

Rapport du

**Comité régional
de la
Méditerranée orientale**

Soixantième session

Mascate (Oman)
27–30 octobre 2013



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Rapport du

Comité régional
de la
Méditerranée orientale

Soixantième session

Mascate (Oman)

27–30 octobre 2013



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

© Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Partage du savoir et production, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : emrgoksp@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : emrgogap@who.int.

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Séance d'ouverture et questions de procédure.....	2
2.1	Séance d'ouverture.....	2
2.2	Ouverture officielle par Son Excellence le Dr Abdellatif Mekki, Ministre tunisien de la Santé et Vice-Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional.....	2
2.3	Allocution du Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale	2
2.4	Message du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS	4
2.5	Discours principal de Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Hussain, Marraine OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale	4
2.6	Allocution de bienvenue par le Gouvernement d'Oman	5
2.7	Élection du Bureau	6
2.8	Adoption de l'ordre du jour	6
2.9	Décision concernant la composition du Comité de rédaction	6
3.	Rapports et communications.....	7
3.1	Activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale - Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2012.....	7
	Rapports de situation sur les thèmes suivants : Éradication de la poliomyélite : implications régionales de la stratégie contre la maladie dans sa phase finale ; Initiative Pour un monde sans tabac ; Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015 ; Renforcement des systèmes de santé : enjeux, priorités et options pour l'action future ; Application du Règlement sanitaire international (2005) ; Le point sur les situations d'urgence et l'impact de la crise syrienne sur les systèmes de santé dans les pays voisins ; et Sécurité routière	7
4.	Discussions techniques.....	13
4.1	Stratégie régionale pour la santé et l'environnement.....	13
4.2	Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route	16
5.	Questions techniques.....	23
5.1	Poliomyélite	23
5.2	Sauver les vies des mères et des enfants.....	28
5.3	Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil	34
5.4	Critères relatifs aux prolongations de délais pour le Règlement sanitaire international (2005).....	36
5.5	Mise en œuvre de la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sur la base du cadre d'action régional	38

6.	Questions organisationnelles	43
6.1	Rapport de la Réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS.....	43
6.2	La santé dans le programme de développement après 2015.....	44
6.3	Examen de la mise en œuvre des résolutions du Comité régional 2000-2011.....	48
7.	Questions budgétaires et programmatiques.....	49
7.1	Planification opérationnelle et mise en œuvre du budget programme 2014-2015 et élaboration du budget programme programme 2016-2017.....	49
8.	Autres questions	51
8.1	Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et les cent trente-deuxième et cent trente-troisième sessions du Conseil exécutif de l'OMS	51
8.2	Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif de l'OMS	51
8.3	Attribution du Prix et de la bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha	51
8.4	Lieu et date des sessions futures du Comité régional	51
9.	Séance de clôture.....	52
9.1	Examen des projets de résolutions, de décisions et de rapport.....	52
9.2	Adoption des résolutions et du rapport.....	52
9.3	Clôture de la session	52
10.	Résolutions et Décisions	53
10.1	Résolutions.....	53
10.2	Décisions	62
 Annexes		
1.	Ordre du jour.....	64
2.	Liste des représentants, suppléants, conseillers des États Membres et des observateurs	66
3.	Allocution du Dr Ala Alwan, Directeur régional de la Méditerranée orientale.....	87
4.	Message du Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS	91
5.	Liste finale des documents, résolutions et décisions	93
6.	Annexe à la Résolution EM/RC60/R.6, Déclaration de Dubaï - 30 janvier 2013 Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi.....	95

1. Introduction

La soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue à Mascate (Oman) du 27 au 30 octobre 2013.

Les États Membres suivants étaient représentés à la session :

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

En outre, des observateurs de Soudan du Sud, de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Moyen-Orient (UNRWA), de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de l'Alliance Gavi, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de la Banque mondiale et d'un certain nombre d'organisations intergouvernementales, non gouvernementales et nationales ont participé à la session.

2. Séance d'ouverture et questions de procédure

2.1 Séance d'ouverture

Point 1 de l'ordre du jour

La séance d'ouverture de la soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale a eu lieu dans la soirée du dimanche 27 octobre 2013 dans la salle de conférences « Majan Hall » de l'Hôtel Al-Bustan, Mascate (Oman).

2.2 Ouverture officielle par Son Excellence le Dr Abdellatif Mekki, Ministre tunisien de la Santé et Vice-Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional

C'est Son Excellence le Dr Abdellatif Mekki, Ministre tunisien de la Santé et Vice-Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, qui a ouvert la session. Il a rappelé la session de l'année précédente au cours de laquelle le Comité avait approuvé une nouvelle vision et défini un ensemble de priorités sanitaires pour la Région, et s'est déclaré impatient de recevoir des informations sur les progrès réalisés au cours de l'année en ce qui concerne ces points particuliers ainsi que d'autres questions. Il a salué la nouvelle approche consistant à organiser des réunions techniques la veille du Comité régional, suite à la décision prise lors de la précédente session. Il a ajouté que durant l'année qui venait de s'écouler, de nombreux événements importants étaient survenus dans le domaine de la santé, notamment la réunion de haut niveau « Sauver les vies des mères et des enfants », qui s'est tenue à Dubaï et dont on peut voir aujourd'hui les résultats positifs. Il a fait remarquer la nécessité d'efforts concertés pour éviter et atténuer les effets des situations d'urgence sanitaire dans la Région. Il a exprimé sa préoccupation au sujet des risques que pose la flambée épidémique en Somalie pour le programme mondial d'éradication de la poliomyélite dans la Région et a souligné la nécessité de notifier tous les cas qui surviennent dans chaque pays. Il s'est dit satisfait du système d'achat groupé de vaccins et de médicaments, qui permettra de réduire les coûts et de fournir une couverture plus complète contre les maladies infectieuses. Il a rendu hommage au Directeur régional pour son leadership face aux défis survenus l'année dernière, dont l'émergence d'un nouveau coronavirus dans la Région, et pour les efforts qu'il déploie pour mettre en adéquation l'action de l'OMS avec les besoins régionaux réels.

2.3 Allocution du Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

Le Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a remercié le parrain de la réunion, Son Altesse Haitham Bin Tarik Al Said, Ministre du Patrimoine et de la Culture, et a rendu hommage au Gouvernement d'Oman pour les remarquables progrès que le pays a réalisés dans le domaine de la santé grâce à son engagement soutenu en faveur du développement et de la planification sanitaires. Il a exprimé sa gratitude à Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Hussein pour son fidèle soutien aux programmes et aux initiatives de l'OMS, ainsi que pour son dévouement à la cause des personnels de santé, notamment les personnels infirmiers et obstétricaux.

Faisant référence aux priorités stratégiques pour la Région, le Directeur régional a fait remarquer qu'il souhaitait vivement qu'elles soient le reflet de l'activité de l'OMS dans la Région. Dans chacun des domaines prioritaires stratégiques, le secrétariat a mis en œuvre un programme d'action complet, notamment dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, qui concerne chacun des États Membres.

Il existe un élan mondial croissant autour du concept de la couverture sanitaire universelle en tant que moyen permettant de garantir que chacun puisse obtenir les soins de santé nécessaires, d'un niveau de qualité acceptable, au moment opportun et sans s'exposer à des difficultés financières. Bien qu'il existe de nombreuses voies permettant d'atteindre la couverture sanitaire universelle, a-t-il déclaré, il ne fait aucun doute qu'un engagement envers la couverture sanitaire universelle représente l'objectif principal pour tous les systèmes de santé. Ceci est particulièrement évident pour la santé de la mère et

de l'enfant. Malgré les progrès considérables que nombre de pays ont effectués, certains sont encore fortement touchés par la mortalité maternelle et infantile. Il a exprimé sa satisfaction pour l'excellent travail qui a été accompli par les pays pour élaborer des plans d'accélération en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5.

Il a fait remarquer que le Règlement sanitaire international (2005) est un instrument important pour la protection de la sécurité sanitaire dans le monde. Il est donc crucial que tous les secteurs concernés, dans chaque pays, soient en mesure de satisfaire aux exigences de mise en œuvre avant l'ultime délai. L'émergence du nouveau coronavirus, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, est un exemple qui montre clairement les raisons pour lesquelles le Règlement sanitaire international est nécessaire. L'OMS collabore étroitement avec les États Membres et les partenaires sur cette question et continuera à tenir les pays informés.

Par ailleurs, la poliomyélite reste un problème grave. La persistance du virus et sa transmission récente dans de nouveaux pays sont sans aucun doute source de vastes défis. L'OMS continuera à fonctionner en pensant qu'elle est confrontée à une situation d'urgence qui menace tous les pays du monde, et que tous les États Membres doivent rester en état d'alerte élevée.

Passant à la question des maladies non transmissibles, le Directeur régional a déclaré que les efforts déployés dans la perspective de la prévention et de la sensibilisation étaient insuffisants. L'année dernière, le Comité régional a adopté un cadre d'action régional sur les engagements des États Membres pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies. Une série d'activités ont été organisées l'année dernière sur l'élaboration de recommandations techniques. Quelques pays ont déjà commencé à mettre en œuvre ces recommandations, a-t-il ajouté, mais il faut faire bien davantage. Dans le domaine de la santé et de l'environnement, il a affirmé que les problèmes y afférents entravaient la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et continueraient de freiner la réalisation de la santé et du développement durable sur le long terme. Il a exprimé l'espoir que la Région progresserait dans ce domaine.

Faisant référence aux crises et aux conflits prolongés dans la Région, le Directeur régional a fait remarquer que les bénéfices pour la santé publique, qui sont le fruit de décennies de labeur et d'investissement, étaient balayés en quelques mois à peine. Les effets collatéraux des embargos et des sanctions économiques privent les patients des médicaments et des services vitaux dont ils ont besoin pour survivre. Il est essentiel que le personnel humanitaire soit autorisé à faire son travail sans craindre de dangers au plan personnel conformément à la législation humanitaire internationale, et que les services de soins de santé, les médicaments et d'autres fournitures critiques permettant de sauver des vies puissent transiter librement afin d'atteindre ceux qui en ont besoin.

La situation humanitaire majeure en République arabe syrienne et chez ses voisins a des conséquences graves pour les services de santé de tous les pays concernés. Le Directeur régional a invité instamment les ministres de la santé à maintenir la solidarité à laquelle ils se sont engagés pour fournir un appui aux soins de santé pour les Syriens à l'intérieur et à l'extérieur de leur pays et a exprimé sa gratitude pour les généreuses contributions de nombreux donateurs en faveur des efforts de secours humanitaires, avec une mention particulière pour le Koweït dont le généreux soutien à l'OMS a permis de mettre en œuvre une assistance sanitaire efficace. Il a salué l'héroïsme et le dévouement des agents de santé qui fournissent les services humanitaires, parfois au péril de leurs propres vies.

Il a conclu en déclarant que l'Organisation à l'avenir continuerait à être remodelée pour s'adapter aux exigences et aux nécessités d'un monde en changement. Il a invité les États Membres à continuer de s'engager dans ce processus pour que l'Organisation puisse répondre à leurs besoins.

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

Dans un message vidéo adressé au Comité régional, le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a remercié le Gouvernement omanais d'accueillir la présente session. Elle a indiqué que nombreuses personnes qui s'étaient rendues à Oman ont pu tirer des enseignements du système de santé du pays et des résultats remarquables réalisés dans ce domaine. Aujourd'hui, une des tendances les plus encourageantes en matière de santé publique est le nombre croissant de pays qui ont fait de la couverture sanitaire universelle leur objectif. Ceci démontre la reconnaissance par ces pays de la nécessité de l'équité en matière d'accès à des soins de santé de qualité. La couverture sanitaire universelle met également en évidence le besoin de mettre en place des services complets, notamment en matière de prévention. L'accent mis sur la prévention est d'une importance capitale, tandis que la Région s'attaque à la charge croissante des maladies non transmissibles. La Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles a clairement mentionné que la prévention devait être l'élément central de la riposte mondiale à ces maladies.

Le Directeur général a attiré l'attention sur d'autres questions importantes à aborder au cours de la session, notamment le travail qu'il reste à accomplir pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi que la place de la santé dans le programme de développement après 2015, les progrès réalisés dans l'application du Règlement sanitaire international, et l'éradication de la poliomyélite. Faisant référence à la situation sanitaire en République arabe syrienne, elle a indiqué qu'au début du mois, le Conseil de sécurité des Nations Unies avait lancé un appel unanime et urgent à toutes les parties afin que des mesures soient prises pour permettre un accès des personnels humanitaires à toutes les zones du pays en vue de fournir une aide humanitaire aux populations qui en ont désespérément besoin. L'OMS est prête à participer à cet effort par la fourniture d'une assistance sanitaire.

2.5 Discours principal de Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Hussain, Marraine OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale

Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Husseïn a commencé son discours en remerciant le Gouvernement omanais pour son accueil chaleureux et sa généreuse hospitalité. Elle a déclaré que les progrès accomplis par Oman dans les domaines de la santé et du développement social au cours des quarante dernières années faisaient figure de modèle pour le monde. Elle a attiré l'attention sur un rapport publié récemment par le Réseau des solutions pour le développement durable (structure des Nations Unies), intitulé *Rapport mondial sur le bonheur 2013*. Le rapport présente un certain nombre d'informations utiles et révélatrices sur le plan de la santé. En effet, il révèle que l'espérance de vie en bonne santé est une des variables clés ayant une incidence sur le classement des pays. De plus, les troubles mentaux constituent la cause principale du malheur, mais ces troubles sont largement ignorés par les responsables de l'élaboration des politiques. Le rapport montre également que les gens heureux vivent plus longtemps, sont plus productifs, ont des salaires plus élevés et sont de meilleurs citoyens. Ces informations sont importantes pour le développement des pays et pour les décideurs politiques dans l'ensemble des secteurs.

La Constitution de l'OMS définit la santé de la manière suivante : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les responsables de l'élaboration des politiques de santé doivent se pencher sur l'importance qui a été accordée à la santé plutôt qu'aux maladies ainsi que sur la place accordée aux solutions pratiques visant à promouvoir la santé. Les responsables de la santé de la Région se trouvent dans une position unique pour prendre la tête des changements, en ce qui concerne l'approche adoptée par les gouvernements en matière de santé, et la manière dont les différents secteurs communiquent afin d'instaurer des communautés et des citoyens en meilleure santé et plus heureux.

En ce qui concerne l'initiative « Sauver les vies des mères et des enfants », il n'y a rien de plus important. Le succès de cette initiative, a-t-elle poursuivi, dépend de l'appui mutuel entre les pays. En effet, la solidarité entre les pays de la Région est essentielle à la réalisation de cet objectif, pour les autres comme pour l'ensemble de la Région. Les efforts doivent être ciblés sur des domaines à potentiel élevé. Cela signifie qu'il faut identifier et atteindre les mères et les enfants dans les districts et zones rurales les plus pauvres. Cela veut aussi dire qu'il faut atteindre les mères qui n'ont pas pu terminer leurs études. Il est bien connu que plus les filles restent longtemps à l'école, plus elles seront en bonne santé et heureuses en tant que femmes et mères. Et plus leurs enfants ainsi que les autres membres de leur famille seront heureux.

Son Altesse Royale a évoqué le problème des maladies non transmissibles et l'a qualifié de tragédie grandissante dans la Région. Cette tragédie réside non seulement dans le nombre de personnes touchées mais aussi dans le fait que les pays ne sont pas préparés et qu'il n'existe pas de programme de travail commun avec d'autres secteurs du gouvernement. Le véritable changement à effectuer concerne la promotion de la santé, en s'attaquant notamment à la consommation de tabac et à la promotion des modes de vies sains. Les habitudes saines et les bons comportements se prennent très tôt. Il est également nécessaire de gérer différemment ces affections. Pour les millions de personnes qui sont déjà atteintes d'hypertension, de maladies cardiaques ou de cancers, le changement nécessaire consiste à garantir leur accès à des soins de santé de qualité au niveau des soins de santé primaires. À cet égard, la dynamique politique générée par le concept de la couverture sanitaire universelle est très encourageante.

Elle a déclaré qu'en tant que Marraine OMS pour les soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale, elle portait toujours un grand intérêt aux personnels de santé, et qu'il n'était pas possible de réaliser la couverture sanitaire universelle sans la présence effective de personnels de santé. Et la Région est confrontée à une véritable crise en matière des personnels de santé en termes d'effectifs. Dans tous les cas, le cœur du problème réside dans la planification et la coordination entre les secteurs de la santé et de l'enseignement supérieur. Cependant, au niveau de la société, il s'agit également d'encourager les jeunes à s'engager dans une carrière au service de la santé et à rendre ce type de carrière attractif pour ces jeunes. Il est également nécessaire de veiller à ce que les structures des carrières offrent des incitations afin de fidéliser les professionnels qualifiés et de permettre la mobilité pour que l'ensemble de la population ait accès aux professionnels compétents, c'est à dire dans les régions reculées les plus pauvres et pas uniquement dans les capitales.

Pour l'ensemble des activités menées, les partenariats sont essentiels. La société civile en particulier doit être encouragée. À une période où les organisations non gouvernementales sont sous pression dans la Région, il revient aux responsables de santé de renforcer ces partenariats et de promouvoir les nombreuses et remarquables contributions que la société civile pourrait apporter au développement sanitaire. Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Hussein a conclu son discours en priant le Comité de rester positif face aux nombreux défis de la Région, de se concentrer sur le dialogue et de continuer à mettre à profit les questions de santé pour développer la diplomatie sanitaire et s'en servir comme relais pour instaurer la paix.

2.6 Allocution de bienvenue par le Gouvernement d'Oman

Son Excellence le Dr Ahmed Bin Mohamed Bin Obaid Al Saidi, Ministre de la Santé d'Oman, a déclaré que les défis auxquels la Région est confrontée ainsi que les changements récents vécus ont simultanément mis en évidence les forces, révélé certaines faiblesses et identifié les disparités en ce qui concerne la capacité à faire face aux problèmes de santé et à y répondre. Il a mentionné la nécessité d'une mise en adéquation des besoins en matière de développement sanitaire et des dépenses de santé de plus en plus importantes et a déclaré que des stratégies non conventionnelles devaient être adoptées

pour le financement des dépenses de santé. Le renforcement des systèmes de santé et de l'équité en santé est essentiel pour faire progresser le développement global, tout comme une bonne planification fondée sur des éléments de preuve scientifique.

Oman reconnaît l'importance de la planification et ceci a motivé le Gouvernement pour élaborer une vision claire jusqu'à 2050 et définir une feuille de route indiquant les activités à mener d'ici cette date. Son Excellence le Ministre a évoqué la nécessité de renforcer les systèmes de santé face aux situations d'urgence sanitaire et d'intégrer la couverture sanitaire universelle au programme de développement de l'ensemble des pays. Une approche fondée sur les soins de santé primaires portant sur la santé tout au long de la vie est nécessaire et la collaboration avec les partenaires dans tous les secteurs devrait être intensifiée. Il a ajouté que la session du Comité régional représente une bonne occasion de tenir des discussions sur les conséquences de questions de santé prioritaires sur l'efficacité de nos systèmes de santé, d'identifier des moyens d'exploiter les forces dans la Région. Il a félicité Sa Majesté le Sultan Qaboos bin Saïd pour sa contribution d'un montant de cinq millions de dollars US aux efforts d'éradication de la poliomyélite et l'a remercié pour son geste généreux.

2.7 Élection du Bureau

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

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

Président : S.E. Dr Ahmed Al Saidi (Oman)

Premier Vice-président : S.E. Dr Seyed Hassan Ghazizadeh Hashemi (République islamique d'Iran)

Second Vice-président : S.E. Dr Ahmed Qassim Al-Ansi (Yémen)

S.E. Dr Badereddin Annajar (Libye) a été élu Président des Discussions techniques.

2.8 Adoption de l'ordre du jour

Point 1 b) de l'ordre du jour, document EM/RC60/1-Rev.5, Décision n° 2

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour de la soixantième session, après y avoir ajouté un point concernant la poliomyélite.

2.9 Décision concernant la composition du Comité de rédaction

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

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

- Dr Mariam Al Jalahma (Bahreïn)
- Dr Bijan Sadrizadeh (République islamique d'Iran)
- Dr Qais Saleh Al Doweiry (Koweït)
- M. Jilali Hazim (Maroc)
- Dr Saïd bin Hareb Al-Lamki (Oman)
- Dr Mohamed Yahya Saeedi (Arabie saoudite)
- Dr Emad Ezzat (Égypte)
- Dr Samir Ben Yahmed (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- M. Raul Thomas (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Jaouad Mahjour (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

3. Rapports et communications

3.1 **Activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale - Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2012** *Point 2 de l'ordre du jour, Document EM/RC60/2*

Rapports de situation sur les thèmes suivants : Éradication de la poliomyélite : implications régionales de la stratégie contre la maladie dans sa phase finale ; Initiative Pour un monde sans tabac ; Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015 ; Renforcement des systèmes de santé : enjeux, priorités et options pour l'action future ; Application du Règlement sanitaire international (2005) ; Le point sur les situations d'urgence et l'impact de la crise syrienne sur les systèmes de santé dans les pays voisins ; et Sécurité routière

Point 3 a,b,c,d,e,f,g) de l'ordre du jour, Documents EM/RC60/INF.DOC.1-7, Résolution EM/RC60/R.1

Dans son rapport, le Dr Ala Alwan a présenté le processus d'examen qui s'est déroulé l'année dernière pour parvenir à un consensus sur les cinq priorités stratégiques en vue d'assurer un développement sanitaire continu dans la Région. En 2012, le Comité régional a approuvé sept priorités pour le renforcement des systèmes de santé. Une évaluation menée au cours de l'année sur les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil dans la Région a montré que 26 % uniquement (six pays) pouvaient être considérés comme opérationnels. Cela représente un défi pour les ministres de la Santé, car ils ne peuvent pas planifier exactement pour l'avenir. Le Dr Alwan a indiqué que la couverture sanitaire universelle est un concept qui prend de l'ampleur dans le monde entier. Pour atteindre la couverture sanitaire universelle, chaque État Membre devra avoir une vision complète, une stratégie fondée sur des bases factuelles ainsi qu'une feuille de route bien définie. La réalisation de la couverture sanitaire universelle doit constituer un défi pour l'ensemble des États Membres, en effet, il existe des lacunes en matière de couverture sanitaire universelle dans les trois groupes de pays. Il a ajouté que le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région représentait une priorité pour tous et resterait au cœur des activités de l'OMS.

Au sujet des maladies transmissibles, il a fait remarquer que les conditions de sécurité continuaient de faire obstacle aux progrès pour atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale, tandis que l'insuffisance des capacités gestionnaires et de l'engagement pour la vaccination systématique continuent manifestement à poser problème dans certains pays. L'attribution des ressources publiques et le soutien des partenaires sont nécessaires si l'on veut renforcer la riposte dans ce domaine. Depuis 2010, on assiste dans la Région à une baisse de la couverture par la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) et à une augmentation des flambées épidémiques et des notifications de cas de rougeole. L'OMS collabore étroitement avec les pays touchés pour mettre en place des campagnes de vaccination synchronisées contre la rougeole. Il est dans l'intérêt de l'ensemble des États Membres, y compris ceux qui ne sont pas actuellement fortement touchés, de coordonner les efforts en vue de garantir que la Région parvienne à éliminer la rougeole, au plus tard en 2015. L'introduction de nouveaux vaccins permettant de sauver des vies a encore progressé. Le principal obstacle à l'introduction de nouveaux vaccins demeure le manque d'accessibilité économique dans les pays à revenu intermédiaire. Les États Membres doivent saisir cette occasion pour rejoindre le système d'achat groupé de vaccins. Le Directeur régional a encouragé l'Alliance GAVI à élaborer des stratégies afin d'aider les États Membres à surmonter les obstacles liés aux coûts élevés d'introduction de nouveaux vaccins.

