sur les initiatives et les réformes politiques existantes.

Discussion

Le Comité a noté l'importance et le degré d'actualité du sujet, et a salué la structure du document. Il a souligné la nécessité de documenter et de partager les meilleures pratiques, avec des exemples tirés de la Région et du reste du monde. Il a aussi mis en évidence le besoin de clarifier les sources des données et de prendre en compte la présence de plusieurs lignes budgétaires pour la santé, qui diffèrent d'un pays à l'autre. Dans l'orientation sur les soins de santé primaires, l'accent doit être mis sur les modèles de soins de santé primaires renouvelés et globaux qui

correspondent aux besoins des populations et sont acceptables pour celles-ci. Il est également nécessaire d'investir davantage dans les interventions visant à renforcer les capacités en soins de santé dans les familles et les communautés.

Le financement efficace des soins de santé et de la couverture universelle est un des éléments fondateurs d'un état de protection sociale. De multiples approches sont nécessaires, correctement intégrées et englobant les rôles et les responsabilités des secteurs public et privé. À cet égard, le plaidoyer est vital pour accroître la sensibilisation, et il doit cibler non seulement le secteur de la santé, mais aussi le plus haut niveau de la gouvernance et le secteur financier. Dans la composante relative au plaidoyer, l'acceptation publique de la prestation de soins de santé doit être prise en compte. Par exemple, l'expérience a montré qu'une augmentation de la prestation de services de soins de santé avait tendance à s'accompagner d'une augmentation de la demande en soins de santé. De même, le plaidoyer constitue un outil important pour s'attaquer au coût élevé des services médicaux de pointe. À cet égard, une plus grande attention devrait être accordée à la question du partage des coûts et à la recherche sur la rentabilité. Le Comité a proposé d'explorer de nouveaux modèles de soins de santé primaires, tels que les soins auto-administrés, les soins collectifs et les soins communautaires.

Le Comité a attiré l'attention sur l'ambiguïté de la classification des pays par niveau de revenus, faisant remarquer que les économistes et les autorités sanitaires les classaient de manière différente. Parmi les problèmes à mentionner dans la Région, on peut citer : le besoin de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et les besoins essentiels minimums ; la pauvreté, les modes de vie malsains et la détérioration de l'environnement ; la pénurie de ressources humaines pour la santé ; la faiblesse de la recherche ; les problèmes liés à l'enseignement de la médecine ; les faiblesses gestionnaires du secteur de la santé ; et les questions de gouvernance.

Recommandations au Bureau régional

1. Documenter les expériences régionales et internationales concernant le passage à la couverture universelle, y compris les exemples de réussite et les meilleures pratiques.
2. Clarifier les fonctions des ministères de la santé pour la protection sociale en santé dans les différents pays.
3. Encourager les États Membres à abandonner la budgétisation par poste pour les ministères de la santé, pour accorder davantage de souplesse à l'allocation des ressources en fonction des priorités.
4. Promouvoir la protection sociale en santé comme composante d'une stratégie plus large pour la protection sociale.
5. Élaborer des lignes directrices pratiques pour les pays en vue de leur transition vers la couverture universelle.
6. Adresser les recommandations, non seulement au ministère de la Santé, mais aussi à d'autres parties prenantes dans le domaine de la santé.
7. Prendre en compte les changements survenus dans la situation de la santé publique, les attentes du public et la demande de services de soins de santé, et encourager la mise au point de modèles novateurs pour la prestation de soins de santé primaires.
8. Identifier les rôles joués par les particuliers et les communautés dans la transition vers une couverture universelle, et plaider en faveur de services tournés vers la communauté.

4. Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations

La santé mentale de toutes les catégories de la société étant importante en soi, le Bureau régional est en train d'élaborer une stratégie régionale dans ce domaine. Toutefois, la nécessité de prendre cette initiative s'explique par le changement social, politique et économique rapide qui s'opère dans la Région. Sept pays connaissent des situations d'urgence complexes qui touchent environ 40 % de la population de la Région. En raison des taux de croissance démographique élevés, 60 % de la population, selon les estimations, a moins de 19 ans. Du fait de ces facteurs, le pourcentage de mères, d'enfants et d'adolescents atteint de troubles neuropsychiatriques est disproportionné (26 % et 27 % respectivement).

Les troubles de santé mentale chez la mère ne sont pas seulement associés à des issues défavorables en santé génésique mais ils constituent aussi l'un des facteurs de risques modifiables pour éviter une évolution défavorable du développement de l'enfant et de l'adolescent. Des interventions d'un bon rapport coût-efficacité sont disponibles pour prévenir et prendre en charge les troubles neuropsychiatriques courants. Les orientations et les mesures stratégiques proposées dans ce document fournissent les bases de l'élaboration des stratégies et des plans d'action nationaux en vue de la mise au point d'une approche complète et intégrée destinée à réduire la charge de morbidité mentale pour ces catégories vulnérables de la société. Les domaines d'action prioritaires comprennent l'intégration des services de santé mentale dans les services sanitaires et sociaux existants, l'action intersectorielle pour prévenir les troubles mentaux et promouvoir le bien-être, et la promotion de l'évaluation et du suivi des travaux de recherche.

Discussion

Le Comité a souligné la nécessité d'une mise à jour des stratégies nationales existantes en matière de santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et de la formulation de nouvelles stratégies là où elles n'existent pas. Les États Membres doivent recevoir un soutien et une orientation concernant les étapes ou le processus visant à formuler ou mettre à jour ces stratégies nationales. Le renforcement de l'engagement politique et de la visibilité et la lutte contre la stigmatisation devraient être deux des composantes clés de la formulation ou mise à jour de ces stratégies, soutenus par des plans d'action détaillés.

Le Comité a identifié l'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires comme un domaine d'action prioritaire. Les enjeux pour l'intégration d'une composante santé mentale dans ces services comprennent la nécessité d'améliorer les compétences des personnels de santé et de renforcer les capacités des systèmes de santé. En effet, les infirmières, les sages-femmes et les médecins doivent bénéficier d'une formation et d'un enseignement. Les services de conseil, en particulier, doivent être mis en place, notamment pour les enfants, nombreux à avoir été traumatisés par leur exposition aux conflits qui touchent plusieurs pays de la Région. Des expériences ont été couronnées de succès dans certains pays, comme pour l'intégration de la composante santé mentale dans le programme des agents de santé communautaires en République islamique d'Iran ainsi que dans le programme des femmes agents de santé au Pakistan. Les meilleurs modèles et pratiques des pays devraient être pris comme exemples à suivre et un plan d'action devrait être créé. Un autre domaine identifié comme domaine d'action prioritaire concerne la mise en route d'un processus de changement culturel, afin de diminuer le niveau de stigmatisation et de discrimination de ceux affectés par des troubles mentaux, par l'implication de la société civile, du secteur de l'éducation et des médias dans la promotion des connaissances en santé mentale. La composante de santé mentale doit être une partie intégrante des programmes scolaires, et devrait aussi figurer dans les enquêtes sur la santé en milieu scolaire qui sont réalisées tous les cinq ans et qui pourraient fournir des données utiles, si la santé mentale était abordée. La politique de santé mentale devrait mettre en évidence le besoin de protéger les

groupes vulnérables et attirer l'attention sur les besoins de ces services. Le rôle de la police et du personnel pénitencier dans la prise en charge des déficients mentaux constitue également une question à prendre en compte dans ce domaine.

Il y a un besoin critique de recherche, notamment sur les stratégies d'intervention efficaces et l'adaptation des stratégies de prise en charge qui se sont avérées efficaces dans d'autres régions, pour refléter les valeurs socioculturelles de la Région. Un forum consacré à la recherche pourrait être créé afin d'identifier les stratégies de prise en charge. Davantage d'efforts doivent être déployés dans l'élaboration d'interventions communautaires pour la prise en charge des troubles mentaux de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Il est essentiel de garantir la validation culturelle des outils et des instruments diagnostiques utilisés dans les travaux de recherche et les études d'évaluation. L'affirmation selon laquelle il existe un lien entre dépression maternelle, suicide et période périnatale est préoccupante, et il a été déclaré qu'un plus grand nombre de suicides avait lieu du fait des nombreuses difficultés économiques personnelles dans la Région ; mais il a été clairement mis en évidence que la dépression maternelle pouvait conduire au suicide.