Le Dr Alwan a indiqué qu'en réponse à la résolution WHA65.5 de l'Assemblée mondiale de la Santé, le programme régional pour l'éradication de la poliomyélite avait adopté une approche d'urgence pour soutenir plus efficacement les pays d'endémie ainsi que d'autres pays prioritaires. Une cellule pour les activités de plaidoyer a été mise en place au Bureau régional pour surmonter les obstacles liés aux idées fausses sur la vaccination antipoliomyélitique qui empêchent le passage des équipes de vaccination dans de bonnes conditions de sécurité et, dans d'autres régions, la vaccination a été

totale et des attaques ont même été perpétrées contre le personnel et les agents de santé. L'OMS a réuni d'éminents universitaires islamiques afin de créer un Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite. Ce Groupe consultatif soutiendra les efforts et s'attaquera aux préoccupations et difficultés de la communauté dans ces domaines. Cette solidarité est cruciale pour mettre un terme à la poliomyélite. Le Dr Alwan a également mentionné que de nombreux pays libérés de la poliomyélite couraient un risque élevé d'importation de la maladie et de graves flambées épidémiques.

Le taux d'incidence des maladies transmissibles émergentes et réémergentes a connu une hausse sans précédent, représentant une menace constante pour la sécurité sanitaire régionale. Le Directeur régional a ajouté que les conflits incessants et les situations d'urgence humanitaire chroniques, qui sont courants dans de nombreux pays, comptent parmi les grands facteurs de risque pour la propagation de nouvelles maladies. Le dépistage précoce et la riposte rapide en vue d'endiguer les menaces épidémiques des maladies émergentes constituent le principal défi de l'OMS et des États Membres. L'émergence du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), marquée par un fort taux de létalité, a fait nettement ressortir la vulnérabilité de la Région face aux menaces récurrentes posées par les maladies émergentes ainsi que les lacunes en ce qui concerne les principales capacités des États Parties pour la surveillance et l'action qu'exige le Règlement sanitaire international (RSI). La communication et la notification rapides à l'OMS de ces nouvelles maladies est la responsabilité principale des États Membres, en vertu du RSI. Le Directeur régional s'est déclaré convaincu que les États Membres continueront d'accorder la plus grande attention à cet accord juridique international.

En ce qui concerne le VIH, il a indiqué que bien que le nombre de cas dans la Région soit inférieur à d'autres régions, le taux d'augmentation des nouvelles infections à VIH est le plus élevé au monde. On estime que la couverture régionale par les traitements antirétroviraux est de moins de 20 %. Il s'agit du taux de couverture le plus faible de l'ensemble des régions. L'OMS a lancé une initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière d'accès au traitement contre le VIH. Bien que plusieurs pays aient réussi à éliminer le paludisme, cette maladie demeure un problème de santé prioritaire dans certains pays. Sur les 7 millions de cas de paludisme signalés, moins d'un cinquième seulement ont fait l'objet d'une confirmation parasitologique. Les pays d'endémie palustre doivent intensifier leurs efforts afin de garantir l'accès universel aux tests de diagnostic du paludisme ainsi que le traitement antipaludique efficace et la surveillance du paludisme. Le nombre estimé de décès dus à la tuberculose est toujours élevé. Dans la Région, les autorités concernées passent également à côté de 37 % des cas estimés, et ceci est principalement dû au sous-dépistage et à la sous-notification des cas de la part des établissements de santé privés ou publics qui ne sont pas affiliés aux programmes nationaux. Il faut une législation solide dans l'ensemble des États Membres afin de garantir la notification obligatoire des cas par tous les prestataires, de limiter la vente d'antituberculeux dans les pharmacies privées et de renforcer le diagnostic et les soins de la tuberculose pharmacorésistante.

Une initiative régionale interinstitutions en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 a été lancée au cours d'une réunion de haut niveau qui s'est tenue à Dubaï (Émirats arabes unis) sur le thème « Sauver les vies des mères et des enfants ». Cette initiative s'est concentrée sur les dix pays où la charge de mortalité maternelle et infantile est élevée. La réunion s'est conclue par la Déclaration de Dubaï qui fournit aux États Membres une orientation sur l'action à mener. Le Dr Alwan a encouragé les pays à faible mortalité à continuer de concentrer leurs efforts sur le maintien de ces réalisations, en assurant des soins de haute qualité et en adaptant les interventions pour faire face aux besoins spécifiques.

Eu égard aux maladies non transmissibles, il a mentionné que l'OMS a travaillé avec les États Membres afin de déterminer la manière de mettre en œuvre le cadre d'action régional. Une enquête portant sur les capacités des États Membres a révélé que l'ensemble des pays présentent des lacunes en matière de réponse. L'OMS et les États Membres ont collaboré pour renforcer les capacités et mettre en œuvre des interventions prioritaires. Il n'y a pas suffisamment d'actions menées dans le

domaine de la prévention des quatre facteurs de risque principaux des maladies non transmissibles ; en effet, l'action porte essentiellement sur la mise en œuvre d'interventions clés ayant un bon rapport coût-efficacité et un fort impact (dites « les plus économiques »). En ce qui concerne la lutte antitabac, il a invité les États Membres à signer le premier protocole relatif au commerce illicite de produits du tabac.

Eu égard à la préparation et la riposte aux situations d'urgence le Directeur régional a indiqué qu'environ 42 millions de personnes, dans 13 pays de la Région, étaient actuellement touchées par des situations d'urgence et des crises, dont sept pays sont en situation d'urgence prolongée. Et la Région a vécu plusieurs situations d'urgence graves provoquées par des catastrophes naturelles. Ces événements ont entraîné toute une série de menaces graves pour la santé publique. Dans plusieurs secteurs, ces événements ont anéanti des années de travail et d'investissements considérables dans la santé publique. La gestion collective de ces crises au niveau régional doit être améliorée. La dépendance vis-à-vis de l'action internationale et externe, notamment le financement, expose à des risques importants à long terme.

Au sujet des procédures gestionnaires de l'OMS, il a indiqué que les principaux défis concernaient la planification, le financement, les ressources humaines, et l'existence d'un solide environnement de contrôle. Des progrès considérables ont été effectués dans ces domaines mais des lacunes et des défis demeurent. Pour la période 2014-2015, le Bureau régional a complètement changé les processus de planification, par une approche davantage axée sur les priorités qui sont identifiées par le biais d'une approche ascendante améliorée. Le financement reste un problème majeur, les contributions régionales étant toujours considérablement plus faibles que dans d'autres bureaux régionaux. Des difficultés subsistent en matière de ressources humaines, en particulier pour réduire la durée du processus de recrutement et attirer les candidats les plus compétents. Il est nécessaire de mener davantage d'actions d'information, en particulier auprès des États Membres. Dans le domaine de la gouvernance, un Comité consultatif technique a été créé pour fournir des conseils sur les options en matière de politiques en vue de la collaboration de l'OMS avec les États Membres. La première réunion de ce Comité s'est tenue au mois d'avril.

Enfin, le Directeur régional a invité les Membres du Comité à exprimer leurs opinions en ce qui concerne l'emploi de langues nationales et le programme mondial de langue arabe. Le Bureau régional commencera une évaluation du programme actuel de langue arabe afin de s'assurer qu'il satisfera dans l'avenir les besoins des États Membres.

Discussions

Le Représentant de Bahreïn a félicité le Bureau régional pour les initiatives importantes qui ont été prises ainsi que pour la restructuration récente qui a permis aux États Membres de se concentrer sur les priorités régionales. Il s'est également réjoui des progrès accomplis en ce qui concerne le travail du Comité régional ainsi que les sessions techniques réussies qui se sont tenues la veille et a suggéré que celles-ci soient reconduites lors des prochaines sessions du Comité régional. Il a fait remarquer que ces sessions étaient une bonne occasion de passer en revue les questions techniques et les opinions des experts. Il a par ailleurs salué le film hautement professionnel qui a été diffusé la veille et s'est réjoui par avance des réunions qui se dérouleront sans recours au papier. Il a ajouté que son pays a accueilli plusieurs séminaires-ateliers régionaux à succès et a mis en place un réseau pour la surveillance de la santé de la mère et de l'enfant. Il a déclaré que son pays s'engageait à satisfaire aux exigences du Règlement sanitaire international d'ici à 2014. Il a indiqué que malgré toutes ces réalisations, les pays de la Région étaient confrontés à plusieurs défis nécessitant que l'on prête attention, lors des prochaines réunions, aux plus importantes priorités soulignées dans l'ordre du jour du Comité régional, notamment les progrès en vue de la couverture sanitaire universelle.

S.E. Madame le Ministre de la Santé de Somalie a attiré l'attention sur les difficultés auxquelles est confronté son pays qui sort de 22 ans de conflit et de guerre civile. Ce conflit a eu notamment pour conséquence l'effondrement total du système de santé. Elle a fait remarquer que la communauté internationale avait récemment signé un accord à Bruxelles par lequel elle s'engageait à apporter son soutien à l'amélioration de la sécurité, de la gouvernance et du système judiciaire, entre autres. Maintenant que la Somalie est en transition vers la stabilité, ses principales priorités sont de renforcer les capacités des institutions gouvernementales afin qu'elles jouent leur rôle de chef de file et offrent leurs services à la population. Elle a pris acte de l'appui apporté par l'OMS dans des domaines essentiels tels que l'élaboration et la planification de politiques, la santé maternelle et infantile-juvénile ainsi que l'éradication de la poliomyélite, et a appelé au soutien d'autres pays de la Région pendant cette phase critique de transition.

Le Représentant du Maroc a mis en exergue les efforts que son pays a entrepris afin de préparer une nouvelle feuille de route à ce moment critique et d'élaborer une charte nationale pour la promotion de la santé tout au long de la vie. Il a fait état des réalisations accomplies eu égard à l'achat groupé des vaccins. Il a ajouté que son pays réaffirmait sa détermination à prendre part à ce processus et s'attelait à lever tous les obstacles juridiques pour rejoindre le système d'ici la fin de l'année. Il a également demandé au Directeur régional d'obtenir une déclaration écrite d'engagement de la part des pays, précisant le coût financier et la manière dont ces derniers pourraient participer à un fonds commun pour soutenir ladite initiative. En matière de lutte antitabac, il a déclaré que son pays donnerait un nouvel élan, cette année, aux efforts déployés afin de ratifier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il a ajouté qu'une réunion se tiendrait le 13 novembre 2013 en vue de promouvoir la ratification, ce qui est un signe clair de leur volonté d'accélérer les progrès de la lutte antitabac. En outre, le pays est en train d'apporter la dernière touche à un plan d'action multisectoriel visant à maîtriser les facteurs de risques liés aux maladies non transmissibles.

La Représentante du Liban a fait remarquer que son pays observait tous les efforts visant à synchroniser les activités pour l'éradication de la poliomyélite avec les pays voisins. Une campagne nationale de vaccination antipoliomyélitique a été annoncée dernièrement. Elle viendra compléter la campagne de vaccination commune contre la poliomyélite et la rougeole, menée en début d'année. La Représentante a précisé que le Liban était exempt de poliomyélite depuis douze ans.

Le Représentant du Soudan a souligné l'engagement de son pays pour aller de l'avant dans la promotion de la santé de sa population en se concentrant sur les priorités mises en évidence dans le rapport du Directeur régional et qui ont été reflétées dans les orientations stratégiques quinquennales pour 2012–2016. Il a ajouté que le Soudan accordait la priorité à la couverture sanitaire universelle, en établissant un plan national pour renforcer la santé de la mère et de l'enfant et en combattant le paludisme et le VIH. Il a déclaré que le Soudan a maintenu son statut d'absence de cas de poliomyélite grâce aux campagnes de vaccination nationales qui ont été menées dans l'ensemble du pays, même dans les zones de conflit au moyen des accords de cessez-le-feu durant la vaccination.

S.E. le Ministre de la Santé de Djibouti a déclaré qu'il souhaitait que l'OMS accorde une plus grande attention aux difficultés des pays du Groupe 3. Il a ajouté que même si la sécurité n'est pas un problème majeur à Djibouti, il a des frontières communes avec plusieurs pays en conflit. Son pays accueille actuellement un nombre considérable de réfugiés politiques et économiques venant de Somalie, d'Éthiopie et d'Érythrée, ce qui, selon lui, compromet les efforts déployés en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Il a demandé à cet égard l'aide de l'OMS et des partenaires.

Le Représentant de l'Iraq a mis en évidence l'expérience de son pays avec les organisations internationales en matière de partage des coûts en vue d'améliorer la situation sanitaire dans la Région. Il a déclaré que le pays avait instauré des politiques nationales claires en coopération avec l'Organisation. Il a insisté sur l'importance de la sélection d'experts pour les bureaux de l'Organisation conformément aux exigences du pays. Il a ajouté que l'Iraq faisait œuvre de pionnier

dans ce domaine et a affirmé sa volonté de partager cette expérience avec les États Membres. Il a également mentionné les cas de poliomyélite apparus en République arabe syrienne qui nécessiteront des efforts concertés pour y faire face.

Son Excellence le Ministre de la Santé et de l'Enseignement médical de la République islamique d'Iran a indiqué que la persistance de la transmission de la poliomyélite exigeait des efforts urgents afin d'achever l'éradication de la maladie le plus tôt possible. Il a ajouté qu'il s'agissait de la responsabilité collective de l'ensemble des pays de la Région. Il a fait remarquer qu'au sein de la Région, les pays du G5 - dont son pays est membre - ont joué un rôle important en ce qui concerne l'appui aux efforts d'éradication de la poliomyélite et de renforcement du système de santé, ainsi que d'autres initiatives sous-régionales. Son pays est prêt à aider d'autres pays. Il a déclaré que la crise financière mondiale, les maladies non transmissibles ainsi que les déterminants sociaux de la santé devaient figurer en tête des priorités du programme après 2015. Il a mentionné, en exprimant son inquiétude à ce sujet, le nombre élevé de personnes vivant avec le VIH dans la Région qui ont besoin d'un traitement antirétroviral, et a affirmé son appui à l'initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière d'accès au traitement contre le VIH. Il a conclu en déclarant que la couverture sanitaire universelle sera nécessaire si l'on veut réaliser la prochaine génération d'objectifs sanitaires mondiaux.

Le Représentant de la Palestine a déclaré que son pays souhaitait partager son expérience en matière d'élimination de la rougeole avec les États Membres qui sont confrontés à des situations similaires. La Palestine a mené une campagne un mois plus tôt, laquelle visait à administrer deux doses du vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux à un million d'enfants âgés de 12 à 18 mois. Il a ajouté qu'ils prenaient en considération la sensibilité du vaccin à la chaleur et à la lumière. Il a également fait remarquer que la couverture immunologique pouvait ne pas être équivalente à la couverture vaccinale, notamment dans les zones reculées. Il a fait référence aux résultats d'une étude portant sur le taux de couverture chez les enfants ayant reçu le vaccin durant la période allant de 2003 à 2010. Cette étude avait révélé que la couverture immunologique atteignait à peine 72 %, en particulier dans les zones reculées.

Le Représentant du Koweït s'est félicité de la tenue des réunions techniques qui ont précédé l'ouverture officielle car elles ont été l'occasion d'engager plusieurs discussions techniques. Il a également fait remarquer que le Koweït avait accueilli la réunion consultative régionale sur la lutte contre les maladies non transmissibles et a souligné la volonté de son pays d'accueillir des réunions au niveau régional.

Le Représentant du Pakistan a affirmé que son pays a bien progressé dans les cinq domaines prioritaires stratégiques régionaux. Concernant l'éradication de la poliomyélite, des étapes importantes ont été franchies l'an passé. Le plan d'action d'urgence national, lancé en 2012 et placé sous la supervision directe du Premier Ministre, a fait porter ses efforts sur l'amélioration de la responsabilisation, de la gestion et de la surveillance à tous les échelons. Le Représentant a déclaré qu'au total, 58 cas ont été signalés en 2012, soit une réduction de 70 % par rapport aux chiffres des années précédentes. En 2013, seulement 53 cas ont été signalés et localisés dans deux zones touchées par l'insécurité, où les campagnes antipoliomyelitiques avaient été suspendues depuis juin 2012. Il a fait remarquer que l'éradication de la poliomyélite relève de la responsabilité collective de l'ensemble des pays, et il a exprimé sa gratitude pour le soutien de l'OMS et des pays de la Région.

Le Représentant de la Jordanie a indiqué que son pays avait organisé, en coopération avec l'OMS, plusieurs séminaires-ateliers et réunions techniques à Amman sur la nutrition, la prévention des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles, ainsi que la prévention et la maîtrise des maladies épidémiques. Il a déclaré que l'OMS appuie toujours la fourniture de médicaments essentiels aux réfugiés syriens les plus vulnérables. Il a également indiqué qu'il y avait toujours beaucoup de Syriens qui arrivaient en masse quotidiennement en Jordanie, faisant peser une lourde charge sur les services de santé. Il a ajouté qu'en coopération avec l'OMS et d'autres organisations internationales,

la Jordanie était en train de lancer une campagne de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole qui menacent la Région. Cette campagne s'adresse à 3, 5 millions de Jordaniens et de Syriens âgés de moins de 18 ans.

Son Excellence le Ministre de la Santé publique du Qatar a soulevé la question du financement et a demandé quel type de financement était prévu pour les stratégies à long terme de l'OMS.

Son Excellence le Ministre de la Santé d'Arabie saoudite a indiqué qu'il souhaitait transmettre un message de la part du Prince héritier. Ce dernier souhaite participer à la campagne d'élimination de la poliomyélite au Pakistan et fournira un soutien direct, par le biais du ministère de la Santé, afin de collaborer à l'élimination de la poliomyélite dans la Région.

Le Directeur régional a remercié Bahreïn pour le soutien offert ainsi que pour les informations fournies sur les besoins du pays jusqu'en 2014, faisant remarquer que plusieurs autres pays ont également fourni des informations similaires. Il a indiqué que le renforcement des capacités du ministère de la Santé en Somalie constituait une des priorités de l'OMS et que des mesures concrètes avaient été prises à cet égard. Il a fait observer que la reconstruction des infrastructures de santé serait importante pour l'ensemble des pays voisins. En ce qui concerne Djibouti, il a invité tous les États Membres à soutenir le développement sanitaire dans le pays. Il a félicité le Maroc pour les préparatifs en cours en vue de la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Il a attiré l'attention sur la nouvelle approche de l'OMS en matière de planification, fondée sur les pays, dont l'ensemble des pays de la Région tireront profit. Il a ajouté que la structure et la capacité technique des bureaux de pays avaient également fait l'objet d'un examen et ont été renforcés. Des activités sont déjà en cours pour les bureaux de pays en Égypte et en Iraq et seront par la suite menées dans l'ensemble des pays. Il a souligné l'importance de la coopération infrarégionale, indiquant que l'OMS continuerait de soutenir les initiatives du G5 et du Conseil de coopération du Golfe. Le Bureau régional espère que des initiatives similaires seront mises en place dans d'autres pays. Il a félicité la Palestine pour son excellent programme de vaccination. En ce qui concerne les efforts en vue de l'éradication de la poliomyélite, il a pris acte du soutien des Émirats arabes unis, par le biais de l'initiative du Prince héritier d'Abou Dhabi, Sheikh Mohamed Bin Zayed, et des efforts du Premier Ministre du Pakistan, Nawaz Sharif. Le Directeur régional a fait remarquer que la stratégie régionale de mobilisation des ressources est en cours d'élaboration et fera l'objet de discussions lors d'une réunion prévue pour le mois de janvier 2014. Le projet de cette stratégie sera adressé aux États Membres dans les prochaines semaines. La stratégie porte sur la manière dont l'OMS pourra répondre aux besoins spécifiques des pays de la Région.

4. Discussions techniques

4.1 Stratégie régionale pour la santé et l'environnement

Point 4 a) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/Tech.Disc.1, Résolution EM/RC60/R.5

Le Dr Basel Al-Yousfi, Directeur du Centre pour les activités d'hygiène de l'environnement, a présenté le document technique sur la Stratégie régionale pour la santé et l'environnement. Il a déclaré que l'objectif primordial de la stratégie régionale et du plan d'action pour la santé et l'environnement dans la Région de la Méditerranée orientale (2014-2019) était de soutenir les pays de la Région dans leurs efforts multisectoriels communs visant à réduire la charge de morbidité et de mortalité précoce due aux risques environnementaux. Cette stratégie régionale repose sur les éléments suivants : l'examen rigoureux des données probantes et le consensus auquel ont abouti les deux réunions de consultation régionales (en 2011 et 2012) sur l'ampleur des risques environnementaux et de la charge de morbidité associée ; la demande d'appui technique exprimée par les pays ; les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays ; ainsi que le Programme général de travail de l'OMS 2014-2019.

La stratégie fournit un cadre d'action pour la période 2014-2019, qui illustre les rôles et responsabilités des États Membres et de l'OMS eu égard à l'amélioration des capacités du secteur de la santé publique pour l'évaluation, le suivi, la réglementation et la gestion des risques environnementaux ; au renforcement du plaidoyer, à la mise en place de partenariats et au leadership du secteur de la santé pour ce qui est de mobiliser des ressources et de favoriser la synergie des actions des secteurs concernés et des fournisseurs de services dans le domaine de la salubrité de l'environnement ; à la dotation du secteur de la santé en normes, règles et lignes directrices concernant l'environnement ainsi qu'en instruments d'évaluation afin d'aider les parties prenantes à intégrer les mesures de protection de la santé à leurs procédures de développement.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, a-t-il fait remarquer, près de 24 % de la charge de morbidité totale (y compris plus d'un million de décès et 38 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité perdues chaque année) est due aux risques environnementaux. L'impact sur la santé de ces risques se traduit en termes de maladies transmissibles et non transmissibles dans chacun des trois groupes de pays de la Région, qui ont été définies sur la base d'indicateurs et de résultats en matière de santé publique ainsi que par les performances et les dépenses des systèmes de santé. Par conséquent, cette répartition est aussi applicable à la charge des maladies liées à l'environnement et convient donc pour cette stratégie régionale.

La stratégie définit sept priorités pour la salubrité de l'environnement dans les domaines suivants : eau, assainissement et santé ; pollution atmosphérique ; sécurité chimique ; gestion des déchets et services de salubrité de l'environnement ; gestion des situations d'urgence en matière de salubrité de l'environnement ; changement climatique et santé ; développement durable et santé. Le Dr Al Yousfi a conclu son propos en déclarant que, afin de s'attaquer à ces priorités et de mener les actions qu'il convient pour atténuer l'impact des risques environnementaux, les ministères de la Santé de la Région devront jouer un rôle d'intermédiaire, de coordonnateur et d'interlocuteur, en partenariat avec les autres acteurs au sein de leur gouvernement respectif. Il est essentiel d'adopter une approche collaborative entre les différents organismes, qui renforce l'autorité du secteur de la santé publique en termes de responsabilités de gouvernance et de surveillance, ainsi que pour la sensibilisation et la motivation d'autres organismes spécialisés dans les services de salubrité de l'environnement. L'OMS fournira un appui technique aux États Membres en soutien de ces actions.

Discussions

La Représentante de Bahreïn a souligné qu'il était important de prendre en compte la salubrité de l'environnement dans tous les plans de développement. Elle a précisé que la protection de l'environnement était l'un des grands piliers de la protection de la santé publique. La santé physique et mentale de la population est l'élément central des plans de développement. La Représentante a indiqué qu'il fallait tenir compte de ces considérations pendant toutes les étapes de la planification, et

que la planification environnementale devait faire partie intégrante de la planification globale du développement dans tous les domaines – économique, social et urbanistique – afin d'éviter les problèmes causés par la négligence des facteurs environnementaux. Elle a ajouté que la stratégie régionale concordait avec les efforts constants de Bahreïn en vue d'élaborer des politiques qui trouvent le juste milieu entre le développement durable et les autres questions. Elle a fait observer que le Conseil suprême de l'environnement accorderait à la stratégie régionale toute l'attention qu'elle mérite. Les divers partenaires, dont les organismes gouvernementaux concernés, la société civile et les organisations non gouvernementales, sont représentées au sein de ce Conseil.

Le Représentant de la Jordanie a rappelé que son pays accueille le Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement depuis sa création en 1985. Il s'est félicité des progrès continus du Centre régional dans l'appui aux efforts multisectoriels coordonnés des pays de la Région, qui visent à faire baisser les taux de morbidité et de mortalité précoce dues aux risques environnementaux. Il a déclaré que la Jordanie approuvait le cadre d'action et la stratégie régionale. Il a pris acte de la décision du Directeur régional de consolider l'ensemble des programmes OMS liés à la salubrité de l'environnement, dans le cadre du mandat du Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement. Il a prié le Bureau régional de maintenir son soutien au Centre et aux partenaires régionaux afin de créer des synergies entre les efforts déployés à l'échelle nationale et régionale pour mettre en œuvre le plan d'action de la stratégie régionale. Il a proposé d'augmenter les ressources financières et de développer les ressources humaines en vue de renforcer les capacités du secteur de la santé pour la surveillance et la maîtrise des risques environnementaux. Il a préconisé d'instaurer des partenariats avec les secteurs concernés et de mettre au point, à l'intention de ces derniers, des normes, des éléments d'orientation et les instruments nécessaires à l'évaluation.

Le Représentant du Maroc a confirmé que son pays soutenait vivement l'adoption et la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé et l'environnement. Il a fait remarquer que les risques sanitaires liés à l'environnement concernaient les trois grands problèmes suivants : le manque d'infrastructures pour l'assainissement et d'établissements de santé publics ; les modes de vie modernes ; et le changement climatique. Il a relevé que le ministère de la Santé avait préparé un certain nombre de stratégies et de plans d'action dans le domaine de la santé et de l'environnement. Il a expliqué que les mesures et les priorités figurant dans la stratégie régionale apportaient des réponses appropriées, permettant de s'attaquer aux risques sanitaires liés à la dégradation de l'environnement. Il a suggéré plusieurs modifications du texte de la stratégie. Il a insisté sur le besoin de coopération entre les secteurs et les autres institutions concernées, et sur la nécessité d'instaurer des alliances stratégiques entre les ministères de la Santé et de l'Environnement.

Le Représentant de la Fédération du Golfe pour la lutte contre le cancer a souligné le fait que les organisations non gouvernementales pouvaient participer aux activités de surveillance environnementale. Il a fait remarquer que la stratégie régionale cadrerait avec la Conférence des Parties à la Convention de Stockholm. Selon lui, les organisations non gouvernementales de lutte contre le cancer dans la Région sont prêtes à participer à tous les comités et déterminées à aider les États, en leur fournissant des études scientifiques qui peuvent contribuer à réduire les substances nocives, notamment celles qui sont à l'origine de maladies chroniques.

Le Représentant du Qatar a exprimé son appréciation au sujet de la courte vidéo et de la présentation du Dr Al-Yousfy. Il a fait remarquer que le Qatar mettait actuellement en œuvre une stratégie en matière d'environnement. L'an passé, le Qatar a travaillé avec le Centre international de recherche sur le cancer afin d'évaluer les risques environnementaux qui sont à l'origine des cancers. Le rapport complet a été soumis une semaine plus tôt. Le Représentant a demandé au Bureau régional et aux États Membres de réfléchir aux moyens les plus rentables qui contribueraient à assainir l'environnement ou à empêcher, dans un avenir proche, la dégradation de l'environnement. Il s'est demandé si l'élaboration d'un accord-cadre pouvait aider les États à appliquer les décisions au bénéfice de la population.

Selon le Représentant de l'Organisation météorologique mondiale, la variabilité du climat et le changement climatique ont des répercussions importantes sur les secteurs sensibles au climat, comme celui de la santé. Il est par conséquent fondamental de comprendre les relations entre le climat et la santé, ce qui posera les jalons pour l'élaboration d'informations, de services et d'instruments en la matière, en vue d'étayer la prise de décision dans le secteur de la santé. Pour répondre à cet impératif, a-t-il ajouté, le Cadre mondial pour les services climatologiques a été adopté en 2009. Il s'agit d'une initiative internationale menée par l'Organisation météorologique mondiale et les partenaires, dont l'OMS. Ce cadre vise à combler les lacunes entre les besoins de services climatologiques et leur fourniture actuelle, et à faciliter la mise au point d'outils visant à prédire les délais afin d'appuyer la planification en matière de préparation sanitaire. L'OMS a dirigé l'élaboration du plan de mise en œuvre du Cadre mondial pour les services climatologiques, qui a été approuvé par le Conseil intergouvernemental des services climatologiques, en juillet 2013. Maintenant que la phase de mise en œuvre du Cadre mondial a commencé, a-t-il indiqué, il est crucial que les structures régionales de l'OMS facilitent sa mise en œuvre en intégrant les priorités identifiées en matière de santé aux plans de travail appropriés. Il a fait remarquer que, dans le contexte du Cadre mondial, les deux institutions avaient produit en commun un atlas de la santé et du changement climatique ; cet outil destiné aux services de santé permettra de prendre des mesures contre les risques sanitaires liés au climat. Il a conclu son propos en rappelant que les partenariats et la collaboration entre les autorités sanitaires ainsi que la communauté météorologique et climatologique étaient nécessaires dans chaque pays.

Le Directeur régional émérite a affirmé que la Région faisait office, par le passé, de décharge pour les pays industrialisés, y compris pour leurs déchets nucléaires et chimiques. Il a ajouté qu'elle est dotée de ressources considérables pour ce qui est des énergies traditionnelles, comme le pétrole, et des énergies propres, comme le solaire. Le recours aux sources d'énergies propres est cependant très limité. Il a évoqué le « Bâtiment vert » situé à Amman, tourné vers la préservation de l'environnement par des mesures telle l'utilisation de l'énergie solaire et les économies d'électricité. Il a reconnu que cette question ne faisait pas partie du mandat des ministères de la santé, mais que ceux-ci devaient être au premier plan des efforts visant à porter ce sujet très important à l'attention des institutions afin de réduire les risques, de maximiser l'utilisation des ressources et de prendre en main le problème de la rareté de l'eau.

Le Représentant d'Oman a indiqué que son pays approuvait les sept priorités de la stratégie régionale, notamment les rôles et responsabilités que les États Membres et l'OMS doivent exercer pour atteindre les résultats escomptés. Il a souligné le fait que les ministères de la santé devaient assumer le rôle de direction et de coordination avec les autres secteurs gouvernementaux. Il a mis en avant l'importance de la gestion des déchets, notamment des déchets chimiques et nucléaires, et de la gestion des déchets liés aux soins de santé dans les établissements de santé.

Le Directeur de la gestion des programmes a déclaré que le Bureau régional accordait le plus haut degré de priorité au domaine de la santé et de l'environnement. Le Directeur régional a décidé de regrouper l'ensemble des services ayant trait à la santé et à l'environnement au sein du Centre pour les activités d'hygiène de l'environnement, y compris les programmes de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité chimique. Concernant les six domaines d'expertise définis dans la stratégie, il a précisé que l'OMS n'était pas la seule à mettre à disposition des experts ; pour chaque domaine, il existe un réseau d'experts pouvant être appelés en vue d'un soutien technique. Il a rappelé que le Centre avait un double mandat : mettre en œuvre les programmes OMS ayant trait à la santé et à l'environnement, et servir de centre régional pour l'expertise et les services environnementaux à l'intention des États Membres et des autres institutions. Il a fait valoir que les ministères de la santé devaient continuer à jouer un rôle directeur dans le cadre des efforts pour la protection de la santé et de l'environnement.

Le Dr Al-Yousfy a remercié les délégués pour leur approbation de la stratégie régionale ainsi que leurs propositions précieuses et intéressantes. Il les a assurés du fait que la stratégie prendrait en compte tous les points soulevés lors des interventions, en particulier ceux qui portent sur la gestion des déchets et l'utilisation d'énergies propres et renouvelables. Il a mis en exergue le rôle directeur

des ministères de la Santé, même si de nombreux services concernant la salubrité de l'environnement relèvent d'autres secteurs. Il a pris acte de la proposition du Représentant de l'Organisation météorologique mondiale, qui consiste à faire du partenariat un cadre d'action pour contrer les effets sanitaires du changement climatique. Il a reconnu que la rareté de l'eau était un problème chronique et s'est demandé comment les pays les plus pauvres en eau pouvaient être les plus gros consommateurs. Enfin, il a souhaité attirer l'attention sur un rapport publié la semaine précédente par le Centre international de recherche sur le cancer, selon lequel les polluants de l'air sont des carcinogènes de classe 1.

Le Directeur régional a mis en exergue la priorité accordée à la salubrité de l'environnement. Il a fait remarquer que la stratégie avait été élaborée au prix d'intenses efforts pendant un an, auxquels a participé tout un éventail d'experts internationaux et régionaux. Cette stratégie expose clairement les actions requises et les prochaines mesures. Le Directeur régional a ajouté que, maintenant que la stratégie était approuvée, il avait hâte de collaborer pleinement avec les États Membres et les autres partenaires afin d'aller de l'avant. Il a conclu en soulignant les efforts accomplis pour renforcer les ressources techniques, humaines et financières du Centre, en dépit des difficultés permanentes.

4.2 Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route

Point 4 b) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/Tech.Disc.2, Résolution EM/RC60/R.2

Le Dr Sameen Siddiqi, Directeur, Développement des systèmes de santé, a présenté le document technique intitulé « Sur la voie de la couverture sanitaire universelle défis opportunités et feuille de route ». Il a déclaré qu'aujourd'hui plus que jamais, la couverture sanitaire universelle était l'une des grandes priorités internationales en matière de santé. L'intérêt pour cette dernière n'est pas nouveau. Elle trouve son expression dans la Constitution de l'OMS de 1948 et elle est un élément central de la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 ou, plus récemment, du Rapport sur la santé dans le monde 2010, intitulé « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle ». En 2012, le Comité régional a approuvé une résolution qui soulignait le rôle clé du renforcement des systèmes de santé pour permettre aux pays d'atteindre la couverture sanitaire universelle. Dans le Rapport sur la santé dans le monde 2010, la couverture sanitaire universelle signifie fournir à tous un accès aux services de santé nécessaires (y compris la prévention, la promotion, le traitement et la réadaptation) et d'une qualité suffisante, tout en veillant à ce que leur utilisation n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. La couverture sanitaire universelle comprend trois dimensions, à savoir la proportion des coûts, les services et la population qui sont couverts. Les éléments clés de l'approche complète de l'OMS pour atteindre la couverture sanitaire universelle reprennent cette idée, a-t-il ajouté. Cette approche concorde parfaitement avec les valeurs et les principes des soins de santé primaires. Elle est à la base du douzième programme général de travail et des cinq catégories d'activités pour 2014-2019. Elle reconnaît qu'il est important de renforcer toutes les composantes du système de santé, souligne l'importance de la mise en place de partenariats et rappelle qu'un bon suivi des progrès est nécessaire pour atteindre la couverture sanitaire universelle. L'OMS élabore actuellement un cadre pour le suivi des progrès sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle, en collaboration avec l'ensemble des partenaires, dont la Banque mondiale.

En 2012, les pays de la Région ont été répartis en trois groupes en fonction des résultats sanitaires dans la population, des performances du système de santé et du niveau des dépenses de santé. Les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle dans les pays ont été évalués à partir des trois dimensions, et ce pour les trois groupes. Le Dr Siddiqi a fait remarquer que plusieurs défis et opportunités pouvaient influencer la progression vers la couverture sanitaire universelle dans la Région. Les grands défis sont les suivants : la nécessité d'un engagement soutenu, d'une vision claire et d'une feuille de route bien tracée pour la couverture sanitaire universelle ; le manque de dispositifs de protection contre les risques financiers pour une part importante de la population ; la fourniture insuffisante des services de santé nécessaires ; et la faiblesse des systèmes d'informations sanitaires, qui ne sont pas préparés à suivre l'évolution de la couverture sanitaire universelle. Pour

accélérer les progrès, il faut saisir les opportunités en profitant notamment du mouvement mondial de soutien à la couverture sanitaire universelle et de la forte détermination des partenaires du développement, de l'engagement croissant des responsables nationaux de l'élaboration des politiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et de la disponibilité accrue – et sans précédent – de stratégies largement testées ainsi que d'instruments robustes pour promouvoir la couverture sanitaire universelle.

Le Dr Siddiqi a conclu son propos en affirmant qu'un ensemble de stratégies et une feuille de route prévoyant des actions sont proposées à l'intention des États Membres, de l'OMS et des partenaires afin d'accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle. Les principes d'équité et de justice sont au cœur de cette approche. L'objectif est d'aider les pays à préparer des feuilles de route nationales qui concordent avec leurs priorités et leur niveau de progrès. Les stratégies visent à élaborer une vision et une stratégie pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ; constituer un groupe spécial multisectoriel national pour guider les travaux ; plaider pour un engagement et mettre à jour la législation ; renforcer l'unité chargée de la coordination de la couverture sanitaire universelle au sein du ministère de la Santé ; produire des données factuelles à l'échelon local et partager les données d'expérience internationales ; suivre les progrès ; et mettre sur pied un groupe spécial régional de partenaires du développement avec les États Membres.

Selon le Dr Marie-Paule Kieny, Sous-Directeur général pour les systèmes de santé et l'innovation, la recherche est importante pour atteindre la couverture sanitaire universelle et orienter les responsables de l'élaboration des politiques dans la mise en place de systèmes et de services en vue de la couverture universelle. Actuellement, une grande partie de la recherche est axée sur les nouvelles technologies plutôt que sur l'amélioration de l'utilisation des connaissances existantes. Il faut mettre l'accent sur la recherche opérationnelle qui vise l'application pratique des connaissances actuelles. Des solutions locales doivent être trouvées. Outre la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques, il faut également renforcer les capacités des pays dans le domaine de la recherche, et mettre au point des codes de bonnes pratiques en la matière ainsi que des réseaux pour la recherche à l'échelle mondiale et nationale.

Discussions

Le Représentant du Yémen a déclaré que des stratégies et des initiatives contradictoires étaient source de confusion et qu'il était nécessaire de coopérer de manière plus approfondie en concevant un programme unique d'action en collaboration avec le Bureau régional et les donateurs. L'extension des services de santé à un plus grand nombre de personnes requiert une définition plus précise de la couverture sanitaire universelle et une meilleure prise en compte des contextes nationaux. Cette définition pourrait être revue pour les pays à revenu faible qui ne peuvent financer l'extension des services. La mise en œuvre de la coopération multisectorielle constitue l'un des plus grands défis à relever.

Le Représentant de la Somalie a affirmé que son pays mettait en œuvre un programme commun pour la santé et la nutrition dans neuf zones des dix-huit régions du pays. Celui-ci vise à fournir un panier essentiel de services de santé afin que la population bénéficie d'une couverture et d'une prise en charge pour toutes les interventions possibles en matière de santé, y compris pour les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, le Programme élargi de vaccination, le traitement des maladies courantes, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire des aliments, l'assainissement, la préparation aux situations d'urgence et le renforcement des systèmes de santé. À l'heure où la Somalie connaît des difficultés pour atteindre la couverture sanitaire universelle, comme par exemple la mauvaise organisation du système de santé, la part élevée des paiements directs pour la santé, l'insuffisance du budget public, ou en ce qui concerne la qualité des services, les personnels et les infrastructures de santé, il existe des opportunités pour élaborer une

stratégie et des plans d'action en matière de santé, mettre en œuvre un panier essentiel de services de santé, renforcer le soutien communautaire ainsi que l'engagement politique, et réduire l'intensité des conflits.

Le Représentant de Djibouti a mentionné un important projet de loi sur l'assurance-maladie qui devait être approuvé par le Parlement. Il a évoqué la possibilité que Djibouti organise un forum afin de discuter de la couverture sanitaire universelle et des disparités entre les trois groupes de pays de la Région. Il a affirmé qu'il était important que Djibouti tire profit des données d'expérience des autres pays quant à la voie à suivre pour élargir la couverture sanitaire à un nombre croissant d'immigrants, qui représentent actuellement 100 000 personnes dans le pays, et financer les dépenses de santé publiques en hausse.

Le Représentant de l'Afghanistan a fait remarquer qu'en dépit des progrès remarquables réalisés par le pays au cours de la dernière décennie en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile avec l'appui de la communauté internationale, le taux de mortalité maternelle demeurait l'un des plus élevés au monde. Plus de 60 % de la population a accès à un ensemble de services de santé de base mais les 40 % restants sont privés des services de santé essentiels en raison de la pauvreté, de la faiblesse des infrastructures, de l'isolement, de l'insécurité et du manque de personnel médical féminin. Environ 4 % du budget public est alloué à la santé, et le pays est tributaire du financement des donateurs pour combler le déficit. Selon les derniers comptes nationaux de la santé en date, les frais restant à la charge du patient représentent 73 % des dépenses de santé. Le Représentant a appelé l'attention sur le fait que l'Afghanistan se trouve dans une phase de transition, le retrait des forces de sécurité internationales étant prévu en 2014, ce qui aura également des répercussions économiques pour le pays. L'engagement de l'Afghanistan en faveur de la couverture sanitaire universelle transparaît dans sa politique nationale de santé pour la période 2012-2020. Le Gouvernement a aussi élaboré une politique de financement de la santé visant à parvenir à la pérennité et à améliorer la qualité des services et leur accessibilité. Cet objectif devrait être atteint par l'instauration de la mutualisation des risques, d'une taxation à objet désigné, des taxes sur l'alcool et le tabac et du partage des coûts.

Le Représentant de la Palestine a indiqué que les coûts constituaient l'obstacle principal à la réalisation de la couverture sanitaire universelle en Palestine, outre les entraves physiques à l'accès qui sont dues à la situation politique. Il a ajouté que 80 % des problèmes de santé dans le territoire étaient associés aux maladies non transmissibles. Il a insisté sur la nécessité de réduire le nombre de programmes de santé verticaux consacrés aux maladies telles que le cancer. Il a déclaré qu'une loi sur l'assurance-maladie était nécessaire et a cité l'exemple de l'Égypte ainsi que les mesures prises par le Gouvernement égyptien pour faire face au problème de l'hépatite virale dans le pays. Il a mentionné les obstacles à la réalisation de la couverture universelle que posent le nombre d'immigrants et les populations des camps de réfugiés, et a déclaré qu'il fallait garantir la couverture dans les situations d'urgence, que les personnes concernées soient affiliées à l'assurance-maladie ou non.

Le Représentant de l'Égypte a souligné sept points essentiels en vue de l'amélioration de la couverture universelle. Il s'agit notamment d'assurer le continuum de soins aux trois niveaux du système de soins de santé – primaire, secondaire et tertiaire ; de se concentrer sur le développement et la fidélisation des ressources humaines ; d'assurer la surveillance et l'évaluation du processus d'extension de la couverture ainsi que la supervision positive pour des soins de qualité ; de maximiser le rôle du secteur privé et de la société civile ; de fournir une protection financière aux pauvres et aux groupes vulnérables ; de mettre en place des programmes de sensibilisation efficaces pour les populations des établissements humains se trouvant dans des zones difficiles d'accès ; et enfin de veiller aux efforts intégrés des donateurs et des partenaires de développement.

Son Excellence le Ministre de la Santé d'Oman a déclaré que la couverture sanitaire universelle ne pourrait être réalisée que par la fidélisation de personnels de santé compétents et qualifiés dont on a besoin pour la mise en œuvre des plans de développement et par l'adoption de programmes

de médecine familiale efficaces prenant en compte l'importance des médecins de famille pour ce qui est de la prestation de soins de santé primaires. Il a souligné la nécessité d'augmenter la proportion des dépenses de santé par rapport au total des dépenses nationales afin de satisfaire aux exigences régionales et de réaliser la couverture sanitaire universelle en englobant les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle, à savoir les coûts directs (proportion des coûts couverts), les services (quels sont les services couverts ?) et la population (qui est couvert ?).

Le Représentant de l'Iraq a déclaré que son pays avait adopté une approche des soins de santé primaires reposant sur la médecine familiale en tant que démarche fondée sur des bases factuelles pour garantir la couverture sanitaire universelle à sa population. Il a ajouté que la modernisation des politiques nationales de santé était une condition préalable à la réalisation de cet objectif. Par cette approche, les programmes de santé dans les zones de desserte sont plus clairement définis et il est plus facile de réaliser une collaboration intersectorielle efficace. Toute décision sur la nécessité de créer des maisons de santé et de mettre en place des équipes mobiles pourra être prise au niveau local. L'intégration des services de santé locaux publics et privés permettra également de réduire les niveaux catastrophiques de paiements directs. Il est également important d'instaurer la confiance dans les services de soins de santé primaires au niveau local en tant que condition préalable pour veiller à ce que les bénéficiaires des soins de santé en soient satisfaits.

Le Représentant du Liban a déclaré que son pays avait commencé le processus en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle par le biais de la mise en œuvre d'un plan complet. Le plan libanais est fondé sur les concepts suivants : personne ne devrait se voir refuser l'accès aux services de santé sur la base de sa situation sociale ou financière ; la couverture sanitaire universelle doit englober tous les types de services ; les infrastructures des services de santé y compris les hôpitaux, les pharmacies et les établissements de santé, doivent être développés dans le secteur privé ou public. Il a souligné l'importance des personnels de santé dans tous les domaines ainsi que la nécessité de disposer de ressources financières adéquates. Il a également mentionné l'importance de la recherche et de la fourniture de données issues des systèmes d'orientation-recours qui ne seront efficaces que si elles sont fondées sur une couverture géographique complète des services de santé.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a affirmé que la réalisation de la couverture sanitaire universelle devait devenir la priorité principale des responsables de l'élaboration des politiques et figurer en première place dans le programme de développement des États Membres à une période où de nombreuses personnes ont de graves difficultés financières en raison des coûts de plus en plus élevés des soins de santé. Il a souligné le rôle primordial d'un dialogue participatif sur les politiques pour ce qui est de la mise en place de systèmes de financement de la santé efficaces et équitables en vue de la couverture sanitaire universelle. Il a indiqué que l'OMS et les partenaires de développement devaient aider les pays à évaluer leurs situations actuelles, à s'attaquer aux entraves à la couverture universelle et à élaborer des politiques et des stratégies de financement de la santé. Il a énuméré les composantes essentielles pour la réalisation de la couverture universelle, comprenant : la mise en place de dispositifs d'assurance-maladie fondés sur des données scientifiques ; l'identification des groupes vulnérables ; l'expansion des systèmes d'orientation-recours des zones rurales vers les zones urbaines ; l'établissement de normes pour les soins de santé ; l'utilisation de l'évaluation des technologies de la santé et des analyses ayant un bon rapport coût-efficacité ; la mise en place de systèmes de protection financière dans les systèmes de soins de santé et les modèles de partage des coûts. Il a mentionné la nécessité d'accorder la priorité aux niveaux élevés du gouvernement afin qu'ils réalisent l'expansion qualitative et quantitative de la couverture universelle en réduisant la part des populations dans la contribution aux coûts des soins de santé et en réformant les structures de financement et la gestion des ressources.

Un autre membre de la délégation de la République islamique d'Iran a évoqué la nécessité de définir la couverture et a fait référence aux progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle en tant que processus dynamique qui diffère dans les trois groupes de pays identifiés. Il a affirmé que cela dépendait aussi des demandes de la communauté. Il a mis en évidence l'importance du rôle de la

communauté ainsi que de celui des agents de santé. Il a proposé la formation d'un comité composé de diverses parties prenantes pour définir la couverture sanitaire universelle. Il a souligné l'importance de la recherche pour identifier les besoins de la communauté en termes de couverture ainsi que pour modifier les attitudes des chercheurs grâce à la recherche participative à base communautaire.