Bien que huit pays aient mis à jour leur législation de santé mentale ces dernières années, il est toutefois nécessaire de renforcer la législation dans la Région. L'Égypte, le Koweït, et le Pakistan ont tous renforcé leur législation relative à la santé mentale, qui pourrait servir de modèle d'excellence pour les pays tels qu'Oman, actuellement en cours de renforcement de sa législation. Selon les estimations, cinq millions de personnes souffriraient d'épilepsie dans la Région. Dans la Classification internationale des maladies (CIM-10), l'épilepsie est répertoriée comme trouble neurologique. Si une certaine préoccupation a été exprimée au sujet de son inclusion parmi les troubles neuropsychiatriques courants qui affectent les enfants et les adolescents, il existe des preuves solides selon lesquelles l'épilepsie se situerait à la frontière de la neurologie et de la psychiatrie. Ces dimensions doivent être prises en compte dans la conception des programmes de prise en charge.

L'intersectorialité doit être définie de manière plus explicite, en identifiant les rôles des secteurs individuels tels que l'éducation, la protection sociale, les finances et le droit, dans la formulation des politiques, mais aussi sur le plan opérationnel. Sur ce plan, cela signifie que les questions de santé mentale sont prises en compte dans tous les programmes de santé en cours de mise en œuvre.

Recommandations au Bureau régional

1. Souligner davantage l'importance de la santé mentale dans le cadre des ensembles de soins de santé primaires et des profils des établissements de soins de santé primaires, notamment pour les mères, les enfants et les adolescents en tant que groupes de population les plus vulnérables.
2. Mettre en évidence le développement des ressources humaines dans les soins de santé mentale, notamment pour les mères, les enfants et les adolescents en tant que priorité à tous les niveaux des soins de santé pour permettre la fourniture de services de qualité, et l'intégration d'une composante santé mentale dans les programmes d'enseignement de toutes les professions de santé.
3. Promouvoir la recherche et l'évaluation afin de combler le déficit d'information grâce à l'élaboration d'un programme de recherche régional et l'utilisation d'instruments/d'outils valables au plan culturel.
4. Souligner la nécessité de renforcer le concept d'intersectorialité et de coordination intrasectorielle, notamment pour la formulation des politiques.

5. Élaborer une stratégie régionale de santé mentale pour fournir un cadre général qui devrait inclure les orientations stratégiques proposées pour la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent.
6. Élaborer des partenariats avec les médias, les organisations de la société civile et le secteur de l'éducation pour la promotion des connaissances de base en santé mentale et le plaidoyer contre les stigmatisations et la discrimination.

5. Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2015

La charge de morbidité associée à une nutrition inadéquate continue d'augmenter dans les pays de la Région. Les pays de la Région de la Méditerranée orientale, comme nombre de pays en développement, connaissent une transition nutritionnelle et démographique sans précédent, avec une importante modification de la charge de morbidité. La malnutrition représente un défi considérable pour la santé humaine, en particulier dans les pays en développement. Plus d'un tiers des décès d'enfants dans le monde sont imputables à la sous-nutrition. On estime qu'environ 195 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde ont un retard de croissance dû à un apport alimentaire insuffisant, à une alimentation pauvre en vitamines et en minéraux et à la maladie. La proportion globale de l'insuffisance pondérale chez l'enfant de moins de cinq ans a augmenté dans la Région, passant de 14 % en 1990 à 17 % en 2004, à cause des situations d'urgence complexes et des conflits internes en Afghanistan, en Iraq, en Palestine, au Pakistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen, et des crises financières et alimentaires. Environ 45 % de la population de la Région souffre d'anémie, et les maladies non transmissibles représentent, selon les estimations, plus de 50 % de l'ensemble des décès et plus de 60 % de la charge de morbidité.

La stratégie régionale sur la nutrition a été élaborée dans le cadre du processus de consultation par le Comité consultatif régional 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 (PAM), de l'Office des 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 de la carence en iode, de MENANA (*Middle East and North African Nutrition Association* – Association pour la nutrition au Moyen-Orient et en Afrique du Nord) et de l'IUNS (*International Union of Nutritional Sciences* – Institut international des sciences de la nutrition). La stratégie vise à aider les pays à préparer et mettre en œuvre des plans d'action pour la nutrition en tenant compte de leur situation nationale. Son objectif global est d'améliorer l'état nutritionnel de la population tout au long de la vie, en encourageant les pays dans la Région à accorder à la nutrition une place centrale dans leurs programmes d'action pour le développement. La stratégie a pour but de réduire la malnutrition, dont la sous-nutrition et les carences en micronutriments, et de renforcer la prévention et la lutte contre l'obésité et les maladies non transmissibles.

Discussion

Le Comité a fait part de sa préoccupation concernant la persistance des carences en micronutriments dans la Région. Il a mis en évidence le besoin de traiter le caractère multisectoriel de ce problème, de comprendre les raisons pour lesquelles les stratégies nationales actuelles dans certains pays ne fonctionnent pas, et la nécessité pour l'OMS de collaborer avec d'autres ministères et secteurs à cet égard. La sensibilisation du secteur privé à ses responsabilités sociales en matière de nutrition et d'enrichissement des aliments doit être renforcée. Par exemple, sa tendance à promouvoir des aliments à faible valeur nutritionnelle est une préoccupation.

Le Comité a souligné le besoin de lignes directrices nationales concernant l'alimentation et a attiré l'attention sur le rôle de la sécurité sanitaire des aliments dans la nutrition des populations et l'effet des aliments insalubres, qui altèrent l'état nutritionnel. Il a mis en évidence le rôle de la nutrition dans le développement de l'enfant en bonne santé. Il a aussi mentionné la relation entre la nutrition et le développement sanitaire national. À cet égard, l'OMS devrait évaluer les connaissances en nutrition des parlementaires et des gouvernements pour s'assurer un soutien politique en termes d'approche intersectorielle vaste du problème, pour une meilleure législation et réglementation du secteur alimentaire, et pour un appui efficace en matière de protection sociale fondée sur des données factuelles. Dans le même temps, les ministères de la santé devraient faire preuve de coordination à un niveau intrasectoriel au sein du secteur de la santé. La nutrition n'a pas reçu l'attention qu'elle méritait et devrait être intégrée à tous les programmes de santé. La stratégie régionale doit cibler les causes sous-jacentes de la malnutrition, y compris la pauvreté et les lacunes des systèmes de protection sociale, et placer la nutrition dans un contexte social, culturel et environnemental plus vaste. Il n'était pas possible de s'attaquer au problème de la malnutrition sans faire référence aux causes sous-jacentes, notamment les déterminants sociaux, culturels et environnementaux. À cet égard, des approches innovantes et alternatives, comme la poudre de micronutriments en sachets individuels et le recours aux meilleures pratiques existant dans cette région et d'autres régions, devaient être examinées.

Le plaidoyer en faveur d'aliments nutritifs sains et la promotion de ces aliments, par le biais des médias, des écoles et des points de vente d'alimentation et avec l'aide de l'industrie alimentaire, devraient être une composante importante de la stratégie. En conséquence, la demande et les attentes du public en matière d'aliments nutritifs devraient augmenter. Parallèlement, cette stratégie devrait contribuer à sensibiliser le public sur les thèmes de la nutrition et de l'alimentation.

Le Comité a noté qu'il était important d'identifier la version des normes de croissance de l'enfant ayant servi comme source pour les données présentées, car cette information aurait un impact sur l'analyse de la situation. Il a aussi été suggéré que la double charge de morbidité relative à la suralimentation et la sous-alimentation dans la Région soit mise en avant dans l'introduction du document. Le Comité a noté que les recommandations proposées dans le document étaient nombreuses et a conseillé que la stratégie indique les actions prioritaires relatives aux différentes situations et capacités des pays de la Région.