La Représentante de Bahreïn a déclaré que son pays, comme les autres États Membres, était confronté à plusieurs obstacles qui s'opposent au maintien de services de santé de même qualité et efficacité. Elle a expliqué qu'en dépit du fait que tous les Bahreïnais jouissent d'une bonne couverture sanitaire, le pays faisait face à de grandes difficultés eu égard à la hausse des coûts des soins de santé. Elle a par ailleurs fait référence à la création du Conseil suprême de la Santé qui est chargé de la mise en place d'un système pour le financement de la couverture sanitaire universelle. Elle a ajouté que Bahreïn avait accueilli un séminaire-atelier sur la couverture sanitaire, qui a débattu des meilleures méthodes pour garantir cette couverture universelle. Bahreïn coopère actuellement avec le Bureau régional pour parachever les comptes nationaux de la santé.

Le Représentant de Jordanie a déclaré que son pays avait adopté plusieurs mesures pour réaliser des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Il a affirmé que, outre les groupes couverts par l'assurance médicale obligatoire, tels les fonctionnaires et les militaires, d'autres entreprises fournissaient également une assurance maladie à leurs employés. En outre, les enfants de moins de cinq ans, les personnes à faible revenu et les groupes vulnérables bénéficient d'une couverture complète connue sous le nom de réseau de sécurité pour la santé. Il a ajouté que les personnes âgées et les femmes enceintes recevaient des services de santé à très bas coût. Les personnes ne disposant pas d'une couverture médicale peuvent demander une prise en charge des coûts du traitement et il existe un système d'assurance pour les maladies infectieuses et transmissibles qui sont notifiées de manière obligatoire.

Le Représentant du Maroc a déclaré que son pays avait commencé à mettre en œuvre un large programme de réforme en 2002 afin de réaliser la couverture sanitaire universelle. En 2005, le pays a entamé la mise en œuvre d'une législation sur la couverture sanitaire universelle de base afin de fournir des services de santé à tous sans que cela n'entraîne de paiements directs catastrophiques. Il a mentionné que le Gouvernement marocain avait mis en place un plan pour affecter suffisamment de ressources afin de réduire la charge des dépenses de santé sur les individus en augmentant le financement de la santé de plus de 50 % de 2008 à 2013. Cela vient s'ajouter à la promotion des flux de financement direct à partir du système d'assurance médicale obligatoire. Il a ajouté qu'un fonds a été mis en place et qu'il dépend d'un impôt de solidarité sur les entreprises dont les bénéfices dépassent un certain seuil. Il a affirmé qu'en dépit de tous ces efforts, le financement n'était toujours pas suffisant pour répondre aux besoins des populations en services de santé. Il a expliqué que le Gouvernement examinait les priorités du budget national. Il a déclaré que la réussite du Maroc dans la réduction des dépenses directes de santé, résidait dans la stratégie 2012-2016 dont l'objectif était de réduire les dépenses de 53 % à 25 %. Cela peut être dû à plusieurs méthodes, y compris le renforcement du système de santé et les partenariats entre les secteurs privé et public.

La Représentante du Koweït a déclaré que son pays a fait des progrès en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle en garantissant une répartition équitable des services de santé entre toutes les zones géographiques du pays et en renforçant l'infrastructure des soins de santé primaires. Elle a cité les 95 établissements de santé au Koweït qui fournissent des services curatifs, thérapeutiques et préventifs, en plus d'effectuer des visites à domicile pour les personnes âgées. Elle a déclaré que chaque établissement de santé couvrait jusqu'à 45 000 personnes, mais qu'en 2017, ce chiffre diminuerait pour atteindre 25 000. Le Koweït a développé des indicateurs efficaces et mené des activités de surveillance et d'évaluation afin d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle dans les différents gouvernorats. Elle a souligné la nécessité de former un plus grand nombre de médecins généralistes et de médecins de famille.

Le Représentant de la Tunisie a déclaré que la réalisation de la couverture sanitaire universelle nécessitait de promouvoir la recherche dans le domaine de l'économie de la santé, en particulier pour évaluer la charge économique des maladies non transmissibles. Il a mentionné le besoin d'effectuer davantage d'études sur l'interface et la coordination des services entre les trois niveaux du système de soins de santé afin de veiller à l'utilisation optimale des ressources. Il est également important de renforcer les systèmes d'assurance qualité en matière de prestation de soins de santé et de dispenser des formations en vue de la supervision et de l'évaluation continue.

Le Représentant du Soudan a souligné l'importance de la couverture sanitaire universelle et a déclaré que de nombreuses mesures avaient été prises pour élaborer une politique qui sera ratifiée d'ici 2016. Il a affirmé que le Soudan se trouvait dans la dernière phase de l'étude sur la comptabilité analytique. Il a aussi mis en évidence l'importance de la fourniture équitable de services car ils sont actuellement concentrés dans les zones urbaines et l'accès est limité dans les zones rurales.

Le Représentant de la Libye a souligné l'importance de la fourniture de services de santé universels gratuits à toutes les populations. Il a ajouté que ceci ne pouvait pas être réalisé étant donné le coût élevé des services et le développement du secteur privé comme prestataire de service forçant les particuliers à s'acquitter de dépenses directes pour les frais de santé. Il a appelé l'OMS à préparer une liste de services de santé essentiels pour permettre aux pays de tendre vers la couverture sanitaire universelle et d'identifier des domaines de recherche.

Le Représentant du Conseil des Ministres de la Santé du Conseil de Coopération du Golfe a encouragé tous les pays à examiner de près le document sur la couverture sanitaire universelle et à participer à la conférence de Dubaï qui aura lieu prochainement. Trois groupes d'âge nécessitent une attention en ce qui concerne la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Ces groupes sont les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et les personnes âgées. Il y a plus de 85 000 personnes âgées en Arabie saoudite et ceci pousse le Ministère de la Santé de ce pays à élaborer un programme de soins pour ce groupe de population. La recherche est cruciale pour identifier les domaines et les groupes négligés ; une mise en réseau améliorée et le partage des expériences permettraient de contribuer à l'identification de ces lacunes.

La Représentante de l'Association internationale des femmes médecins a déclaré que la couverture sanitaire universelle devait être intégrée aux politiques de santé afin de garantir des soins équitables, non seulement au niveau des soins de santé primaires mais à tous les niveaux. Elle a notamment fait état de la nécessité d'améliorer la médecine familiale, de mener une recherche sur les systèmes de santé, d'augmenter le financement de la santé afin de réduire les paiements directs du patient ainsi que de renforcer la gouvernance de la santé.

Le Représentant de l'Alliance GAVI a rappelé aux participants que l'Alliance a été créée pour remédier aux disparités existantes dans l'accès à la vaccination entre les pays à revenu faible et ceux à revenu élevé, et que cet écart commence à être comblé. L'introduction des vaccins contre l'hépatite B et *Haemophilus influenza* B dans les programmes de vaccination nationaux de tous les pays à revenu faible à l'exception d'un à l'horizon 2012 a sauvé beaucoup de vies. L'alliance GAVI axe son action sur la vaccination en vue de prévenir les maladies évitables par la vaccination. L'introduction de vaccins efficaces permettra de soutenir une couverture vaccinale équitable mais requiert des systèmes de santé solides. Les mesures visant à garantir la couverture sanitaire universelle doivent comprendre l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, incluant la promotion et la prévention, et non pas seulement la médecine curative et les soins de réadaptation. Depuis l'an 2000, GAVI a octroyé plus de 1,1 milliard de dollars US à la Région de la Méditerranée orientale et 191 millions de dollars US ont d'ores et déjà été distribués aux pays pour la vaccination et le renforcement des systèmes de santé.

Le Représentant de l'Alliance internationale des organisations de patients a déclaré que l'extension de la couverture sanitaire universelle donnait l'occasion de garantir la santé pour tous, de s'attaquer à la pauvreté et d'encourager le développement durable. L'Alliance préconise des stratégies et des actions

visant à souligner l'importance d'un engagement résolu de la société civile et en particulier la participation des organisations de patients à la mise en œuvre de la feuille de route. Il a également invité l'OMS à définir plus clairement la couverture sanitaire universelle et à intensifier l'appui aux États Membres en vue de sa mise en œuvre. Le Représentant a affirmé, en outre, que la définition de la couverture sanitaire universelle devait faire référence aux soins de santé centrés sur le patient et reconnaître les principes essentiels de respect du patient, de libre choix et d'autonomisation, de la participation du patient à la politique de santé, de l'accès à des services appropriés de qualité et garantissant la sécurité ainsi qu'aux traitements, et de l'appui fourni pour couvrir les besoins et assurer l'information du patient. C'est seulement selon cette approche que les objectifs d'une couverture sanitaire universelle pourront être réalisés.

Le Représentant de la Fédération internationale des Associations d'étudiants en médecine a déclaré que la Fédération reconnaissait l'importance du renforcement de tous les éléments des systèmes de santé en vue de réaliser la couverture sanitaire universelle, comme défini dans le douzième programme général de travail. Il a invité instamment les États Membres à prendre des mesures pour les étapes suivantes, dont ils devront être redevables, suivant les sept priorités fixées dans le document présenté lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Il a indiqué que des systèmes de recherche en santé solides sont nécessaires pour définir les priorités les plus urgentes et a affirmé la nécessité de mettre en place des mécanismes de partage d'expériences entre les pays en vue de réaliser la couverture sanitaire universelle et soutenir la coopération dans ce domaine. Enfin, il a rappelé de nouveau la nécessité d'avoir des approches quantifiables, limitées dans le temps et complètes pour promouvoir la couverture sanitaire universelle et l'accès aux soins.

La Représentante de l'Organisation mondiale des médecins de famille a souligné le rôle joué par la médecine de famille dans la réalisation de la couverture sanitaire universelle, ainsi que la couverture par les services de base. Elle a fait remarquer l'importance du médecin de famille dans la prestation des soins de santé primaires et a souligné la nécessité de soutenir les programmes de médecine de famille et de faire porter l'attention sur les services du système des soins de santé primaires pour fournir un panier de services de santé complet.

5. Questions techniques

5.1 Poliomyélite

Point 3 de l'ordre du jour, Document EM/RC60/11, Résolution EM/RC60/R.3

Le Dr Bruce Aylward, Sous-Directeur général pour la poliomyélite et les situations d'urgence, a donné un aperçu de la détérioration de la situation d'urgence concernant la poliomyélite dans la Région. Il a fait remarquer que, après les progrès considérables réalisés entre 1988 et 1999, dont l'éradication du poliovirus de type 2, les progrès ont stagné à un niveau faible tandis que des cas persistaient dans un certain nombre de pays. Avec l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent en 2009, les progrès ont connu une nouvelle accélération : la circulation du poliovirus de type 3 a été interrompue dans la Région et le nombre de nouveaux cas a fortement chuté. En 2012, le nombre de nouveaux cas et de pays infectés dans la Région a atteint son plus bas niveau historique. Cependant, comme la poliomyélite continue à se propager à l'échelle internationale, en particulier entre les pays de la Région de la Méditerranée orientale et à partir de pays dans d'autres régions, la Région cumule 75 % de l'ensemble des cas en 2013. Le principal obstacle à l'achèvement de l'éradication dans la Région reste la transmission endémique qui persiste au Pakistan, ainsi que les intimidations et les attaques visant les agents de santé dans ce pays. La flambée épidémique survenue en Somalie en 2013 semble avoir atteint son pic en juillet et connaît maintenant un déclin, après que le gouvernement a pris des mesures fortes pour mener des campagnes de vaccination rapides et massives par le vaccin antipoliomyélitique oral. Toutefois, plus d'un demi-million d'enfants n'ont pas pu être atteints pour la vaccination dans les districts du sud et du centre du pays. La semaine dernière, un groupe de cas suspects est apparu en République arabe syrienne ; aujourd'hui, ils ont été confirmés comme étant dus au poliovirus sauvage, probablement originaire du Pakistan. Les pays voisins font face à un risque d'importation très élevé. Le programme a également abordé les difficultés de financement pour la phase finale 2013-2018, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013. Le Dr Aylward a prié les États Membres de prendre les mesures suivantes : améliorer la surveillance ; permettre l'accès à tous les enfants là où ce n'est pas le cas (en particulier au Pakistan, dans l'est de l'Afghanistan et au sud/centre de la Somalie) ; synchroniser les campagnes de vaccination ; vacciner les voyageurs qui arrivent dans les zones infectées ou en repartent ; administrer une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre des programmes de vaccination systématique ; faire participer les institutions islamiques et les chefs religieux pour s'assurer que tous les parents puissent faire vacciner leurs enfants ; et se soutenir les uns les autres sur le plan financier et technique.

Discussions

Son Excellence le Ministre de la Santé publique et de la Population du Yémen a déclaré que l'éradication de la poliomyélite représente le problème le plus critique de ces dix dernières années, en particulier après la réémergence du poliovirus sauvage en Somalie, au Soudan du Sud et dans certains pays de la Corne de l'Afrique, en raison de la détérioration de la situation sécuritaire, de l'instabilité ainsi que des crises qui ont touché de nombreux pays de la Région, et du fait des lacunes toujours plus importantes sur le plan de la vaccination. Il a indiqué que si des mesures urgentes et essentielles n'étaient pas prises, le problème s'aggraverait et que les rares ressources disponibles aux niveaux régional et international ont eu une incidence sur la prise de décision. Il a attiré l'attention sur le fait que les mesures adoptées par les pays pour lutter contre cette maladie ne sont pas mises en adéquation. Il a proposé la mise en place d'un comité de haut niveau composé de responsables de la santé dans les États Membres et d'autres parties prenantes concernées pour surveiller la situation et prendre des décisions proactives. Une équipe technique spécialisée viendra compléter ce comité. Il a déclaré que les ressources nécessaires doivent être mobilisées aux niveaux local, régional et international. Il a souligné la nécessité d'harmoniser et de mettre en adéquation les mesures afin de répondre à cette maladie, notamment des campagnes de vaccination et le renforcement de la

surveillance. Il a insisté sur le fait que, malgré le nombre croissant de personnes déplacées provenant de la Corne de l'Afrique et de la République arabe syrienne, le Yémen est libéré de la maladie. De plus, il a pris acte du soutien fourni par l'OMS à cet égard. Il a invité à la poursuite des réalisations afin que le Yémen et d'autres pays demeurent libérés de la maladie.

Son Excellence Madame le Ministre de la Santé de Somalie a rappelé que la transmission du poliovirus sauvage autochtone en Somalie a été stoppée en 2000. Les flambées épidémiques survenues en 2005-2007 et en 2013 ont été causées par une importation face à laquelle la Somalie présentait une sensibilité. S'agissant de la flambée épidémique actuelle, toutes les recommandations de l'OMS ont été ou sont en train d'être mises en œuvre. Par le biais de huit campagnes, 3,5 millions de personnes ont été ciblées, avec de bons résultats pour ce qui concerne la diminution progressive du nombre de cas, mais près de 600 000 enfants restent inaccessibles du fait de l'insécurité qui règne dans certaines zones. S.E. Madame le Ministre a fait remarquer que la flambée épidémique en Somalie a eu des conséquences à l'échelle régionale et mondiale, et qu'il a fallu maintenir la solidarité mondiale pour faire face à la situation. Les pays tels que la Somalie resteront exposés à un risque d'importation élevé tant que l'éradication ne sera pas complète. La coopération régionale et infrarégionale entre les pays est hautement nécessaire pour le partage des informations et la synchronisation des campagnes. Elle a réclamé un soutien prolongé pour la Somalie afin de maintenir les activités de riposte aux flambées épidémiques et d'améliorer la couverture par la vaccination systématique.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Djibouti a fait remarquer qu'en ce qui concerne la poliomyélite dans son pays, le problème majeur est le nombre de migrants qui arrivent ou transitent par le pays. Pour répondre à ce problème, un accord a été conclu avec le Yémen en vue de mettre en place un mécanisme de coopération régionale qui, indubitablement, exigera un soutien.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a souligné le fait que la poliomyélite constitue désormais une urgence et que les flambées épidémiques dans la Région ont été un coup de semonce pour l'ensemble des pays. Il a mis en garde les pays, qui auront tous de graves problèmes les mesures n'étaient pas prise collectivement. L'engagement mondial et régional est indispensable, et son pays se tient prêt à aider de quelque manière que ce soit.

Le Représentant de l'Afghanistan a déclaré que son pays était sur le point d'atteindre l'éradication – le nombre de cas de poliomyélite confirmés signalés jusqu'alors en 2013 a diminué de 80 % par rapport à 2012. Il est important de saisir une telle occasion en intensifiant les campagnes de vaccination et la vaccination systématique. On estime que plus de 90 % de la population vit dans une zone où rien n'indique la circulation de poliovirus. Des Journées de vaccination nationales et infranationales ont eu lieu dans les régions du sud et de l'est du pays, et le programme d'éradication a conservé sa neutralité vis-à-vis de toutes les diverses parties prenantes. Selon le Représentant, les risques qui mettent en péril le programme sont les mouvements de population transfrontaliers avec le Pakistan, les poches de faible couverture vaccinale dans la région sud, les conditions d'insécurité en raison desquelles le nombre d'enfants inaccessibles a augmenté dans les deux provinces de l'est, ainsi que l'incertitude planant sur la phase de transition et les prochaines élections, qui explique l'aggravation du déficit de financement pour 2014-2018. Des mesures ont été mises en place pour améliorer la supervision et la gestion du programme au niveau des districts, et d'autres améliorations du programme sont prévues.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Bahreïn a remercié le Directeur régional ainsi que le groupe de travail pour l'éradication de la poliomyélite et a salué la réactivité de la session du Comité régional pour avoir permis que ce très important problème de santé soit mis à l'ordre du jour. Il a indiqué que Bahreïn avait pris des mesures pionnières pour lutter contre les maladies infectieuses évitables par la vaccination et que son pays est libéré de la maladie depuis 1994 grâce, entre autres, à une surveillance épidémiologique rigoureuse et à une évaluation permanente. Il a mentionné la réunion d'urgence du comité national de certification pour discuter des mesures à prendre en réponse à la demande du

Directeur régional concernant la situation en République arabe syrienne. Il a affirmé que Bahreïn était prêt à mettre en œuvre les recommandations de l'OMS et à assurer la coordination avec le Bureau régional à cet égard, car la coordination et la consultation sont essentielles.

Son Excellence le Ministre de la Santé d'Iraq a fait état de la situation de la poliomyélite en Iraq et a indiqué que 28 cas avaient été signalés en 2000. Il a souligné que l'Iraq s'est engagé à mettre en œuvre la vaccination systématique ainsi que des campagnes de vaccination supplémentaires dont ont bénéficié les Iraquiens et les expatriés. On a procédé à la vaccination de 217 000 réfugiés dans les camps. S.E. le Ministre a indiqué qu'une importante campagne de sensibilisation avait été lancée le 27 octobre 2013. Il a proposé que les pays soient organisés en groupes en fonction de leur vulnérabilité, de leurs facteurs de risque et de leur proximité aux zones infectées. Il a recommandé l'élaboration de nouveaux plans ou la mise à jour des plans existants au regard des exigences de la situation actuelle. Il a mis en évidence la recherche et les aspects scientifiques relatifs au typage des souches de poliovirus et à l'identification des symptômes associés. Il a proposé la création d'un comité ad hoc au Comité régional pour surveiller la situation et fournir les moyens logistiques nécessaires à son fonctionnement. Il a déclaré que les conditions dans les camps de réfugiés devaient être ajustées autant que possible afin qu'une stratégie unique d'éradication de la poliomyélite puisse être mise en œuvre rapidement dans l'ensemble de la Région.

Son Excellence le Ministre de la Santé de la République arabe syrienne a affirmé qu'il était convaincu que les meilleures solutions seraient trouvées pour les problèmes urgents que la Région est en train de connaître dans ces conditions très critiques, afin de maintenir la sécurité sanitaire régionale et mondiale. Il a indiqué que le dialogue sanitaire était une responsabilité partagée des pays et des organisations internationales, et principalement de l'OMS. Il a rappelé qu'en matière de santé, la République arabe syrienne avait été parmi les pays précurseurs de la Région mais que beaucoup d'hôpitaux, de centres de santé, de cliniques, de sociétés pharmaceutiques sont à présent détruits. Actuellement, la République arabe syrienne souffre d'une pénurie de ressources humaines, notamment de docteurs, d'infirmiers et de personnels paramédicaux. Il a demandé instamment à l'OMS de prendre les initiatives régionales appropriées et de fournir l'appui nécessaire pour mener des campagnes de vaccination synchronisées dans les pays voisins et dans d'autres pays. Il a déclaré que le programme national de vaccination avait été lancé en 1978 et que la couverture par la vaccination était d'au moins 95 %. De nouveaux vaccins ont été introduits et 11 vaccins sont désormais administrés pour prévenir 11 maladies. Il a fait remarquer que 16 cas suspectés de poliomyélite ont été détectés dans le gouvernorat de Deir al Zur, dont neuf ont été confirmés jusqu'à présent. Il a également indiqué qu'un comité central d'urgence a été mis en place au ministère de la Santé. Une campagne massive de vaccination a été menée le 24 octobre et a ciblé tous les enfants âgés de moins de cinq ans.

Le Représentant du Pakistan a déclaré qu'au cours de l'année écoulée, son pays avait franchi d'importantes étapes en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite. Un plan d'action d'urgence national a été lancé et des progrès considérables ont été effectués pour ce qui est d'améliorer la responsabilisation, la gestion et la supervision à chaque échelon. Entre 2011 et 2012, le nombre de cas a diminué de plus de 70 % et, jusqu'ici, seuls 53 cas ont été signalés en 2013, principalement dans les zones touchées par l'insécurité. Des stratégies spéciales sont mises en œuvre dans ces zones pour vacciner les enfants qui ne le sont pas encore, et le gouvernement collabore avec les communautés concernées afin qu'elles prennent part aux campagnes de vaccination. Les besoins en matière de financement (300 millions de dollars US pour la période 2013-2014) ont été couverts à la fois par des ressources internes et externes, et le Représentant du Pakistan a exprimé sa gratitude pour le soutien fourni par l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis. La campagne de vaccination a rencontré un certain nombre de difficultés. Parmi celles-ci, on peut citer l'insécurité qui règne dans certaines zones – vingt-deux agents de vaccination antipoliomyélique et agents de sécurité ont été tués depuis la mi-2012 – et le manque de compréhension et d'information, responsable d'une interdiction locale de la vaccination dans le Waziristan du Nord et du Sud. Les inondations de 2012 et l'affaiblissement du programme de vaccination systématique ces dix dernières années sont des

facteurs qui ont aussi contribué aux difficultés. Malgré tout, le Représentant a assuré le Comité du plein engagement, tant politique que financier, du gouvernement en vue de l'éradication de la poliomyélite. Le soutien et les conseils prodigués lors du Forum islamique se sont révélés extrêmement utiles et, à cet égard, il a exprimé l'espoir que l'Arabie saoudite serait à nouveau en mesure d'apporter son aide. Du fait de leur portée mondiale et régionale, certains facteurs ne sont pas du ressort des autorités nationales et il faut donc que les pays s'y attaquent tous ensemble.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Tunisie a réaffirmé la détermination de son pays à maintenir les acquis du programme national de vaccination, à éradiquer la poliomyélite et à renforcer la qualité des services fournis par le programme. Il a ajouté qu'un comité technique d'experts avait conseillé le programme national sur ses options concernant les politiques en matière de vaccination. La priorité fondamentale du ministère de la Santé est de renforcer la surveillance épidémiologique par le biais d'un réseau de laboratoires compétents, qui identifieront les types de poliovirus. S.E. le Ministre a fait observer que les enfants n'ayant pas reçu la première dose du vaccin antipoliomyélitique oral seraient vaccinés contre cette maladie à l'aide d'une injection, ce qui est très coûteux. Il a mis en avant la formation continue des vaccinateurs et des agents de santé, et a appelé l'OMS à instaurer des mécanismes appropriés pour faciliter l'achat groupé de vaccins dès que possible. Il a souligné que la recherche de terrain était essentielle.