Recommandations au Bureau régional

1. Souligner la nécessité d'augmenter la sensibilisation du public à la nutrition, afin d'accroître efficacement les connaissances des populations sur les modes d'alimentation sains et équilibrés.
2. Recommander à tous les pays d'adopter les nouvelles normes de suivi de la croissance de l'enfant et les conseiller, pour mener à bien la normalisation des méthodes de comparaison entre anciennes et nouvelles normes.
3. Mettre en avant le besoin d'accorder plus d'importance à la relation entre la suralimentation et les maladies non transmissibles, en fonction du profil nutritionnel de chaque pays.
4. Mettre l'accent sur le lien entre la sécurité sanitaire des aliments et l'état nutritionnel.

5. Souligner le rôle de la nutrition dans le processus de développement national et son lien avec d'une part, les déterminants sociaux de la santé, tels que définis par la Commission de l'OMS des déterminants sociaux de la santé, et d'autre part, avec les besoins fondamentaux en matière de développement ainsi que la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
6. Insister sur le besoin de présenter des lignes directrices régionales concernant l'alimentation aux États Membres en tant qu'outil efficace pour garantir la diversification de l'alimentation dans les populations et encourager l'élaboration de lignes directrices nationales.
7. Mettre en avant les modèles de meilleures pratiques, les programmes et les interventions de masse efficaces pour s'attaquer aux carences en micronutriments dans la Région.

6. Stratégie régionale pour une riposte du secteur de santé au VIH 2011–2015

La prévalence du VIH en population générale est restée faible dans la plupart des pays de la Région, à l'exception de Djibouti, du Soudan méridional et certaines régions de Somalie. Cependant, des signes indiquent que l'épidémie gagne du terrain dans les sous-groupes de la population ayant un risque accru, associé à l'injection de drogues intraveineuses ou à des comportements sexuels à risque. Dans la plupart des pays, les lacunes sur les connaissances de la dynamique locale de l'épidémie du VIH restent importantes. Les efforts pour empêcher la propagation accrue de l'épidémie et élargir l'accès au traitement antirétroviral vital ont considérablement augmenté, se traduisant par une augmentation de 70 % du nombre de patients sous traitement antirétroviral entre 2007 et 2009. Toutefois, la couverture régionale par le traitement antirétroviral reste inférieure à 10 %, le taux le plus bas au niveau mondial. Seuls trois pays ont atteint un niveau de couverture appréciable pour les personnes nécessitant des services de prévention. Le VIH continue à être transmis essentiellement en raison de la faible couverture par les programmes des personnes à risque accru.

L'objectif de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011–2015 est de préconiser une action urgente des États Membres pour intensifier la contribution du secteur de la santé visant à obtenir un 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. La stratégie prend en considération les engagements des États Membres en vue de la réalisation de l'accès universel et repose sur les deux stratégies précédentes 2002–2005 et 2006–2010. 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 des échecs passés des programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, ainsi que de la nécessité de renforcer l'engagement et de s'attaquer plus efficacement aux problèmes persistants.

La stratégie régionale favorise l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des interventions du secteur de santé reconnues comme efficaces. Elle insiste davantage sur le renforcement des systèmes de santé existants, permettant l'intégration des programmes et services pour le VIH. Elle vise des interventions dans les groupes de population au sein desquels la transmission est susceptible d'avoir lieu. Elle entend favoriser l'amélioration des connaissances sur la dynamique locale de l'épidémie du VIH permettant de contribuer aux prises de décisions stratégiques. Elle encourage le recours à des approches spécifiques destinées à améliorer l'accès à la prévention, aux soins et au traitement.

Discussion

Le Comité a remarqué que le rapport sur la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH/sida tirerait avantage d'un état des lieux de la situation de l'épidémie de VIH, de son incidence et de l'évaluation des études de surveillance antérieures. Dans la stratégie régionale, il est suggéré que les pays intègrent les interventions prioritaires proposées. Pour augmenter la valeur ajoutée des stratégies nationales, il serait souhaitable que la stratégie régionale comprenne un ensemble des meilleures pratiques, telles que le succès du système de surveillance au Pakistan et au Royaume du Maroc en matière de détermination de tendances pour la prévalence du VIH dans les groupes à haut risque, comme par exemple les utilisateurs de drogues intraveineuses, les professionnels du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ce dernier groupe étant connu pour être particulièrement difficile à atteindre. L'organisation de séminaires-ateliers destinés à encourager et diffuser ces meilleures pratiques serait très utile dans la Région. Le Pakistan a aussi connu des expériences très réussies de recours à la société civile pour mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH. Une participation accrue est nécessaire dans la Région, car elle permettrait de réduire les réticences des gouvernements à traiter le problème du VIH.

La nature rudimentaire de la notification dans la Région représente un enjeu impliquant le recueil en temps opportun de données précises et se traduit par des chiffres disparates disproportionnés par rapport à la taille des populations, lors des signalements par les pays. L'amélioration de la surveillance sera la clé permettant d'obtenir des estimations d'une qualité supérieure et plus précises du nombre de personnes vivant avec le VIH, de l'incidence du VIH (infections nouvelles) et des besoins thérapeutiques. Il est nécessaire d'améliorer les systèmes de surveillance médiocres dans de nombreux pays de la Région pour que le renforcement de la surveillance produise non seulement des estimations plus précises du nombre de personnes vivant avec le VIH, mais permette aussi de mieux cibler les interventions en matière de prévention et de traitement. La stratégie régionale devrait s'attacher à combler le fossé qui existe entre les besoins estimés et la couverture régionale réelle par le traitement antirétroviral. En effet, il a été estimé que 146 000 personnes vivant avec le VIH avaient besoin du traitement antirétroviral dans la Région, mais que seulement 10 % d'entre elles en bénéficiaient. Une surveillance et une évaluation fondées sur les résultats s'imposent pour documenter les progrès réalisés par les pays en direction des cibles de la stratégie. Le dépistage chez les femmes enceintes est proposé gratuitement parmi un ensemble de soins prénatals. Ce dépistage a été bien accepté dans les pays, comme par exemple à Oman.

Des campagnes de sensibilisation sont nécessaires en milieu scolaire pour éduquer les populations plus jeunes, dont les connaissances sur le sujet ont été négligées au cours des dernières années. Ces campagnes contribueraient également à réduire le préjudice et la stigmatisation dont souffrent les personnes infectées par le VIH dans la Région.

Recommandations au Bureau régional

1. Souligner les réalisations concernant la stratégie régionale pour ce qui est de la riposte du secteur de la santé face au VIH/sida 2006–2010.
2. Insister auprès des pays sur l'importance du renforcement de leurs systèmes de surveillance et inclure des indicateurs de progrès nationaux concernant la réalisation des cibles de la stratégie.
3. Mettre en évidence le besoin urgent d'amélioration de la surveillance.
4. Pointer les lacunes en matière de couverture thérapeutique et renforcer les interventions prioritaires pour intensifier l'accès au traitement.

5. Organiser l'intégration du dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals pour la prévention de la transmission mère-enfant en fournissant un traitement antirétroviral ou prophylactique aux femmes infectées par le VIH.
6. Inclure des exemples de meilleures pratiques issues des pays.

7. Lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé : nouveau point du programme d'action en santé publique

Les infections acquises pendant les prestations de santé (ou infection liées aux procédures de soins) sont de loin les événements indésirables les plus fréquents qui menacent la sécurité des patients dans le monde. Les infections associées aux soins surviennent dans le monde entier et affectent à la fois les pays développés et les pays à faibles ressources. Environ 5 à 10 % des patients hospitalisés dans les pays développés contractent une infection de ce genre à un moment donné, mais le risque est 2 à 20 fois plus élevé dans les pays en développement. La Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale a l'une des fréquences les plus élevées d'infections associées aux soins dans le monde (11,8 %), confirmant l'ampleur croissante du problème de qualité des soins dans la Région. Le coût économique des infections associées aux soins de santé, ainsi que les coûts d'opportunité pour les services de santé sont exorbitants. Selon certaines estimations, la prévention d'un cas permettrait d'économiser plus de 10 000 USD en moyenne et ferait passer le risque de décès du patient de 7 à 1,6 %.