Son Excellence le Ministre de la Santé publique du Liban a rappelé la responsabilité partagée pour l'éradication de la poliomyélite, qui ne relève plus de la seule responsabilité des ministères de la Santé. Il a présenté l'expérience du Liban pour ce qui concerne le fait de faire participer, sous l'autorité du ministère de la Santé, un certain nombre de ministères concernés ainsi que la société civile. Face au nombre croissant de personnes déplacées, qui constitue un autre défi important pour le Liban, le soutien du Bureau régional et d'autres organisations est nécessaire. S.E. le Ministre a affirmé que le pays est responsable de ses citoyens, mais aussi des non-ressortissants. Dans ce contexte, 730 000 enfants libanais et étrangers ont été vaccinés. La couverture pour la première dose et les trois doses du vaccin antipoliomyélitique oral était respectivement de 98 % et de 96 %. Il a fait état d'une décision du ministère de la Santé, qui consiste à vacciner les enfants au niveau des points transfrontaliers et des points fixes désignés par le ministère, en plus de l'utilisation d'unités mobiles pour les camps et les rassemblements de personnes déplacées. Une campagne de vaccination massive, porte-à-porte, a été lancée et le plan pour sa mise en œuvre a été élaboré dans le cadre d'un partenariat complet avec l'OMS et l'UNICEF. S.E. le Ministre a appelé l'OMS à poursuivre son soutien et à mettre en place un centre opérationnel en vue d'une coordination continue. Il a ajouté que les pays devaient avoir le courage de déclarer les cas de poliomyélite dépistés ou suspects, et utiliser à meilleur escient les médias à des fins de plaidoyer.

Le Représentant du Koweït a déclaré que son pays avait atteint la cible de l'éradication de la poliomyélite en 1986 et a continué à mettre en œuvre l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ainsi que les recommandations de l'OMS par le biais du programme national de vaccination. Le taux de couverture atteint 98 %, et est même plus élevé que la cible fixée par l'OMS. Le Koweït a renforcé les capacités du laboratoire de santé publique au sein du ministère de la Santé qui est désormais accrédité comme laboratoire de référence de l'OMS pour la poliomyélite. Il fait remarquer que la surveillance de la paralysie flasque aigüe (PFA) était conforme aux protocoles de l'OMS. Le Koweït a participé aux campagnes et aux activités de plaidoyer de la Journée mondiale de la vaccination. Le Représentant a noté que les politiques et les programmes de vaccination devaient être continuellement mis en œuvre, les capacités du système de santé devaient être renforcées dans les domaines de la surveillance et du diagnostic précoce et des mesures de précaution adoptées conformément au Règlement sanitaire international. Il a ajouté que l'un des défis posés était de repérer les personnes venant de pays où la transmission du virus est connue ou suspectée ou des flambées épidémiques sont attendues. Il a invité les pays à faire un meilleur usage des technologies de l'information sanitaire à des fins de surveillance et de suivi, et à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international concernant la notification immédiate des événements de santé publique.

Le Représentant de l'Égypte s'est félicité de ce que la soixantième session ait fait figurer la question de la poliomyélite à son ordre du jour. L'OMS a déclaré l'Égypte exempte de poliomyélite en 2006 alors que le dernier cas avait été détecté en 2004. Il a affirmé que ces progrès étaient le résultat avant tout d'un ensemble de stratégies, de politiques et d'activités bien conçues qui ont été initiées en 2000, d'un engagement politique de haut niveau, de la participation communautaire, de campagnes médiatiques et d'une surveillance rigoureuse des cas de PFA. Il a fait remarquer qu'empêcher le retour du poliovirus était la principale priorité du ministère. Il a tout particulièrement mentionné les journées nationales de la vaccination et les campagnes porte-à-porte ainsi que les activités ciblant les régions rurales et reculées. Avec l'augmentation du nombre de Syriens se rendant en Égypte, il y a un risque accru de nouveaux cas de poliomyélite. Il a appelé l'OMS et l'UNICEF à soutenir une campagne de vaccination qui doit être lancée la dernière semaine de décembre 2013 et qui cible 12 millions d'enfants.

Le Représentant d'Oman a attribué le succès de l'éradication de la poliomyélite aux efforts concertés dans les trois principaux domaines suivants : le financement, la création de mécanismes adéquats et la coordination. En raison de l'apparition de poches de poliomyélite dans certains pays de la Région, les mécanismes existants doivent être réexaminés, en particulier l'augmentation des déplacements transfrontaliers. Il a mis en évidence la surveillance épidémiologique et la réévaluation des campagnes de vaccination, en plus des activités de vaccination systématique.

Le Représentant de la Palestine a souligné la performance du Gouvernement palestinien dans la lutte contre la poliomyélite. Il a déclaré qu'aucun cas n'avait été signalé en Palestine et qu'aucun virus n'a été isolé dans les zones sous contrôle de l'Autorité palestinienne. Au contraire, le virus a été isolé dans les zones contrôlées par Israël. La couverture pour tous les vaccins est de 100 %. Tous les enfants palestiniens ont reçu sept doses contre la poliomyélite (cinq doses de vaccin antipoliomyélitique oral et deux doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé). Il a fait remarquer que la surveillance des cas de PFA s'effectuait dans le respect de l'ensemble des normes sanitaires. Des échantillons d'eaux usées sont prélevés chaque mois pour vérifier qu'elles sont dépourvues de poliovirus. Le ministère de la Santé a administré une dose supplémentaire à Rafah et à Gaza, ainsi que deux doses chez environ 60 000 enfants âgés de moins de cinq ans. Le Ministère a décidé de mettre en place une campagne nationale le mois prochain et espère qu'elle sera synchronisée avec une autre campagne en Jordanie.

Son Excellence le Ministre de la Santé de la Lybie a affirmé que son pays, en collaboration avec des experts de l'OMS, avait déployé des efforts considérables pour éradiquer la poliomyélite et y était parvenu, ayant été déclaré exempt de poliomyélite par le comité de certification en 2002. Il a ajouté que la Lybie est engagée à maintenir son statut d'absence de poliomyélite. À cette fin, il faut renforcer le programme national de vaccination ; fournir des vaccins ; et mettre en place des campagnes de vaccination supplémentaires afin de combler les lacunes possibles résultant de l'arrivée illégale en Lybie de personnes en provenance de pays touchés. Il a invité l'OMS à accorder une haute priorité aux pays présentant un risque élevé et dans le même temps, à prêter attention aux pays libérés de la poliomyélite et à fournir à l'ensemble des pays le soutien technique nécessaire. Il a encouragé la création d'un réseau de surveillance et de suivi pour veiller à ce que la poliomyélite ne se propage pas dans d'autres pays.

Selon le Dr Aylward, la discussion a permis à la fois de réaffirmer les engagements des États Membres en faveur de l'éradication de la poliomyélite et de rappeler les risques qu'encourt la Région. Au cours des deux dernières heures, la présence du poliovirus sauvage de type 1 a été confirmée en République arabe syrienne, ce qui prouve que toute la Région est exposée au risque de poliomyélite épidémique. Ce risque est principalement dû à l'interruption de la vaccination dans un district d'un pays ; à cause d'une poignée de personnes, la Région a manqué l'occasion de devenir exempte de poliomyélite. L'OMS amplifiera son appui à la Région en renforçant l'équipe de soutien aux situations d'urgence, basée en Jordanie, et continuera à se coordonner dans les camps de réfugiés avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Le Dr Aylward a souligné le fait que les

États Membres auront désormais besoin de nouveaux plans d'action et qu'il faudra commencer par intensifier la surveillance et le dépistage du virus, car il est fort possible qu'il soit présent dans d'autres pays. Il a reconnu les progrès précieux accomplis en matière de plaidoyer auprès des institutions et des chefs religieux, qui seront d'une grande aide. Face au besoin de ressources supplémentaires, il a affirmé qu'il espérait que les États Membres de la Région apporteraient leur aide, et a pris acte, avec gratitude, des promesses de dons de l'Arabie saoudite, des Émirats arabes unis, d'Oman et de la Banque islamique de développement. Il a aussi insisté sur le fait qu'il faut gérer cette situation comme une situation d'urgence, à l'instar de ce qui a été fait pour le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. La priorité immédiate est la Syrie, où il faut mener une campagne de vaccination de qualité, pour laquelle le soutien de toutes les parties prenantes est requis. De telles campagnes seront indispensables dans les pays voisins pour protéger les populations qui y vivent. Il faut déployer de vigoureux efforts afin d'atteindre l'ensemble des districts du Pakistan et, si cela s'impose, d'empêcher les mouvements de sortie depuis ces districts. La meilleure chance, et peut-être la dernière, pour que la Région élimine la poliomyélite sera lors du premier semestre 2014, quand le virus sera le plus affaibli, pendant la saison de faible transmission. Il faudra sans doute organiser une réunion de consultation d'urgence avec les ministres, fin 2013, afin de veiller à ce que les plans pour la saison de faible transmission soient en place et que tous les enfants soient en passe d'être atteints pour la vaccination avant la fin de cette période.

Le Directeur régional a convenu du fait qu'il s'agit d'une situation d'urgence et que les États Membres ont déjà entériné ce point lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012. Elle doit donc être traitée en tant que telle. Il existe clairement un besoin de renforcer la coordination entre les pays, ainsi que peut-être d'un mécanisme de haut niveau, et de campagnes de vaccination synchronisées. Une réunion spéciale est organisée pour la journée suivante avec l'UNICEF et il exprime l'espoir que les grandes lignes d'un plan d'action d'urgence soient disponibles pour être partagées avec le Comité avant la clôture de la session. Les États Membres ont aussi mis en évidence la nécessité d'un soutien technique, et celui-ci sera fourni. En particulier, l'équipe d'appui pour les situations d'urgence, basées en Jordanie, verra ses effectifs renforcés pour faire face à la crise de la poliomyélite. En ce qui concerne les ressources financières, il a admis que les ressources disponibles ne suffisaient pas pour affronter la situation et que des ressources supplémentaires seraient mobilisées au sein de la Région. Il a accueilli avec gratitude la réponse du Représentant du Pakistan et a conseillé d'avoir une stratégie de négociation afin de protéger les campagnes de vaccination, et de recourir aux Imans de la Mecque et de Médine dont le soutien a été offert par les bons offices de l'Arabie saoudite. Il est important de parvenir à la levée de l'interdiction de la vaccination dans les zones concernées dans les six mois à venir.

5.2 Sauver les vies des mères et des enfants

Point 5 a) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/3, Résolution EM/RC60/R.6

Le Dr Haifa Madi, Directeur, Protection et promotion de la Santé a présenté le document technique intitulé Sauver les vies des mères et des enfants. Elle a déclaré que la mortalité maternelle et infantile demeure l'un des problèmes majeurs de santé publique de la Région de la Méditerranée orientale. Malgré les efforts considérables déployés par la Région au cours des 22 dernières années pour réduire le nombre de décès de mères et d'enfants, près de 899 000 enfants de moins de cinq ans et 39 000 femmes en âge de procréer continuent de mourir chaque année respectivement des suites de maladies de l'enfance courantes et de complications liées à la grossesse. Il est peu probable que la Région puisse atteindre les cibles fixées pour les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 d'ici 2015 à moins que des progrès intensifs et accélérés ne soient réalisés, en particulier dans les pays qui représentent une part importante des décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans.

Le Dr Madi a fait remarquer que le niveau élevé de la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans certains pays de la Région était dû à plusieurs facteurs principaux, à savoir : le manque d'engagement durable en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ; la faiblesse des dépenses de santé publiques, notamment en matière de programmes de santé maternelle et infanto-juvénile ; le peu de convergence entre les intérêts des autorités nationales et ceux des organismes donateurs ; les catastrophes et l'instabilité politique ; la mauvaise gestion des programmes de santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'utilisation inefficace de ressources humaines et financières déjà limitées. Dans la plupart des pays à forte charge de mortalité maternelle et infanto-juvénile, d'importantes disparités existent au sein des systèmes de santé notamment en ce qui concerne les populations défavorisées ou mal desservies. L'insuffisance des effectifs et leur répartition inéquitable, la formation inadaptée et la forte rotation des personnels de santé à tous les niveaux demeurent un défi majeur pour ces pays. Les autres défis importants qui se posent en matière de prestations de soins de santé maternelle et infanto-juvénile concernent le mauvais fonctionnement des systèmes d'orientation-recours et l'insuffisance ou la mauvaise qualité des soins d'urgence pour les mères et les enfants dans les hôpitaux de recours. La faible disponibilité des médicaments essentiels pour les soins de santé de la mère et de l'enfant représente également une question liée à la qualité des services. Les systèmes d'information sanitaire sont généralement déficients dans la plupart des pays. Par ailleurs, les évolutions survenues au fil du temps en matière de survie de la mère et de l'enfant sont le résultat des investissements réalisés, qui touchent à divers déterminants sociaux essentiels tels que l'éducation et l'autonomisation des femmes, la réduction de la pauvreté, les investissements dans les systèmes de santé et la bonne gouvernance. De toute évidence, ces investissements sont cruciaux dans le cadre des politiques du secteur social et du programme d'action des États Membres dans le domaine du développement humain.

Conscients de la nécessité d'intensifier les efforts des gouvernements, des partenaires et des donateurs afin de répondre aux besoins de la Région en matière de santé maternelle et infanto-juvénile, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, en collaboration avec les pays et d'autres partenaires, ont lancé conjointement une initiative régionale visant à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des OMD 4 et 5. Celle-ci, intitulée *Sauver les vies des mères et des enfants*, est axée sur les dix pays à forte charge de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Elle a été lancée lors d'une réunion de haut niveau à Dubaï (Émirats arabes unis), en janvier 2013 et a abouti à la Déclaration de Dubaï qui donne des orientations sur la voie à suivre par tous les États Membres. Le Dr Madi a conclu son intervention en énumérant les actions prioritaires qui prévoient notamment la mise en œuvre de plans d'accélération des progrès dans les 10 pays à forte charge de mortalité maternelle et infanto-juvénile ; l'instauration de mécanismes de financement durable ; le renforcement de la solidarité et de la collaboration à l'échelle régionale entre toutes les parties prenantes ainsi que la coordination des partenaires et des donateurs en vue de la mise en place des plans d'accélération ; et enfin l'adoption de mesures pouvant être évaluées et visant à consolider les systèmes de santé et les statistiques d'état civil en améliorant les systèmes d'information et notamment le système d'enregistrement des actes d'état civil, en formant des personnels qualifiés et en développant la disponibilité de produits sûrs et efficaces, qui permettent de sauver des vies.

Discussions

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que son pays avait accompli des progrès importants en atteignant la cible de l'OMD 4 il y a sept ans par le biais du plan d'accélération national visant à réduire la mortalité maternelle et infantile. Un programme a été mis en place pour la santé périnatale, en coopération avec l'UNICEF, et une étude a été préparée pour surveiller les décès durant la période périnatale. Le pays a formé un groupe de sages-femmes compétentes, a mis en place un programme d'allaitement au sein et un programme de surveillance de la nutrition.

Le Représentant du Maroc a affirmé que son pays avait déployé beaucoup d'efforts pour réaliser les cibles des OMD, réduire la mortalité maternelle de 60 %, passant de 112 à moins de 50 pour 100 000 naissances vivantes. Il a mentionné un plan d'une durée de cinq ans pour fournir un traitement gratuit en cas de naissances et soins néonataux d'urgence ; pour améliorer la qualité des

services afin de surmonter les complications résultant de la grossesse et de l'accouchement ; et surveiller les naissances. Il a déclaré que le Maroc, avec l'appui de partenaires, a pu concrétiser un plan de travail visant à réduire de 23 % la mortalité des enfants de moins de cinq ans et à diminuer le nombre de décès néonataux, plan qui nécessite des allocations budgétaires.

Le Représentant de la Jordanie a souligné les réalisations importantes de son pays en ce qui concerne la baisse des taux de mortalité, de 17 pour 1000 naissances vivantes, et de la mortalité maternelle, de 19 pour 100 000 naissances vivantes. Il a déclaré que le ministère de la Santé travaillait à l'amélioration des services de santé maternelle et infantile par le biais de la mise en œuvre d'une stratégie pour la santé génésique et l'enfance. De plus, le ministère a effectué une enquête nationale afin d'identifier les causes de mortalité de la mère et de l'enfant, et de surveiller et faire le suivi en vue d'identifier les causes de ces décès.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a déclaré que la santé devait être considérée comme une haute priorité, à la fois pour l'OMS et les États Membres. Il est regrettable de constater que plusieurs pays de la Région n'atteindront pas les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 d'ici à 2015, à moins que les gouvernements, les partenaires et les donateurs déploient d'immenses efforts. C'est particulièrement important pour les pays où la mortalité des enfants de moins de cinq ans est élevée et où les progrès sont lents. Il faut accorder la priorité au renforcement des systèmes de santé, qui sont faibles dans un grand nombre de pays, en mettant l'accent sur les systèmes d'orientation-recours opérationnels en lien avec la qualité des services, notamment la disponibilité des médicaments essentiels pour les soins de la mère et de l'enfant. En République islamique d'Iran, en raison des sanctions, la disponibilité des médicaments essentiels et des fournitures médicales permettant de sauver des vies a grandement diminué et, de ce fait, la vie de milliers de mères et d'enfants a été mise en danger. Le Représentant a affirmé que le Gouvernement est déterminé à atténuer autant que possible les conséquences des sanctions en utilisant les services de soins de santé primaires du pays qui fonctionnent bien, et sont accessibles pour plus de 90 % de la population.

S.E. le Ministre de la Santé d'Oman a déclaré que son pays est l'un des six pays de la Région qui a le taux de mortalité le plus faible chez les moins de cinq ans, car ce taux était de 11,5 pour 1000 naissances vivantes en 2012. Il a ajouté qu'Oman reconnaissait que le manque d'engagement en faveur de la santé de mère et de l'enfant, ainsi que l'absence de systèmes d'orientation-recours et la faible qualité des soins d'urgence représentaient certains des défis les plus importants auxquels est confronté le pays. En 2001, Oman a adopté une stratégie pour la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant. Il a souligné la nécessité de surveiller les progrès effectués dans la mise en œuvre de l'initiative régionale « Sauver les vies des mères et des enfants ».

Le Représentant de Djibouti a déclaré que son pays ne pourrait pas atteindre les cibles des OMD 4 et 5 d'ici 2015 bien que le pays ait réalisé des réductions de la mortalité de l'enfant grâce à l'introduction de nouveaux vaccins. Il a exprimé l'engagement de son pays à poursuivre ces cibles et à traduire la détermination du pays à améliorer les services de santé.

Selon le Représentant de la Somalie, la mortalité maternelle et infanto-juvénile reste exceptionnellement élevée dans son pays en raison de toute une série de facteurs, et notamment d'un accès insuffisant à des services de santé maternelle et infanto-juvénile et de nutrition de qualité, du manque de personnel qualifié lors de l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence et néonataux peu satisfaisants. Conformément à la Déclaration de Dubaï, la Somalie a adopté un plan d'accélération visant à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile qu'elle est en train de mettre en œuvre. Un programme quinquennal commun pour la santé et la nutrition afin de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile a aussi été mis en place en concertation avec l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et des donateurs. Ce programme est axé sur la gouvernance, les ressources humaines pour la santé, la fourniture de services de base et l'information sanitaire. Les Journées pour la santé de l'enfant et la réalisation d'enquêtes de référence devraient également contribuer à la réduction de la mortalité.

Le Représentant du Pakistan a fait observer que, malgré la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le Pakistan ne sera pas en mesure d'atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici à 2015. La stratégie de la prise en charge intégrée des maladies infantiles et néonatales a été mise en œuvre pour s'attaquer au fort taux de mortalité infantile. L'introduction de nouveaux vaccins, soutenue par l'Alliance GAVI, et des interventions en matière de nutrition sont également prévues. Pour lutter contre le taux élevé de mortalité maternelle, une nouvelle promotion de 8 000 sages-femmes communautaires a été mise en place, et le programme des femmes agents de santé a lui aussi contribué à faire baisser la mortalité de la mère et de l'enfant. La décentralisation des services de santé au Pakistan a eu un impact positif sur la prestation des services. Les meilleures pratiques recommandées ont été intégrées aux modules consacrés à la prestation des services à tous les niveaux, notamment pour ce qui concerne la fourniture des médicaments essentiels. Le Représentant a également affirmé que l'inclusion du secteur privé, qui doit être réglementé, pouvait être un facteur clé pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le Représentant de Bahreïn s'est dit tout à fait d'accord avec le Directeur régional, qui s'est inquiété de ne pas avoir rempli les objectifs régionaux envisagés dans le cadre des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5. Il a ajouté que, pour atteindre un tel but, il convenait de fournir des efforts accrus et de soutenir les pays dans lesquels la charge de mortalité est élevée à la fois chez les enfants et les mères. Il a mentionné la Déclaration de Dubaï et ses recommandations pour progresser en ce qui concerne la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Il a souligné la nécessité de soutenir les pays qui, dans la Région, ont le plus besoin d'aide afin d'accélérer le rythme des progrès de la mise en œuvre d'interventions efficaces.

Le Représentant du Soudan a déclaré que malgré une diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des mères au Soudan, le pays risquait fort de ne pas atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement d'ici 2015. Près d'un tiers de la population n'a pas accès aux soins de santé primaires et seulement 24 % des centres de soins de santé primaires disponibles fournissent des paniers de soins essentiels pour la mère et l'enfant. À cela s'ajoutent la répartition inégale des personnels de santé et le renouvellement rapide des effectifs médicaux. Dans le domaine du financement de la santé, une cible de 15 % a été approuvée par les ministres africains à Abuja, mais moins de 8,7 % des fonds sont consacrés à la santé. Les paiements directs représentent 64 % des dépenses de santé totales. Le système d'information pour la gestion sanitaire est fragmenté et faible. Il existe un manque de sensibilisation communautaire aux meilleures pratiques qui permettent d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant ainsi que les faibles taux d'alphabétisation des femmes. Pour y répondre, le Soudan a élaboré un plan d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant, qui vise à faire passer la mortalité maternelle de 216 à 152 décès pour 100 000 personnes, et la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 83 à 53 décès pour 1 000 naissances vivantes. Pour ce faire, on recourra à la mise en œuvre d'interventions présentant un bon rapport coût-efficacité, qui seront fournies dans le cadre d'un panier complet de services de base, lequel ciblera 63 % de la population.

Le Représentant de la Tunisie a affirmé que son pays ne parviendra pas à atteindre les cibles fixées pour les OMD d'ici à 2015. Cependant, sa stratégie en vue de réduire la mortalité maternelle reposera sur des interventions, telles que l'audit immédiat des décès maternels grâce à la création d'un comité chargé du suivi des causes de décès. Il a ajouté que la recherche sur les déterminants sociaux de la santé nécessitait d'établir les causes profondes de la mortalité maternelle et d'identifier les meilleures pratiques en matière de prestation de soins de santé de qualité aux femmes enceintes, de transfert pour les grossesses à risque, d'accouchement sans risques et de surveillance des décès survenant pendant la période postpartum. Concernant la réduction de la mortalité infantile, il a mis en avant la nécessité d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés par le biais du renforcement des capacités de base au niveau régional et de la promotion de l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de la vie.