L'infection par le virus de la grippe pandémique (H1N1) 2009, l'émergence croissante de micro-organismes résistants aux antimicrobiens et les menaces de santé publique en évolution émanant d'agents pathogènes connus et inconnus, tels que le syndrome respiratoire aigu sévère et les fièvres hémorragiques virales, ont souligné le besoin de pratiques standard de lutte contre les infections dans les établissements de soins, afin de prendre en charge les cas de maladies infectieuses hautement pathogènes. En cette période de modification du profil épidémiologique des maladies infectieuses, le risque d'amplification de la transmission dans les établissements de soins demeure encore important si l'on n'impose pas une culture pérenne de pratiques de soins de santé plus sûrs au sein des systèmes de santé.

Du fait du lancement récent de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, dirigée par l'OMS, un mouvement, un engagement et une action pour lutter contre les infections associées aux soins ont vu le jour dans le monde. Ces infections représentent une menace pour la sécurité des patients, alors qu'une part considérable de la charge de morbidité imputable aux infections nosocomiales peut être évitée au moyen d'interventions à faible coût. La mise en œuvre de mesures fondées sur les résultats concernant la lutte contre les infections appelle davantage de gouvernance clinique à un niveau très élevé. Des actions de santé publique plus nombreuses sont nécessaires si l'on veut instaurer l'application universelle des précautions fondées sur des bases factuelles, l'observance de ces précautions, des changements de comportements, la gestion des risques et des méthodes de surveillance standardisées, un niveau garanti de stérilité et la production d'estimations plus fiables de la charge des infections associées aux soins de santé, au moyen d'un audit clinique. Toutes ces interventions doivent s'inscrire durablement dans un climat de sécurité globale pour les patients.

Discussion

Le Comité a noté que la lutte contre les infections représentait un problème important dans le programme d'action de santé publique, et qu'il revêtait plusieurs dimensions, à savoir la sensibilisation, la formation, la prise en charge et la réglementation. La formation et la sensibilisation sont importantes à la fois pour le personnel de santé et pour le public, en particulier les patients. L'expérience de la grippe pandémique H1N1 a révélé que la vaccination

du personnel de santé était une composante importante de la politique de lutte contre l'infection. Aussi, les organismes résistants aux antimicrobiens tels que *Staphylococcus aureus*, résistant à la méthicilline, les entérocoques résistants à la vancomycine et *Klebsiella pneumoniae*, productrice de bêta-lactamase à spectre élargi, représentent des enjeux à relever dans la lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé.

Un organisme de réglementation indépendant est nécessaire pour superviser la lutte contre les infections. Cet organisme devra aussi être impliqué dans l'accréditation des établissements de soins de santé. Une telle instance pourrait se situer au sein des ministères de la santé ou d'autres institutions. Le Comité a souligné le lien étroit qui existe entre la lutte contre les infections, les erreurs médicales et la sécurité des patients. Un examen plus approfondi des causes sous-jacentes d'une infection contractée à l'hôpital s'avère nécessaire, en étudiant par exemple les causes liées à l'environnement et celles liées au système de santé. Des études à l'échelle nationale, portant sur les erreurs médicales, sont nécessaires dans tous les pays.

Recommandation au Bureau régional

- Souligner la nécessité de mettre en place une autorité ou un organisme de réglementation, national(e) et indépendant(e) pour superviser la sécurité des patients en milieu de soins de santé. Parmi les thèmes de cette supervision, on peut citer : les infections associées aux soins de santé ; les erreurs médicales ; l'accréditation des établissements ; la formation obligatoire du personnel de santé ; et une évaluation à l'échelle nationale (couvrant l'analyse des coûts) de la situation concernant la sécurité du patient.