Le Représentant de l'Afghanistan a reconnu que, malgré une diminution de 65 % de la mortalité maternelle entre 1990 et 2010, et une réduction de la mortalité infantile, qui est passée de 257 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2002 à 97 décès en 2010, l'Afghanistan affiche toujours l'un des taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés de la Région. À l'issue de la réunion de haut niveau de Dubaï, l'Afghanistan a élaboré un plan chiffré pour une mise en œuvre accélérée dans le domaine de la santé génésique, maternelle et néonatale en 2013-2015. Des comités d'examen de la mortalité maternelle ont été créés et tous les décès de mères sont maintenant notifiés au ministère de la Santé publique. Un plan d'action a été conçu afin de mettre en œuvre les recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant ; il est en cours de mise en œuvre. Il existe également un plan visant à intégrer et à améliorer la santé génésique, maternelle, néonatale et infanto-juvénile dans le cadre des services de santé actuels. L'Afghanistan réclame un plus grand soutien pour la mise en œuvre des plans de l'OMS et des partenaires du développement.

Le Représentant de l'Iraq a affirmé que la stratégie de développement national est axée sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle, mais la mortalité néonatale est particulièrement préoccupante d'après les observations empiriques des régions géographiques où la prévalence des anomalies congénitales est inhabituellement élevée. Le ministère de la Santé a mené une étude visant à évaluer la prévalence des anomalies congénitales dans le pays, qui n'a pas révélé d'augmentation de la prévalence, conformément aux normes de la Région. Il a déclaré que les stratégies de réduction de la pauvreté ont ciblé 360 000 familles en Iraq ; les résultats sont actuellement examinés. Il faut intégrer les services pour réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile dans le cadre des soins de santé primaires, en mettant davantage l'accent sur la santé familiale fondée sur des pratiques reposant sur des bases factuelles.

Le Représentant de la Palestine a déclaré que son pays a utilisé un questionnaire pour déterminer les causes de mortalité maternelle, que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement. Il a insisté sur la nécessité de revoir la définition de la mortalité maternelle : la Région de la Méditerranée orientale étant la deuxième région où le taux de mortalité due aux accidents de la route est le plus élevé, il se peut que certains décès de mères soient liés à cette cause. D'autres causes entrent également en jeu, comme les meurtres. Pour cette raison, certains décès doivent être exclus des statistiques des services de santé.

Le Représentant du Liban a fait état des progrès effectués par son pays ces dernières années, grâce auxquels 96 % des naissances ont lieu à l'hôpital et 35 % des femmes enceintes consultent dans un centre néonatal. Le taux de mortalité maternelle a diminué, passant à 21 décès pour 100 000 naissances vivantes. De même, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé de 10 %. Le Représentant a souligné l'augmentation considérable du taux d'accouchements par césarienne, qui atteint jusqu'à 53 %, et a déclaré qu'une enquête était nécessaire car le coût financier pour l'État est considérable.

Le Représentant du Koweït a déclaré qu'une approche holistique et intégrée était nécessaire pour les services de soins de santé de la mère et de l'enfant car l'approche actuelle est fragmentée. Malgré l'existence de plusieurs interventions, il y a un manque d'engagement durable en faveur de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Le Représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a déclaré que la Fédération appuie la stratégie mondiale des Nations Unies en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5, et qu'elle a un rôle à jouer dans la mise en œuvre des engagements de cette stratégie. Des améliorations en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant demandent une approche globale et la Fédération invite instamment les États Membres à envisager l'autonomisation des femmes comme outil d'amélioration de la santé ; à intégrer les services de santé maternelle et infantile ; à améliorer l'accès aux services de santé essentiels ; à s'assurer que les filles puissent terminer l'enseignement secondaire ; à reconnaître l'importance de la santé de l'adolescent

pour la réalisation des OMD 4 et 5. Investir davantage dans la santé de la mère et de l'enfant permettra non seulement de sauver de nombreuses vies mais contribuera également à réduire la pauvreté et à progresser sur la voie des OMD. Cela permettra d'aboutir au final à des sociétés plus stables, plus en paix et plus productives.

Le Représentant de l'Alliance mondiale de l'hépatite a souligné l'importance de la communauté dans la sensibilisation des femmes aux signes d'alerte pendant la grossesse, le travail, la période postpartum et dans la prise en charge des premiers secours d'urgence afin de chercher de l'aide le plus tôt possible dès qu'apparaissent des signes d'alerte. Un programme mis en œuvre dans 24 villages de quatre gouvernorats d'Égypte a conduit à la production d'une série d'indicateurs relatifs à la sensibilisation de la communauté et fondés sur des données probantes qui se sont avérés jouer un rôle important dans la réduction du taux de la mortalité maternelle dans ces régions.

La Représentante de l'Association internationale des femmes médecins a déclaré que l'Association concentrait ses efforts sur des plans stratégiques visant à former les femmes médecins à la différenciation des genres, à la santé de l'adolescent, à la santé génésique, ainsi qu'à la santé maternelle et infanto-juvénile afin que les mères et les enfants puissent jouir du meilleur état de santé possible. Elle a ajouté que l'Association souhaitait que les organisations non gouvernementales jouent un rôle plus important pour aider chaque pays à atteindre ses objectifs en matière de santé. Des accoucheuses qualifiées pourraient sauver un grand nombre de femmes qui continuent à mourir chaque année. Sauver des vies ne relève pas uniquement de la compétence du ministère de la Santé; les organisations non gouvernementales peuvent contribuer à sensibiliser aux questions de santé et à offrir une éducation sanitaire et un soutien social.

Selon le Représentant du Conseil des ministres de la Santé des États du Conseil de coopération, l'Arabie saoudite tente de passer en revue les réalisations accomplies jusqu'ici et de préserver les progrès réalisés. Il a demandé comment l'OMS définissait les soins prénatals dans les cliniques. Il a ajouté qu'il s'agissait d'une tâche difficile et que le Bureau régional peut jouer un rôle de premier plan pour définir les mesures essentielles à prendre afin de préparer un plan global visant à améliorer la qualité des soins pour les mères et les enfants. Il a indiqué que la qualité des soins et le système d'orientation-recours devaient être améliorés, ce qui aura un impact positif sur les hôpitaux et, par conséquent, sur les services qu'ils proposent en matière de soins maternels et infanto-juvéniles. Il a fait remarquer que le Royaume d'Arabie saoudite disposait d'un bon système informatique et menait des recherches de qualité.

Le Représentant de l'Organisation mondiale des médecins de famille a affirmé que son organisation comptait des centaines de médecins, et qu'elle coopérait avec l'OMS afin de fournir des services de santé pour la mère et l'enfant, dans l'objectif de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. Il a rappelé qu'il est nécessaire de préserver ce qui a été accompli, certains pays ayant réussi à faire baisser le taux de mortalité des mères et des enfants, et de se concentrer sur les pays où la morbidité et la mortalité sont élevées.

Le Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS, a décrit le processus qui a conduit à l'élaboration de plans nationaux d'accélération visant à réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile, et a précisé que pour les pays qui ont déjà mis en place leurs plans, il est important d'examiner de quelle manière ils peuvent continuer à progresser. L'OMS collabore étroitement avec les pays pour l'élaboration de plans mais lorsque les pays sont encore au stade de la mise en œuvre, il faut déterminer de quelle façon faire avancer le processus. Il a souligné qu'un engagement au plus haut niveau est nécessaire et qu'il est indispensable d'avoir des porte-drapeaux de cette initiative. Le plus grand défi est le financement, car les pays ne peuvent pas compter uniquement sur les fonds des donateurs, il faut des ressources locales et des interventions à faible coût et efficaces existent pour faire avancer le processus même s'il exhorte les partenaires de développement à fournir leur appui aux pays. Il a

rappelé aux membres du Comité régional la nécessité de la responsabilisation et a indiqué que le Groupe consultatif mondial d'experts indépendants suivait et évaluait les progrès. Il a affirmé que même si l'OMS n'est pas un organisme de financement, un financement initial destiné à la mise en œuvre des interventions efficaces retenues pouvait être accordé aux pays à revenu faible.

5.3 Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil

Point 5 b) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/10, Résolution EM/RC60/R.7

Le Dr Mohamed Ali, Coordonnateur, Information et statistiques sanitaires, a présenté le document technique sur la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. Il a déclaré que le contexte politique relatif à l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil se caractérisait actuellement par un sentiment d'urgence et une accélération aux niveaux national, régional et mondial. Cette dynamique repose sur la reconnaissance par la communauté internationale concernée par les questions de développement et des droits de l'homme de l'importance de l'identité juridique d'une personne, sur la nécessité de suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de mieux comprendre les transitions épidémiologiques émergentes, et enfin sur la nécessité accrue d'une identité juridique pour la sécurité mondiale et nationale. La propagation d'Internet et des technologies mobiles offrent des perspectives pour la conception de moyens d'enregistrement et de suivi des faits d'état civil, qui soient mieux intégrés, plus efficaces, rentables et pratiques. Les progrès réalisés dans le domaine de la biométrie ainsi que la possibilité de créer des identifiants uniques pour l'ensemble de la population pourraient permettre de nouveaux gains d'efficacité en matière de systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil.

Les défis de la Région en matière de systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil peuvent être résumés de la manière suivante : une méconnaissance de l'importance de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil et de ce fait, un manque de soutien politique de haut niveau ; les insuffisances du cadre juridique régissant les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ; la faiblesse de l'infrastructure et des capacités en matière d'enregistrement ainsi que le manque de ressources pour les soutenir ; une gouvernance, une coordination et une organisation inadéquates liées à la pluralité des parties prenantes impliquées dans les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ; la qualité insuffisante du processus d'enregistrement et des données juridiques et statistiques qui en sont issues ; et enfin le caractère incomplet et la mauvaise qualité des certificats de décès.

Le Dr Ali a conclu son propos en déclarant que l'objectif de la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil était de contribuer à l'amélioration de l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes, à l'efficacité de l'allocation des ressources et la bonne gouvernance, ainsi qu'à l'accomplissement progressif des droits fondamentaux de tous les individus. L'enregistrement des actes d'état civil amélioré, de la disponibilité et de l'utilisation croissante de statistiques d'état civil fiables constitueraient un moyen d'y parvenir. La stratégie vise ainsi à orienter et soutenir l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil dans la Région entre 2014 et 2019. Elle s'articule autour de sept domaines stratégiques et comprend un ensemble d'interventions sur lesquelles les États Membres peuvent s'appuyer, en fonction de l'état d'avancement de leurs systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, du contexte national, des ressources et des capacités. Un plan stratégique définit les actions à mener au plan national ainsi que les activités d'appui au niveau régional. La stratégie comprend également un cadre de suivi et d'évaluation, avec notamment des indicateurs nationaux et régionaux.

Le Dr Alan Lopez a affirmé que des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil de bonne qualité exigent que les données soient complètes, régulières et disponibles, et de bonne qualité. Les données incomplètes entraînent des déformations, les données inexactes ont peu de valeur

pour l'élaboration des politiques tandis que les données obsolètes ne sont d'aucune utilité. Il a fait remarquer que les problèmes courants que l'on retrouve dans les données relatives aux causes de mortalité étaient les suivants : des causes mal définies, c'est-à-dire une confusion entre les causes immédiates et les causes sous-jacentes ; et une méconnaissance de l'importance de l'enregistrement des données exactes. Le secteur de la santé a la responsabilité exclusive de garantir que des données exactes et crédibles soient fournies aux systèmes d'information. Un système qui fonctionne bien exige un haut niveau d'engagement, des efforts sur le plan de l'organisation et une direction stratégique, un plan national réaliste et indiquant les priorités, un soutien technique adapté et l'utilisation des nouvelles méthodes disponibles.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a salué l'initiative qui permettra de renforcer les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil et de réaliser les objectifs de santé. Il a encouragé les pays à assumer leur rôle d'administration à cet égard.

Le Représentant de la Libye a déclaré que les évaluations des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil rencontraient des difficultés, faisant remarquer que les agences chargées de mener ces évaluations ne connaissent pas la véritable situation des États Membres, y compris la Libye. Il a demandé la création d'un mécanisme amélioré impliquant l'examen des données de chaque pays avant le prochain examen. Il a ajouté que, pour obtenir de meilleurs résultats, il est nécessaire de procéder à une nouvelle classification des pays en fonction du soutien technique requis et du respect des obligations prévues dans la Classification internationale des maladies. Il a également demandé qu'une distinction soit faite entre l'évaluation des certificats de naissance et celle des certificats de décès, indiquant que les parents sont légalement obligés d'enregistrer leurs enfants.

Le Représentant de Djibouti a affirmé que son pays est conscient de l'importance de l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil. Les défis résident non pas dans l'engagement politique mais dans les contraintes techniques, logistiques et celles liées aux comportements. Cela se vérifie en particulier dans la certification des décès car souvent les familles ne signalent pas les décès. Une analyse du système, avec la participation des différents secteurs concernés, révèle plusieurs lacunes que le pays est en train d'examiner.

S.E. le Ministre de la Santé de Bahreïn a indiqué que son pays a toujours accordé une attention à son système d'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil, qui a été mis en place dans les années 1970. Il a exprimé sa gratitude pour la stratégie régionale et l'appui aux efforts de l'OMS à cet égard, en espérant que son pays profitera de l'appui technique de l'OMS pour développer son système national de statistiques sanitaires.

Le Représentant du Soudan s'est félicité de l'approche de l'OMS consistant à accorder davantage d'attention à l'amélioration des systèmes d'information, d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. Il a également affirmé son appui total à la stratégie régionale. Il a noté avec gratitude le soutien technique fourni par l'OMS au Soudan pour que le pays effectue une analyse des forces et des faiblesses de son système, indiquant que des travaux sont en cours, en collaboration avec les partenaires, pour élaborer un plan visant à améliorer le système.

Le Représentant du Pakistan a fait remarquer qu'à l'issue d'une conférence nationale qui s'est tenue récemment, plusieurs recommandations ont été formulées pour améliorer les systèmes d'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil. Ces recommandations concernaient notamment la révision de la législation actuelle ; la modernisation des technologies ; le maintien d'un système d'enregistrement gratuit ; l'organe de surveillance centralisé ; le renforcement des systèmes de gouvernement local ; et l'inclusion dans les certificats de décès des causes spécifiques des décès.

Le Représentant du Koweït a mis l'accent sur l'importance de la sensibilisation et de la formation des médecins, en particulier les médecins qui ont peu d'expérience, travaillent comme généralistes, dans des services d'urgence et ceux qui consultent à domicile.

Le Dr Lopez a conclu en soulignant l'importance de la préparation en vue de l'avenir. Il est bien connu que la transition épidémiologique qui est en cours dans la Région entraînera de nouveaux schémas de mortalité. La seule manière de s'y préparer est de garantir qu'un système d'enregistrement est fonctionnel, avec des données concernant la cause correcte de décès. Il a reconnu que les estimations fournies par les institutions des Nations Unies étaient souvent faussées par les données dans les pays. Toutefois, le principal défi à relever est de renforcer ce système pour réduire l'imprécision et améliorer la planification.

Le Directeur régional a déclaré que l'ensemble des pays avaient bien compris l'urgence de ce problème. En effet, on a pu le vérifier par le fait qu'ils ont tous effectué rapidement une évaluation des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. Des progrès sont en cours en matière de conduite d'évaluations plus complètes, et un plan régional a été élaboré. La prochaine étape est de développer des plans d'action nationaux. Les ministres de la santé doivent assumer la direction dans ce domaine et également travailler avec d'autres parties prenantes.

5.4 Critères relatifs aux prolongations de délais pour le Règlement sanitaire international (2005)

Point 6 e) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/8

Le Dr Mahjour, Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles, a présenté ce point de l'ordre du jour. Le Règlement sanitaire international 2005 (RSI) est un accord international qui a force obligatoire pour 194 États Parties, dont l'ensemble des États Membres de l'OMS. Il est entré en vigueur le 15 juin 2007. En vertu du RSI, les États Parties sont tenus de mettre au point, renforcer et maintenir les principales capacités minimales nationales en matière de santé publique. L'Annexe 1 du RSI définit les principales capacités nationales, au niveau fonctionnel, y compris les capacités pour la surveillance et l'action face à des événements de santé publique, notamment aux points d'entrée désignés. Le Secrétariat a en outre défini le contenu technique de ces principales capacités autour des points suivants : la législation nationale, les politiques et le financement, la coordination et la communication avec les points focaux nationaux RSI, la surveillance, l'action, la préparation, la communication en matière de risques, les ressources humaines, les laboratoires et les points d'entrée. Le RSI fixe un calendrier pour la mise au point, le renforcement et le maintien des principales capacités nationales par les États Parties. En vertu des dispositions des Articles 5 et 13 et de l'Annexe 1 du RSI, les États Parties devaient avoir préparé un plan d'action national RSI pour atteindre les principales capacités au plus tard le 15 juin 2012. Des plans d'action nationaux ont été élaborés par l'ensemble des États Parties de la Région de la Méditerranée orientale, à l'exception d'un pays. À la date cible du 12 juin 2012, seule la République islamique d'Iran avait mis en œuvre son plan d'action pour satisfaire aux obligations découlant du RSI. Les 20 autres États Parties ont obtenu un délai supplémentaire de deux ans pour mettre en œuvre les capacités d'ici juin 2014, à l'exception de la Somalie qui n'a pas soumis de demande de délai supplémentaire.

En mai 2012, dans sa résolution WHA65.23, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a demandé au Directeur général d'élaborer et de publier les critères qui seront utilisés par le Directeur général lorsqu'il prendra des décisions sur l'octroi d'une nouvelle prolongation du délai. À ces fins, en janvier 2013, le Secrétariat a proposé des critères à la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif. Il a été proposé de consulter à nouveau les États Parties lors des comités régionaux de 2013 afin d'élaborer les critères définitifs qui seront par la suite proposés à la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif et appliqués en 2014. Sur la base des exigences stipulées dans le RSI, le premier critère proposé par le Secrétariat est la présentation par l'État Partie d'une demande écrite officielle au Directeur général au moins quatre mois avant la date cible fixée au 15 juin 2014. Cette demande devra comporter un exposé présentant les circonstances exceptionnelles qui ont empêché la mise en place et

le maintien des capacités au titre du RSI. Toute demande de délai supplémentaire devra par ailleurs être accompagnée d'un nouveau plan d'application. En vertu des articles 5.2 et 13.2 du RSI, le Comité d'examen a été mandaté pour le RSI pour donner un avis sur l'octroi d'une seconde période de prolongation des délais pour la mise en place des capacités. En 2014, le Comité d'examen présentera un rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis, et en 2015, il soumettra un rapport final à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Les États Membres sont invités à formuler des commentaires et à soumettre leurs avis en retour concernant le processus de prolongation proposé, en particulier les critères de prolongation proposés par le Secrétariat.

Discussions

Le Représentant du Pakistan a déclaré que son pays reconnaissait qu'il devait encore mettre en œuvre les prescriptions du RSI tant sur le plan opérationnel que législatif. Le Pakistan est conscient qu'il doit renforcer ses capacités de santé publique en matière de surveillance, d'action et de notification couvrant les événements liés au RSI mais le processus de transfert a nécessité la rationalisation de nombreuses procédures et fonctions. Il a déjà obtenu une prorogation de deux ans pour la mise en œuvre du Règlement. Le Bureau régional a procédé à une évaluation des prescriptions relatives aux capacités de santé publique essentielles en vue de leur application en février 2013 et un plan d'action pour sa mise en œuvre a été soumis à l'OMS par le point focal national RSI.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a indiqué qu'il s'attendait à ce que de nombreux États Membres demandent une prorogation jusqu'à la deuxième date limite de juin 2014. La mise en œuvre du Règlement est un processus complexe qui requiert beaucoup de préparation et la mise en conformité des infrastructures. La République islamique d'Iran remplit d'ores et déjà les conditions pour les capacités de santé publique essentielles minimales et est prête à partager son expérience avec d'autres pays.

Le Représentant d'Oman a fait observer que le taux de mise en œuvre du Règlement sanitaire international, pour ce qui est de cartographier les risques, de mobiliser des ressources en santé publique et de garantir une action efficace aux points d'entrée, était inférieur à 50 %, et que la progression en ce qui concerne la mise à jour de la législation et de la réglementation ne dépassait pas 70 %. Il a prié le Bureau régional de fournir un appui technique en fonction des besoins des pays et de leur faire profiter de l'expérience des autres régions à cet égard. Il a également souligné qu'il était important de renforcer la coopération avec les institutions internationales afin d'accélérer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international.

Le Représentant de l'Iraq a affirmé que la mise en œuvre du Règlement sanitaire international reposait sur une collaboration intersectorielle efficace, et que l'Iraq appelait de ses vœux le soutien technique de l'OMS pour ce qui concerne cette mise en œuvre. Il a expliqué que la sécurité sanitaire des aliments et la situation d'urgence actuelle concernant la poliomyélite étaient des éléments importants à prendre en considération dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international. Il a mentionné le G5, qui regroupe l'Afghanistan, l'Iraq, la République islamique d'Iran, le Pakistan et l'OMS, et a rappelé qu'il était important de collaborer avec eux en vue d'un échange de données d'expérience.

Le Représentant du Maroc a affirmé que le pays avait fait tout son possible pour atteindre les cibles en vue de satisfaire aux capacités essentielles requises, mais qu'il restait beaucoup de difficultés et le Maroc a déjà bénéficié d'un délai supplémentaire de deux ans. Il a expliqué que 94 % des capacités requises étaient satisfaites et qu'un projet de plan de travail avait été élaboré pour 2013-2014 afin d'atteindre les capacités exigées.

Le Représentant de Bahreïn a déclaré que son pays avait évalué ses propres capacités en matière de suivi et d'action, en 2009, et qu'il a préparé un plan national pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international. Il a rappelé que Bahreïn avait obtenu un délai supplémentaire de deux ans pour satisfaire aux capacités nécessaires d'ici à 2014. Le pays a approuvé les critères proposés pour

l'extension, qu'il a jugés équitables. Le Représentant a ajouté que, conformément à ces critères, Bahreïn avait soumis une requête en bonne et due forme au Bureau régional en 2013, le priant d'évaluer les capacités essentielles requises pour le délai supplémentaire. Le pays espère que l'OMS apportera un soutien à sa demande.

Le Représentant du Soudan a affirmé que son pays était déterminé à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international et qu'il a demandé un délai supplémentaire, accompagné d'un plan pour le renforcement des capacités tenant compte de ses propres ressources disponibles. Il a fait remarquer que la législation et la réglementation ont déjà été modifiées par le comité juridique mis en place dans ce but précis, et qu'il doit passer en revue les lois pour les adapter au Règlement sanitaire international. Il a expliqué qu'il y aurait de nouveaux critères pour le Soudan du Sud.

5.5 Mise en œuvre de la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sur la base du cadre d'action régional

Point 7 de l'ordre du jour, Document EM/RC60/9, Résolution EM/RC60/R.4

Le Dr Samer Jabbour, Directeur, Maladies non transmissibles et santé mentale, a présenté le document technique consacré à la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies transmissibles sur la base du cadre d'action régional. Il a déclaré que les maladies non transmissibles restaient associées à un fardeau important en termes de santé et de développement dans la Région de la Méditerranée orientale. Si les États Membres ont réalisé des progrès dans la lutte contre ces maladies, des insuffisances importantes demeurent, comme le révèle une enquête sur les capacités des pays réalisée en 2013, dans les domaines de la gouvernance, de la réduction des facteurs de risque, de la surveillance et du suivi, et des soins de santé. L'OMS et les États Membres ont collaboré pour renforcer les capacités et mettre en œuvre les interventions prioritaires dans chacun de ces quatre domaines. Le Bureau régional a créé un nouveau service afin de renforcer son appui technique aux pays pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

Dans le domaine de la gouvernance, l'accent a été mis sur le soutien aux pays en vue d'établir et de mettre en œuvre des politiques et plans nationaux multisectoriels relatifs aux maladies non transmissibles. L'OMS a organisé deux réunions régionales visant à intensifier l'élaboration de plans d'action nationaux multisectoriels pour les maladies non transmissibles avant la fin de l'année 2013, conformément aux engagements de la Déclaration politique des Nations Unies. Dans le domaine de la prévention et de la réduction des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles, l'OMS travaille en étroite collaboration avec les États Membres afin d'élaborer des recommandations sur la mise en œuvre d'interventions clés offrant un bon rapport coût-efficacité et un impact élevé, ou « meilleures options », dans les domaines de la lutte antitabac, de la réduction de l'apport de sel et de graisses, de la prévention de l'obésité infantile et de l'augmentation de l'activité physique. Dans le domaine de la surveillance des maladies non transmissibles, l'OMS a aidé six pays à planifier et réaliser l'enquête STEPS (surveillance par étapes) et apporte un soutien pour la surveillance spécifique au tabac. L'OMS continue de sensibiliser les États Membres à la nécessité d'élaborer des cibles et indicateurs nationaux, ainsi qu'il est stipulé dans le cadre d'action régional. Dans le domaine des soins de santé, l'OMS et les États Membres œuvrent pour renforcer l'intégration des services liés aux maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires et évaluer les lacunes et contraintes de la mise en œuvre des « meilleures options ».

Le Dr Jabbour a conclu en déclarant qu'un examen triennal des progrès réalisés par les États Membres dans la mise en œuvre des engagements de la Déclaration politique des Nations Unies est prévu pour le dernier trimestre 2014 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. Les États Membres et l'OMS doivent planifier à l'avance et travailler ensemble, ainsi qu'avec d'autres partenaires régionaux et internationaux, s'ils souhaitent réaliser les progrès nécessaires et présenter un compte rendu crédible des réalisations dans le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région.

Discussions

Le Directeur régional a fait remarquer que la Déclaration politique des Nations Unies comportait plusieurs recommandations précises, qui sont censées être mises en œuvre par l'ensemble des pays. Celles-ci sont résumées dans le cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies, adopté par le Comité régional en 2012. Elles concernent les quatre domaines suivants : la gouvernance ; la prévention et la réduction des facteurs de risque ; la surveillance, le suivi et l'évaluation ; et les soins de santé. Il a souligné le fait que la Déclaration politique comprend également une recommandation claire à l'intention du Secrétaire général, qui est d'organiser une revue complète au dernier trimestre de l'année 2014. Lors de cette réunion, a-t-il ajouté, nos progrès dans la mise en œuvre des recommandations de la Déclaration politique seront évalués. Cette réunion doit être organisée en étroite coopération avec les États Membres et, début 2014, le Secrétaire général doit nommer deux ambassadeurs issus de deux régions différentes afin de définir les modalités de la réunion, notamment ses objectifs et les résultats escomptés. Il a prié le Comité de veiller à la participation active de la Région et d'assurer sa représentation, qui est particulièrement importante étant donné la forte prévalence de certaines maladies non transmissibles et de certains facteurs de risque dans la Région. Il a conclu en insistant sur la nécessité d'une coordination étroite et de solides relations de travail entre les ministères de la Santé et ceux des Affaires étrangères, car ces derniers prendront part aux négociations à New York.

Le Représentant du Maroc a mentionné l'importance accordée par son pays à la mise en œuvre des recommandations de la Déclaration politique des Nations Unies. Il a déclaré que le cadre d'action régional fournissait une feuille de route claire qui s'appuie sur la mise en œuvre d'interventions limitées dans les domaines de la gouvernance, la prévention, la maîtrise, la surveillance, le suivi et l'évaluation. Il a fait remarquer que le renforcement des capacités en épidémiologie et le suivi étaient une nécessité urgente étant donné que les données ne sont pas forcément disponibles dans les systèmes de santé nationaux. Il a ajouté que le Maroc préconisait la mise en œuvre d'une série de mesures importantes comprenant notamment la coopération avec l'OMS, en tant que coordonnateur mondial du suivi des neuf cibles mondiales librement consenties pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Il a affirmé qu'il s'agissait d'objectifs réalisables. Les autres principales mesures sont les suivantes : disposer d'indicateurs appropriés pour chaque pays séparément ; intégrer la lutte contre les maladies non transmissibles et les facteurs de risque dans les initiatives internationales de développement ; promouvoir la coopération Sud-Sud et tripartite. Il a proposé que l'OMS procède minutieusement à un examen complet et solide avec une représentation politique de haut niveau des États Membres avant l'examen par l'Assemblée générale des Nations Unies de la mise en œuvre de la Déclaration politique en 2014.

La Représentante de Bahreïn a déclaré que son pays accordait la priorité et apportait son soutien politique de haut niveau à la question des maladies non transmissibles comme le montre leur intégration dans la stratégie de Bahreïn Vision 2030 ainsi que la formation du comité national de lutte contre les maladies non transmissibles en 2012. Elle a mentionné par ailleurs que Bahreïn mettait actuellement à jour son plan d'action national afin de l'harmoniser avec le plan d'action mondial de l'OMS pour 2013-2020. Le ministère de la Santé a mis en œuvre plusieurs initiatives relatives à la détection précoce de facteurs de risque dans les écoles, les centres de soins de santé primaires et d'autres centres sociaux. Elle a ajouté que Bahreïn avait élaboré des politiques et des réglementations en vue de lutter contre le tabagisme et la publicité qui lui est associée. Le pays a aussi commencé à mettre en œuvre l'enquête mondiale sur la santé et parachève une enquête sur les diabètes et une étude sur l'importance des maladies non transmissibles chez les étudiants. Des travaux sont aussi en cours pour l'élaboration d'un programme national de surveillance épidémiologique qui devrait, on l'espère, être mis en place à compter de l'année prochaine. Elle a fait remarquer que le Conseil des ministres de Bahreïn avait adopté une série d'indicateurs qui ont été actualisés conformément aux indicateurs proposés par le cadre mondial. Elle a soutenu la proposition de nommer un représentant régional aux consultations conduisant à l'examen de la mise en œuvre de la Déclaration politiques des Nations Unies.

Le Représentant de Djibouti a déclaré que son pays avait mis en œuvre une campagne de lutte antitabac qui comprend des mesures de prévention appropriées. Il a fait remarquer que la consommation de khat était un facteur qui contribue aux maladies non transmissibles à Djibouti du fait du mode et du rythme de sa consommation. Il a ajouté qu'une stratégie de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles pourrait être élaborée avec le soutien de l'OMS, mais que certains aspects liés au traitement nécessiteraient un appui technique et financier provenant de partenaires régionaux et bilatéraux car Djibouti ne possède ni la technologie ni l'expertise nécessaire dans ce domaine. De nombreux patients atteints de maladies non transmissibles dans son pays sont sur des listes d'attente, a-t-il ajouté, pour obtenir un traitement provenant de l'étranger.

Le Représentant de l'Arabie saoudite a déclaré que les efforts fournis par son pays pour intégrer les programmes de lutte contre les déficiences visuelles dans la Région, ainsi que dans le cadre des programmes et plans de l'OMS, ont été couronnés par l'adoption du Plan d'action mondial pour la prévention de la cécité évitable 2014-2019, lors de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Il a fait remarquer que, pour mettre en œuvre efficacement le plan d'action mondial, il faudrait des données actualisées sur les ressources humaines et les capacités disponibles en matière de soins ophtalmologiques au niveau national. Il a ajouté que l'Union pour la prévention de la cécité, basée en Suisse, prévoit de mener une étude couvrant l'ensemble des pays de la Région, qui permettra d'établir une importante base de données pour planifier le développement des services de soins de santé oculaire. Il a d'ailleurs rappelé que l'Arabie saoudite soutenait ce projet et il a vivement encouragé les autres États Membres à faire de même et à collaborer à son succès. Il a également insisté sur la gravité du trachome et des complications liées, précisant que la Région cumule 12 % de la charge mondiale du trachome, avec quatre millions de personnes atteintes à l'échelle régionale. Il a affirmé que, même s'il était convaincu que la plupart des pays de la Région n'étaient pas confrontés à ce problème de santé, il fallait recueillir des preuves scientifiques en menant des enquêtes de terrain dans les pays, en coopération avec l'OMS, afin d'attester officiellement que certains pays de la Région sont exempts de trachome. Il a souligné de nouveau que, d'après les sources mondiales, on ignorait quelle était la situation dans un grand nombre de pays. Il a instamment invité les États Membres à mener l'enquête nécessaire et, le cas échéant, à collaborer avec les institutions internationales comme l'Agence internationale pour la prévention de la cécité et l'Union pour la prévention de la cécité, qui forment l'Alliance pour l'élimination du trachome, afin qu'elles soutiennent ces enquêtes.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré que son pays avait élaboré un plan de travail stratégique pour la lutte contre les maladies non transmissibles, qui a été approuvé par le cabinet ministériel. L'approche comprend la détection précoce de l'hypertension et du diabète sucré mise en place par le biais de 1300 centres de soins de santé primaires dans l'ensemble du pays. Il a indiqué que l'Iraq a connu une réduction de 4 % des décès prématurés dus aux principales maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, infections respiratoires chroniques, diabète et cancer) entre 2011 et 2012, et que l'objectif est d'atteindre une réduction de 25 % d'ici à 2025. Il a souligné l'importance des principales conditions préalables en vue d'une planification efficace pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, à savoir : une collaboration intersectorielle efficace ; l'harmonisation des efforts afin de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement ; l'intégration des efforts à la stratégie nationale de développement ; l'établissement d'un lien entre les stratégies pour la santé génésique, la nutrition, la promotion de la santé, la préparation aux situations d'urgence et leur mise en adéquation ; et enfin l'insertion de ces plans dans les initiatives de modernisation des systèmes de santé.

Le Représentant d'Oman a appelé le Bureau régional et les États Membres à prendre en compte les diverses capacités des États Membres lors de l'intégration des indicateurs, critères et cibles convenus dans les plans de lutte contre les maladies non transmissibles. Il a insisté sur le soutien continu fourni par son pays à la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies, faisant remarquer qu'Oman a mis en place un Comité national de lutte contre les maladies non transmissibles au début de l'année. Ce comité a terminé son premier rapport de situation qui a été publié avec des recommandations concernant les futurs mécanismes de lutte contre les maladies non transmissibles. Il

a ajouté que son pays avait adopté le document d'orientation de Manama ainsi que le plan d'action mondial de l'OMS et qu'il était en train de préparer une vision pour le plan national de prévention et de lutte. Il a également fait remarquer qu'Oman avait adopté le système d'enregistrement d'état civil et s'efforcera d'améliorer ses capacités dans ce domaine, notamment en ce qui concerne le suivi de la mise en œuvre du plan de lutte national. Il a félicité le Bureau régional pour avoir renforcé les capacités d'évaluation de l'impact économique et de l'efficacité des politiques d'intervention sanitaire en matière de lutte antitabac, de prévention du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Il a proposé que cette évaluation couvre, autant que possible, les programmes d'intervention et les autres programmes y afférents qui seront mis en œuvre.

Le Représentant de la Palestine a demandé que le rôle des différents ministères dans la lutte contre les maladies non transmissibles soit clairement défini et que des directives soient élaborées, notant que des comités nationaux ad hoc ne sont habituellement pas susceptibles d'influencer la prise de décision. Il a ajouté que des lois pertinentes devaient être élaborées, notant que la Palestine a d'ores et déjà des lois sur l'enrichissement de la farine et l'iodation du sel, mais que celles-ci ne sont pas suffisantes lorsqu'il s'agit de contrôler les substances cancérigènes. Il a appelé de ce fait au renforcement des capacités afin de pouvoir définir et mettre en œuvre de nouvelles politiques. Il a également noté qu'il existait encore un grand nombre de publicités en faveur de la restauration rapide auxquelles sont exposés en particulier les jeunes, soulignant que le taux d'obésité chez ces derniers est très élevé. Il a aussi demandé des lois qui limiteraient la publicité et la promotion de la restauration rapide. Il a mis l'accent sur le rôle de la jeunesse et du ministère des collectivités locales dans l'élaboration de politiques et de lois promouvant l'activité physique.

Le Représentant du Pakistan a fait remarquer qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie et une prévalence élevée de facteurs de risque, son pays est confronté à une charge croissante de maladies non transmissibles. Le gouvernement tente de mettre en place des mécanismes pour faire face à la situation et est très soucieux de faire avancer le cadre d'action régional. Un environnement général favorable a été instauré afin de lutter contre les principaux facteurs de risque, en particulier le tabac. Les registres du cancer ont été renforcés et l'on a encouragé les campagnes de sensibilisation. Les provinces ont pris en considération les meilleures pratiques en vue de les inclure dans les services de base des structures de soins de santé primaires. Il a fait observer que certains pays de la Région ont un secteur privé solide, et il a proposé que le secteur privé soit incité à participer activement à la lutte contre les maladies non transmissibles en fonction du contexte du pays. Il a ajouté que la recherche et l'appui à l'intensification des meilleures pratiques aideraient les pays à obtenir de bons résultats.

La Représentante du Liban a indiqué que le ministère de la Santé publique du Liban avait lancé une initiative visant à intégrer les maladies non transmissibles aux soins de santé primaires. À ce jour, près de 80 des 183 centres de soins de santé primaires sont en train de mettre en œuvre l'initiative. Elle a fait part de son soutien à la proposition de procéder à un examen complet des progrès dans la Région, de préférence en septembre 2014. Elle a également exprimé son soutien à la proposition de nomination d'un représentant de la Région à un rôle de premier plan dans ce contexte. Un autre membre de la délégation a demandé au Bureau régional de tenir les pays informés des modalités de la coordination entre l'ensemble des parties prenantes, notamment les ministères de la santé et des affaires étrangères, l'OMS et l'Assemblée générale des Nations Unies, afin que les pays puissent jouer un rôle actif dans le processus.

Le Représentant de l'Afghanistan a fait remarquer que son pays connaissait lui aussi une double charge de maladies transmissibles et non transmissibles. Il a ajouté que les données montraient que la charge des maladies non transmissibles augmente rapidement en Afghanistan, et que ces maladies ont causé plus de 35 % de la mortalité en 2010. Le ministère de la Santé publique a mis au point une stratégie de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles, a-t-il déclaré, mais sa mise en œuvre est entravée par la faiblesse des ressources humaines et financières et le manque de données

adéquates. En outre, a-t-il fait remarquer, l'Afghanistan dépend des donateurs et les maladies non transmissibles ne figurent pas parmi leurs priorités. Il a exprimé son soutien à la proposition consistant à examiner régulièrement les progrès de la mise en œuvre des recommandations contenues dans la Déclaration politique des Nations Unies.

La Représentante du Koweït a déclaré que son pays avait inclut la lutte contre les maladies non transmissibles dans le prochain plan d'action du gouvernement sur quatre ans (2014-2018) et avait mis en place un comité de haut niveau en vue de mettre en œuvre les recommandations de la Déclaration politique des Nations Unies. Elle a fait remarquer que le Koweït a réussi à réduire la teneur en sel du pain. Le pays dispose d'une base de données précise sur l'enregistrement des décès, incluant les causes de décès, notant qu'elle est conforme à la classification internationale des maladies. Elle a ajouté que des enquêtes nationales sur le tabagisme sont menées et qu'un registre national du cancer a été publié chaque année depuis 2000. Elle a souscrit à la proposition de procéder à un examen régulier de la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies dans la Région.

Le Représentant de Tunisie a déclaré que les maladies non transmissibles revêtaient une importance particulière en Tunisie où l'hypertension artérielle compte pour plus de 30 % parmi les personnes âgées de plus de 30 ans, le diabète atteignant 10 % dans ce groupe. Il a aussi fait remarquer que 12 000 nouveaux cas de cancer étaient enregistrés chaque année. Ces problèmes ont été ciblés par les programmes de santé sur la base de la prévention des facteurs de risque et de l'amélioration des soins de santé dans les différents groupes sociaux. Les maladies non transmissibles sont considérées comme une priorité dans les programmes de formation continue. Il a également souligné l'importance de la collaboration avec la société civile pour garantir l'efficacité et la pérennité des interventions qui sont centrées sur l'amélioration des modes de vie et la maîtrise des facteurs de risque. Ceci sera mis en œuvre dans le cadre d'un programme d'investissement ambitieux qui assure une couverture géographique complète. Il a par ailleurs fait observer l'importance de l'amélioration du cadre légal de contrôle des aliments avec une attention particulière pour les médias dédiés à la santé tels que la mise en place d'une chaîne de télévision traitant de questions de santé.

La Représentante de l'Égypte a déclaré que son pays accordait une grande importance aux maladies non transmissibles par le biais d'activités menées sur différents aspects qui sont définis dans la stratégie régionale de lutte contre les maladies non transmissibles. Elle a fait remarquer que l'Égypte avait mis en œuvre l'enquête STEPS, entre autres enquêtes, et continue de soutenir les programmes de détection précoce. Elle a souligné l'importance de la recherche et a proposé qu'elle soit mise en œuvre au niveau régional. Elle a demandé que les pays ayant des conditions de vie et environnementales similaires effectuent des recherches conjointes et partagent des données d'expérience et des ressources. Elle a également indiqué qu'il fallait sensibiliser les personnes à la santé, en particulier par le biais des médias.

Le Représentant de la Jordanie a déclaré que son pays avait pris les mesures nécessaires dans la lutte contre les maladies non transmissibles, en faisant remarquer que le pays avait lancé l'année dernière une stratégie de prévention, avec le soutien du plus haut niveau du gouvernement. Un comité d'un niveau plus élevé a également été créé pour faire le suivi de cette stratégie et il est composé de représentants des ministères concernés. Il a ajouté que le ministère de la Santé fournit une base de données réaliste et exacte par le biais des registres nationaux pour le cancer et les maladies non transmissibles au niveau des établissements de santé, afin d'identifier le taux de morbidité et de mortalité représentant les deux-tiers des décès dans le pays. Il a indiqué que les États Membres devaient prendre la tête des efforts par l'élaboration d'une stratégie nationale.

6. Questions organisationnelles

6.1 Rapport de la Réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS *Point 6 c-ii) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/6*

Le Dr Mohamed A. Jama, Sous-Directeur général, Administration, a présenté le rapport sur la réunion inaugurale du dialogue sur le financement de l'OMS. Il a déclaré que suite à la décision WHA66(8) de l'Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général avait convoqué une réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS. Deux cent cinquante-six participants de 87 États Membres, de six autres institutions des Nations Unies et de 14 organisations non étatiques partenaires ont participé à cette réunion. Cette réunion avait débouché sur un certain nombre d'engagements dans les domaines de l'alignement avec le budget programme, la prédictibilité et la flexibilité du financement, l'élargissement de la base de contributeurs et la transparence. Il a été convenu que les discussions se poursuivraient durant les Comités régionaux, pour permettre la compréhension complète de ce travail pour que les États Membres puissent assumer leur responsabilité aussi pour le financement de l'Organisation. Il a également été suggéré qu'une discussion spécifique, complémentaire aux discussions bilatérales, ait lieu avec les partenaires qui fournissent des contributions volontaires de base. Les informations reçues en retour durant la réunion ont permis au Directeur général de mettre en évidence une série d'actions que le Secrétariat prendra et qui serviront à alimenter la planification pour la réunion de suivi du dialogue sur le financement en novembre. Lors de la réunion de novembre, le Directeur général fournira une indication sur l'utilisation stratégique des contributions fixées pour garantir que les programmes de base soient opérationnels.

Discussions

Le Représentant de l'Iraq a souligné l'importance du lancement du dialogue sur le financement et a proposé que ce sujet soit débattu lors des premières séances du Comité régional en présence des ministres de la Santé. Il a exprimé le souhait que certains projets financés directement par les pays soient prolongés et a proposé que l'OMS prodigue des conseils techniques à ces pays, notant que ces projets pourraient être élargis dans le futur. Selon lui, révéler l'identité des donateurs inciterait les autres pays à contribuer au financement.

Le Représentant du Yémen a demandé des précisions sur le pourcentage de contributions volontaires provenant d'acteurs non étatiques. Il a souligné le rôle technique de l'OMS et a rappelé qu'il est important d'éviter l'influence des acteurs non étatiques.

Le Représentant du Qatar a demandé davantage d'informations sur le financement de l'OMS dans une perspective régionale, et sa répartition entre les trois groupes de pays de la Région. Il a demandé des conseils de la part du Bureau régional eu égard à la mobilisation des ressources pour la santé.

Le Directeur régional émérite a dressé un bref historique de l'élaboration du budget dans la Région. Il a affirmé qu'auparavant, les contributions fixées des États Membres représentaient la plus grande part du budget, qui était examiné par l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif. Aucun État n'exerçait sa domination ou son hégémonie sur l'OMS. Cette situation a changé lorsque certains États se sont opposés à l'augmentation de leurs contributions fixées. Cette tendance s'est finalement inversée et les contributions volontaires, y compris celles des acteurs non-étatiques, se sont avérées plus importantes que les contributions fixées payées par les États. Puis, les États Membres se sont plaints de la domination des donateurs. Le Directeur régional émérite a souligné l'importance à cet égard de la transparence. Il a ajouté que les pays de la Région de la Méditerranée orientale devaient s'enorgueillir du fait que la Région est la première à instaurer la transparence budgétaire et à mettre à la disposition de tous les pays des informations en ligne sur cette question. Ces pratiques ont été ensuite adoptées par différents sièges. Il a également indiqué que les contributions et les donations de

la Région de la Méditerranée orientale sont faibles et qu'il faut accroître ces montants de façon à ce que la voix de la Région puisse se faire entendre. Il a conclu en notant que les contributions des États Membres auraient des effets plus bénéfiques si elles étaient effectuées en début plutôt qu'en fin d'exercice biennal.

Le Représentant du Maroc s'est félicité de l'approche adoptée pour réformer l'OMS et a souligné qu'aucune réforme ne pourrait avoir lieu sans s'attaquer à la question du financement. Il a suggéré de normaliser la part actuelle des contributions des États Membres au budget de l'OMS par le biais de l'augmentation progressive des contributions fixées. Il a déclaré que les Bureaux régionaux devaient avoir davantage d'autonomie et a fait remarquer que l'instauration de mécanismes visant à faciliter les contributions spécifiques de la Région pourrait aider à assurer la viabilité du financement régional.

Le Directeur régional a affirmé qu'il s'agissait d'une question cruciale, qui devait être discutée dans l'ensemble des comités régionaux. Il a mis en évidence l'importance d'assurer une présence régionale lors de la prochaine réunion de dialogue sur le financement à la fin du mois de novembre, et a exprimé le souhait de voir une participation de haut niveau des ministères de la Santé ainsi que des organismes de développement de la Région. Il a fait remarquer que la Méditerranée orientale était la seule région OMS à avoir spécifiquement demandé une augmentation des contributions fixées. C'est également la région où les contributions totales, représentant moins de 10 % du budget régional, sont les plus faibles. Selon le Directeur régional, les États Membres et les organismes de développement de la Région ne contribuent pas suffisamment au budget de l'Organisation. Il a fait remarquer qu'accroître les contributions de la Région était une bonne manière de faire entendre sa voix dans le cadre des débats politiques mondiaux et des prises de décisions en la matière.

Le Sous-Directeur général pour les questions d'administration a rappelé que 52 % des ressources de l'Organisation provenaient des pays, à la fois sous la forme de contributions fixées et volontaires, et que les autres 48 % étaient le fait d'acteurs non étatiques. Dix contributeurs fournissent près de 60 % des ressources de l'OMS et les vingt principaux contributeurs fournissent 80 % des ressources de l'OMS. Parmi ceux-ci, a-t-il ajouté, onze sont des acteurs non étatiques. Il a cité l'exemple de la Norvège, qui fait partie des cinq premiers États Membres contributeurs, malgré de très faibles contributions fixées. Il a attiré l'attention sur l'idée de contributions fixées « supplémentaires », qui a été promulgué comme moyen pour les aux pays de faire des contributions volontaires comme première étape possible vers une augmentation des contributions fixées.