8. Sujets de discussion lors de la trente-cinquième réunion du Comité consultatif régional (2011)

Le Comité a noté qu'une présentation limitée à quatre documents était préférable pour permettre une discussion efficace. Il a proposé que les thèmes ci-dessous soient pris en compte :

- Les déterminants sociaux de la santé
- Les services de santé et les soins de santé pendant et après les crises
- L'urbanisation et la santé avec une référence particulière pour la prestation de soins de santé équitables
- La sécurité des patients
- La santé et l'environnement
- Les soins de santé primaires.

Annexe 1
ORDRE DU JOUR

Mercredi 20 avril 2010

8h30–9h00	Déclaration liminaire	<i>Dr Hussein A. Gezairy</i> <i>Directeur régional</i>
9h00–9h15	Suivi des recommandations de la trente-troisième réunion	<i>Dr Naeema Al Gasseer</i> <i>Sous-Directeur régional</i>
9h15–10h00	Orientations stratégiques pour l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale	<i>Dr Hossein Salehi</i> <i>Conseiller régional, Économie, législation et éthique en matière de santé</i>
10h30–11h15	Santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent : enjeux et orientations stratégiques	<i>Dr Khaled Saeed</i> <i>Conseiller régional, Santé mentale et toxicomanies</i>
11h15–12h00	Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019	<i>Dr Ayoub Al Jawaldeh</i> <i>Conseiller régional, Nutrition</i>
12h00–12h45	Stratégie régionale sur la riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015	<i>Dr Gabriele Riedner</i> <i>Conseiller régional, sida et maladies sexuellement transmissibles</i>
12h45–13h30	La lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé en tant que nouveau point du programme d'action en santé publique	<i>Dr Mamunur Malik</i> <i>Fonctionnaire technique,</i> <i>Maladies émergentes</i>

Jeudi 21 avril 2010

10h00–11h00	Conclusion et recommandations	
11h00–11h30	Sujets de discussion lors de la trente-cinquième réunion du Comité consultatif régional (2011)	<i>Dr Naeema Al Gasseer</i> <i>Sous-Directeur régional</i>
	Clôture	

Annexe 2**Liste des participants****Membres du Comité consultatif régional**

Professor Mamdouh Gabr	Secretary-General, Egyptian Red Crescent Society, Cairo, EGYPT
Dr Alireza Marandi*	President of the Iranian Academy of Medical Sciences, 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. Dr A. Bin Abdul Aziz Al-Rabeeah*	Minister for Health, Ministry of Health, Riyadh, SAUDI ARABIA
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
S.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
Professeur Koussay Dellagi*	Directeur du Centre de Recherche et de Veille sur les maladies émergentes dans l'Océan indien. Sainte Clotilde, Réunion, FRANCE
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, UNITED STATES OF AMERICA

* n'a pas pu participer

Secrétariat de l'OMS

Dr Hussein A. Gezairy	Directeur régional
Dr A. Assa'edi	Directeur régional adjoint
Dr N. Al Gasseer	Sous-Directeur régional
Dr M. H. Wahdan	Conseiller spécial pour la poliomyélite auprès du Directeur régional
Dr B. Sabri	Directeur, Développement des systèmes et des services de santé
Dr R. Thomas	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 H. Salehi	Conseiller régional, Économie, législation et éthique de la santé
Dr K. Saeed	Conseiller régional, Santé mentale et toxicomanies
Dr A. Al Jawaldehy	Conseiller régional, Nutrition
Dr G. Reidner	Conseiller régional, Sida et maladies sexuellement transmissibles
Dr M. Malik	Fonctionnaire technique, Maladies émergentes
Mme J. Nicholson	Responsable de programme - Édition, graphique et publication
Mme Nermine Salah	Secrétaire principale, Planification, suivi et évaluation des programmes
Mme Doaa Gad	Secrétaire, Planification, suivi et évaluation des programmes