6.2 La santé dans le programme de développement après 2015

Point 6 d) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/7

Le Dr Marie-Paule Kieny, Sous-Directeur général, Systèmes de santé et innovation, a présenté ce point de l'ordre du jour. Elle a déclaré que les objectifs du Millénaire pour le développement démontraient clairement le pouvoir des objectifs mondiaux. Ils définissent le développement international et exercent une influence sur les domaines sur lesquels les ressources et l'attention politique devraient se concentrer à l'avenir. L'année dernière, les Nations Unies ont engagé des consultations d'une ampleur sans précédent aux niveaux national, régional et mondial en vue de définir les schémas directeurs du programme de développement après 2015. L'OMS et les partenaires sont activement impliqués dans l'ensemble des processus en cours. Le processus de définition d'un nouvel ensemble d'objectifs de développement mondiaux a atteint la fin de la première phase, aboutissant à un Événement spécial lors de la Soixante-huitième Assemblée générale des Nations Unies qui s'est tenue en septembre. Le document final définit une feuille de route pour les processus à venir. Le Président de l'Assemblée générale organisera des événements dans le courant de l'année prochaine afin de faciliter la préparation du programme de développement après 2015. Le Secrétaire général des Nations Unies fera une synthèse de l'ensemble des contributions disponibles et présentera un rapport avant la fin de l'année 2014. La phase finale des travaux intergouvernementaux se conclura par un sommet des Chefs d'État et de Gouvernement en septembre 2015 en vue de l'adoption du programme de développement après 2015. Le Dr Marie-Paule Kieny a souligné la difficulté à fixer

des objectifs mondiaux face aux multiples priorités ainsi qu'aux besoins et contextes différents des pays. Elle a conclu en déclarant que la position de l'OMS était que la couverture sanitaire universelle constitue à la fois un moyen et une fin en soi. Elle permet en effet d'intégrer un large éventail de questions de santé dans un cadre unique, peut s'adapter aux besoins différents des pays et offre une plateforme pour une approche axée sur les droits de l'homme. L'OMS continuera d'utiliser les indicateurs de santé comme moyen de mesurer les progrès réalisés en matière de développement durable.

Discussions

Le Représentant de l'Égypte a fait une synthèse des questions importantes pour son pays et qui doivent être examinées pour le programme après 2015, notamment la santé de la famille, la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, la réduction de la charge des maladies non transmissibles (principalement l'hypertension et le diabète), la réduction de la mortalité due aux accidents de la circulation, la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, la couverture sanitaire universelle, la couverture par la vaccination systématique pour les enfants, et la santé des adolescents et des jeunes.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Bahreïn a fait remarquer que l'ampleur des objectifs de santé pour le programme après-2015 devient de plus en plus importante, il faut donc incorporer les maladies non transmissibles en tant qu'objectif indépendant ou composante principale d'un ensemble d'autres objectifs de santé. Il a souligné l'importance de la prise en compte de la couverture sanitaire universelle dans le programme après-2015 afin de garantir l'accès de tous aux services et de réaliser l'équité en santé.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a fait observer que si les OMD relatifs à la santé ont considérablement contribué à l'amélioration de la santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ils ont également facilité l'apparition d'approches de développement quelque peu fragmentées. Il a indiqué que le programme de développement après 2015 nécessitait un cadre défini pour le développement durable, et que cela était nécessaire à la fois pour définir le rôle de la santé et pour montrer la manière dont les activités intersectorielles pourraient être mises en œuvre efficacement. Il a ajouté que le programme après 2015 devait encourager une approche pangouvernementale et que tous les objectifs du programme devaient comprendre des objectifs de santé concrets, ambitieux et mesurables.

Le Représentant du Pakistan a déclaré que son pays considérait le programme de développement pour l'après 2015 comme un important domaine de délibération pour les générations futures. Il a fait remarquer que le Pakistan était en cours de préparation de son prochain plan quinquennal dans le domaine de la santé. Outre l'importance placée sur les cibles actuelles des OMD dans le programme d'action pour l'après 2015, a-t-il ajouté, il est nécessaire de prendre en compte les maladies non transmissibles, les déterminants sociaux de la santé et la couverture sanitaire universelle. Il a souligné l'importance de la mobilisation de ressources pour garantir la pérennité du financement face à l'augmentation des dépenses de santé et à la réduction des budgets.

Le Représentant de l'Afghanistan a fait remarquer que certains pays de la Région, y compris le sien, ne pourraient pas atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) d'ici à 2015. Il a déclaré que la réalisation des cibles des OMD liés à la santé continuerait d'être une priorité pour l'Afghanistan, tout en augmentant les services de santé, en se concentrant sur les jeunes et les personnes âgées. Il a invité l'OMS à collaborer avec les États Membres pour inclure la santé dans l'ensemble des politiques en vue de la réalisation des objectifs de santé et de développement durable.

Le Représentant du Soudan a indiqué que les OMD ont fourni une bonne occasion au monde de parvenir à un consensus sur des priorités spécifiques. Il a salué les progrès accomplis par le Soudan et d'autres pays de la Région vers la réalisation des OMD concernant la santé, mais a indiqué que de nombreux obstacles subsistaient. Un des enseignements les plus importants tirés des OMD est que

l'approche verticale pour les interventions n'a pas beaucoup contribué au renforcement des systèmes de santé nationaux, mais l'a plutôt compromis. Il a ajouté que l'appui fourni aux pays n'était pas adapté à leurs besoins spécifiques. Plus tôt dans l'année, le Soudan a participé en tant que représentant de la Région à la conférence au Botswana consacrée à la santé dans le programme de développement après 2015. Il a souligné la nécessité de mobiliser davantage de ressources afin qu'un plus grand de pays de la Région puisse réaliser les OMD relatifs à la santé d'ici à 2015. Il a déclaré que l'accent devait être mis sur le rôle de la santé comme fondement du développement et sur les déterminants sociaux de la santé. Il a indiqué qu'une priorité élevée devait être accordée au renforcement des capacités en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence.

Le Représentant de la Tunisie a déclaré qu'il était convaincu que les politiques de santé axées sur une planification pragmatique avaient des limites se traduisant par un décalage entre les politiques et les attentes de la population. La Tunisie a initié un processus auquel elle a associé toutes les parties prenantes et les acteurs sociaux en vue d'évaluer la situation et d'identifier les questions à soulever et les pistes de réformes à envisager. La phase de diagnostic initiale est achevée et sera suivie d'un nouvel examen et d'enquêtes. Il a souligné l'importance d'une planification des politiques de santé selon une approche participative.

Le Représentant de l'Alliance internationale des organisations de patients a souligné la nécessité d'inclure les maladies non transmissibles dans le programme de développement après 2015. Il a indiqué que son organisation se félicitait des efforts continus déployés en vue de la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies et invitait les pays à garantir l'engagement fort de la société civile, et en particulier l'implication des organisations de patients dans la mise en œuvre du cadre d'action régional. Les pays sont également invités à veiller à ce que des mécanismes de financement solides soient en place afin de maintenir la dynamique et à s'assurer que les pays à revenu faible et intermédiaire puissent réaliser les objectifs du cadre d'action. Il a conclu en lançant un appel pour que l'ensemble des politiques, stratégies et programmes pertinents s'appuient sur des soins de santé axés sur les patients.

Le Représentant du Maroc a invité les États Membres à adopter un cadre pour l'après 2015 fondé sur le développement socio-économique, la pérennité environnementale, la paix et la sécurité dans le contexte du respect des droits de l'homme et de l'équité. Il a indiqué que l'élaboration d'une feuille de route était essentielle si l'on veut identifier un nouvel ensemble de cibles. Il a souligné l'importance des déterminants sociaux de la santé et a invité tout le monde à considérer la santé comme une composante essentielle du développement durable. Il a affirmé que l'objectif final était d'améliorer la santé tout au long de l'existence. Il a déclaré qu'il fallait accélérer le rythme de réalisation du programme des OMD et que la couverture sanitaire universelle constituait à la fois un moyen de réaliser cet objectif et un objectif en soi.

La Représentante d'*Alzheimer's Disease International* a indiqué que le nombre de personnes atteintes de démence est estimé à 36 millions dans le monde entier et il est prévu que ce chiffre soit près de deux fois plus important dans les 20 prochaines années. Elle a fait remarquer qu'un nouveau rapport publié en septembre 2013 indiquait que la démence représente 50 % des besoins de prise en charge à long terme pour les personnes âgées ; par conséquent, cette maladie a un impact considérable, toujours en augmentation, sur les systèmes sociaux et de santé. Elle a ajouté que, même si la Déclaration politique des Nations Unies reconnaissait la maladie d'Alzheimer comme étant à l'origine d'une source importante de morbidité, qui contribue à la charge mondiale des maladies non transmissibles, des mesures concrètes pour s'attaquer à cette maladie et à la démence sont toujours absentes de plusieurs plans d'action mondiaux pour la santé. Elle a mentionné la nécessité d'obtenir des informations précises sur la démence pour les prestataires de santé, les praticiens de santé publique et pour le public. Elle a également demandé au Bureau régional de mettre ses informations à la disposition de tous sur le site Web du Bureau régional dans les thèmes de santé.

Le Représentant du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode (ICCIDD) a attiré l'attention sur le problème des troubles dus à une carence en iode, et il a déclaré que ces troubles devaient figurer au premier rang des priorités du programme de santé mondial car ils constituaient une cause majeure de déficiences mentales évitables. Il a fait remarquer que la Région continuait d'avoir le plus faible pourcentage d'enfants et de femmes enceintes faisant l'objet d'enquêtes visant à mesurer leur apport en iode ainsi que le pourcentage le plus élevé d'enfants et de femmes enceintes ayant des apports en iode insuffisants. Il a indiqué que son organisme s'attachait à fournir un appui aux objectifs de l'OMS dans quatre domaines principaux : la production d'informations fondées sur des bases factuelles afin de garantir un apport alimentaire en iode optimum ; le suivi des progrès régionaux accomplis vers l'élimination des troubles dus à une carence en iode ; la synchronisation des efforts de surveillance des apports en iode et en sodium ; et enfin la réalisation de examens des urines afin d'évaluer la consommation de sodium.

Le Représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA) a fait remarquer que le programme pour l'après-2015 serait le cadre idéal pour mettre l'accent sur la santé et l'environnement, constituant les deux piliers – liés et interdépendants – du développement durable. Il a affirmé que l'IFMSA a accompli d'énormes progrès en faisant de la santé mondiale et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé un domaine clé en termes de politiques et de plaidoyer. Alors que le délai pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement touche à sa fin, l'IFMSA se prépare à participer aux futures initiatives visant à redéfinir le monde sur la base de l'équité. Face à ces enjeux de taille, a-t-il ajouté, l'IFMSA a décidé d'organiser sa prochaine assemblée générale, qui aura lieu en Tunisie en mars 2014, sur le thème suivant : « Santé après 2015 : impliquez-vous ». Il a conclu en invitant les pays et les experts à s'engager dans la préparation de la prochaine assemblée et à fournir un appui technique à cet égard.

Le Sous-Directeur général, Systèmes de santé et innovation, a remercié les membres du Comité pour leurs commentaires instructifs et a déclaré qu'elle espérait se réjouir de leur engagement continu en faveur de ce processus. Elle a insisté sur l'engagement de l'OMS à aider les États Membres et à jouer un rôle moteur dans la définition du programme de santé après 2015.

Le Directeur régional a fait remarquer que la première phase du processus était terminée et avait abouti à l'Évènement spécial au mois de septembre. La suite, qui a fait l'objet de nombreuses discussions, a été de prendre une décision concernant le cadre et les objectifs à adopter. Il a indiqué qu'à l'issue de la première phase, il avait surtout été question d'atteindre des résultats sanitaires optimaux. L'accent est mis sur la couverture sanitaire universelle, sur l'achèvement du programme des OMD et sur les maladies non transmissibles. Il a mentionné que la prochaine phase aurait lieu à New York et ferait l'objet de négociations entre les ministres des affaires étrangères. Il a réitéré la nécessité pour les ministres de la Santé de travailler en étroite coordination avec leurs homologues des Affaires étrangères. Il a affirmé que les ministres de la santé devaient tenir informés les représentants nationaux et veiller à ce qu'ils aient un exposé cohérent sur la place de la santé dans le programme de développement après 2015.

Le Directeur régional a mentionné le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013*, qui venait d'être publié et qui est disponible dans les trois langues pour les participants. Il a déclaré que le rapport mettait en évidence plusieurs messages clés pour la Région. Un de ces messages est que la situation dans la Région est très grave. En effet, la Région a le deuxième taux le plus élevé de traumatismes dus aux accidents de la circulation après la Région de l'Afrique, et la tendance est en hausse. Autre fait inquiétant, les personnes appartenant aux groupes d'âge les plus jeunes et les plus productifs de 15 à 44 ans sont les plus touchés. Le Directeur régional a indiqué qu'en réalité, les traumatismes dus aux accidents de la circulation étaient la première cause de décès chez les jeunes âgés entre 15 et 29 ans dans la Région. Un autre message est que la prévention

fonctionne. Il a expliqué que des stratégies et des mesures efficaces existaient et qu'il y avait des exemples de mesures réussies prises par certains pays de la Région. Il a fait remarquer la nécessité d'augmenter les ressources dans ce domaine et a indiqué que le Bureau régional fournissait un appui technique aux pays à leur demande.

6.3 Examen de la mise en œuvre des résolutions du Comité régional 2000-2011

Point 8 de l'ordre du jour, Document EM/RC60/INF.DOC.8, Décision n°6

Le Dr Samir Ben Yahmed, Directeur, Gestion des programmes, a présenté ce point à l'ordre du jour. Il a indiqué que dans le cadre du processus d'audit et de suivi des résolutions, et conformément à la réforme de l'OMS, l'Organisation a entamé un processus d'examen des résolutions adoptées par le Comité régional de la Méditerranée orientale entre 2000 et 2011. L'objectif est de recommander des mesures visant à garantir que les résolutions futures seront sélectives, pertinentes et réactives au regard des défis de santé publique régionaux, conformément aux orientations stratégiques régionales pour 2012-2016 et à l'action de l'OMS en général, et s'inscrivant dans le contexte des initiatives et résolutions majeures des Nations Unies et de l'action des acteurs et parties prenantes de la santé publique concernés. Au total, 134 résolutions ont fait l'objet d'un examen. Le comité d'examen a évalué les progrès accomplis vers la mise en œuvre des actions recommandées dans les résolutions. Sur la base de l'évaluation, le comité chargé de l'examen a émis des recommandations indiquant, pour chacune des résolutions, si elle devait rester active, si son retrait devait être envisagé (« extinction conditionnelle ») ou si elle devait être totalement retirée (« extinction totale »). Le comité a conclu que si les résolutions adoptées entre 2000 et 2011 suivaient à l'époque un axe stratégique, les futures résolutions devaient être plus sélectives et leur adéquation avec les priorités régionales et l'obligation de rendre compte des résultats devaient être accrues et plus transparentes, représentant des aspects importants de la réforme de la gouvernance de l'OMS. Il a recommandé qu'un examen complémentaire approfondi des résolutions soit réalisé et qu'un ensemble d'actions conseillées soit envisagé. Le Dr Samir Ben Yahmed a invité le Comité régional à prendre en considération la création d'un comité ad hoc au Comité régional, appuyé par le Secrétariat, ayant pour objectif de formuler des recommandations à la soixante et unième session de 2014 quant aux résolutions devant être éliminées.

Les membres du Comité ont exprimé leur soutien à la création d'un comité ad hoc au Comité régional pour passer en revue les résolutions précédemment adoptées et formuler des recommandations quant à celles devant être éliminées.

7. Questions budgétaires et programmatiques

7.1 Planification opérationnelle et mise en œuvre du budget programme 2014-2015 et élaboration du budget programme programme 2016-2017

Point 6 c-i) de l'ordre du jour, Document EM/RC60/5

Le Dr Samir Ben Yahmed, Directeur de la gestion des programmes, a déclaré qu'un processus ascendant et coordonné pour la planification opérationnelle a été lancé depuis l'approbation du budget programme 2014-2015 par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013. Au lieu de mener seulement des missions de planification opérationnelle, et conformément aux recommandations du Comité régional en 2012, la méthode adoptée dans la Région consiste à organiser un dialogue entre les hauts responsables au niveau du Bureau régional et les plus hautes autorités sanitaires nationales, dans le but de déterminer un nombre limité de domaines prioritaires pour chacune des cinq catégories techniques fondées sur les besoins des pays. Le processus d'établissement des priorités a été guidé par la situation démographique des pays, les politiques et les plans de développement sanitaire, les stratégies de coopération avec les pays, les orientations stratégiques régionales et le douzième programme général de travail. En alliant flexibilité et pragmatisme, l'établissement des priorités vise à améliorer l'impact sur la santé publique (davantage de ressources pour un plus petit nombre de priorités nationales) et à faire en sorte de tirer davantage parti des avantages comparatifs de l'Organisation au niveau des pays. Les résultats escomptés du processus révisé de planification opérationnelle sont les suivants : améliorer la qualité des programmes, leur harmonisation avec les stratégies et les priorités des pays ainsi que leur impact ; accroître les ressources techniques et mettre en place une évaluation et un suivi rigoureux des missions des consultants ; renforcer les capacités techniques du Bureau régional dans les domaines hautement prioritaires ; améliorer la redevabilité et la transparence grâce à la nouvelle chaîne de résultats ; améliorer le cycle et les mécanismes de suivi et d'évaluation des progrès relatifs aux engagements pris. Le Directeur de la gestion des programmes a invité les membres du Comité régional à partager leurs expériences en ce qui concerne le processus de planification opérationnelle et a suggéré des manières d'améliorer la mise en œuvre et la notification tout au long de l'exercice 2014-2015.

Discussions

La Représentante de Bahreïn s'est réjouie de la nouvelle approche pour la planification opérationnelle et l'élaboration du budget programme à partir des priorités nationales et régionales. Elle a expliqué que des programmes avaient été mis en œuvre par le passé, mais qu'ils avaient échoué à répondre aux priorités nationales et régionales. L'accent a été mis sur les requêtes de certains coordonnateurs de programmes et les ressources ont donc été réparties de manière inégale. Elle a rappelé que les priorités devaient refléter les résolutions adoptées par le Comité régional pour pouvoir être mises en œuvre.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré qu'il fallait mettre au point une stratégie mutuelle entre l'OMS d'une part et les autres organisations, les institutions et les pays d'autre part, qu'il fallait établir des plans financiers à l'avance et que leur mise en œuvre devait être coordonnée et faire l'objet d'un suivi. Il a affirmé que l'élaboration du budget programme devait prendre en compte certaines questions, et notamment renforcer la stratégie de coopération avec les pays pour que la planification financière soit tournée vers les priorités et les besoins des communautés en fonction des cinq priorités identifiées pour les activités du Bureau régional. Il a souligné qu'il était important d'améliorer les efforts conjoints avec les autres institutions des Nations Unies, d'accroître la visibilité de l'OMS et de renforcer les capacités des bureaux de pays. Il a souligné l'existence du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, qui prévoit le partage des coûts et le renforcement des capacités techniques des pays. Il a mis en garde contre la redondance en matière de mise en œuvre et par là même contre le gaspillage des ressources.

Le Représentant du Qatar s'est félicité de la vision claire et de l'approche améliorée pour les activités du Bureau régional. Il a proposé de mener tous les deux ans une analyse approfondie pour chaque pays, en coordination avec un point focal, en vue d'identifier les forces et les faiblesses. Il a expliqué

que ces analyses étaieraient les plans qui seraient élaborés pour la prochaine période biennale. Il a également suggéré de mettre au point un tableau reprenant l'ensemble des plans et objectifs, ainsi que les délais fixés, et de le poster sur le site Web pour en faciliter l'accès.

Le Représentant du Soudan a souligné que la nouvelle méthode de planification permettrait aux pays de se concentrer sur les priorités, en particulier celles pour lesquelles l'OMS bénéficie d'avantages comparatifs. Il a invité instamment l'OMS à exercer un plus grand rôle pour ce qui est d'inciter les pays à adopter la planification globale et à passer à une approche fondée sur un plan et un budget uniques afin d'optimiser l'utilisation des ressources techniques, financières et humaines, et d'améliorer la transparence. Il a déclaré qu'un cadre clair pour le suivi et l'évaluation était requis de toute urgence, et a proposé qu'un tel cadre soit biennal afin que des modifications puissent être apportées et que les enseignements tirés soient plus profitables.

Le Représentant de la Tunisie a approuvé la nouvelle approche qui met l'accent sur les priorités et les résultats. Il a affirmé qu'une approche ascendante requerrait une mise en œuvre systématique et un suivi des résultats par rapport aux critères de référence établis à cette fin. Il a souligné l'importance de la coopération avec le Bureau régional et les bureaux de pays. Il a reconnu que le défi était grand et qu'il nécessiterait de la coordination, de la discipline et une direction claire.

Le Directeur régional a déclaré que la méthode d'élaboration du budget avait subi un changement radical pour le douzième programme général de travail, qui a identifié cinq grandes priorités techniques reflétant plus de 95 % des priorités des pays de la Région de la Méditerranée orientale. Ces priorités ont été approuvées lors de la cinquante-neuvième session du Comité régional, en 2012. L'élaboration d'un budget au niveau des pays est l'un des principaux aspects de cette nouvelle méthode. Il a fait remarquer que l'on comptait auparavant 35 programmes de coopération disposant de ressources insuffisantes, ce qui se répercutait lourdement sur les résultats. Un accord a donc été trouvé avec les États Membres afin de faire porter les efforts sur neuf à onze programmes dans chaque pays, pour la période biennale, en fonction des priorités spécifiques aux pays. Toutefois, a-t-il précisé, cela ne signifie pas nécessairement que les autres programmes seront négligés. Il a mentionné les trois niveaux d'action de l'OMS et a souligné le rôle du Siège et des bureaux de pays. Dans ce contexte, il a affirmé qu'il fallait renforcer les capacités des bureaux de pays afin qu'ils puissent fournir le soutien technique nécessaire aux pays et répondre aux priorités malgré des ressources limitées. Il a ajouté qu'il fallait réexaminer les ressources humaines et financières des bureaux de pays. Il a rappelé qu'il était important de faire une autocritique constructive et de mettre en place un système pour le suivi et l'évaluation qui soit plus efficace que celui qui existe actuellement. Il a attiré l'attention sur les griefs concernant la qualité des missions de consultations fournies aux pays et a mis en évidence la nécessité d'améliorer et d'évaluer les consultations techniques. Il a indiqué qu'un réseau d'experts et de consultants était en cours de mise en place.

Le Directeur de la gestion des programmes a rappelé que l'accent était mis sur le partenariat et la complémentarité, ainsi que sur les avantages comparatifs de l'OMS dans chaque pays. Il a reconnu que les pays avaient besoin d'un plan sanitaire accompagné de stratégies et de priorités approuvées par tous, qui servirait de base pour planifier la collaboration de l'OMS avec chaque pays. Il a fait remarquer que les missions conjointes d'examen et de planification des programmes n'avaient pas eu lieu cette année car, depuis mai, les efforts visent à poser les jalons de la planification opérationnelle. Des missions se dérouleront plus tard dans l'année sous la direction de hauts responsables de l'OMS, qui rencontreront l'ensemble des parties prenantes du pays pour veiller à la complémentarité des efforts, sur la base des avantages comparatifs. Il a expliqué que 80 % des fonds seraient consacrés à des priorités établies (deux par catégorie) et que les 20 % restants ne seraient pas dépensés afin de pouvoir faire face à des priorités émergentes.

8. Autres questions

8.1 Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et les cent trente-deuxième et cent trente-troisième sessions du Conseil exécutif de l'OMS

Point 6 a) de l'ordre du jour, document EM/RC60/4

Le Dr Ambrogio Manenti, a attiré l'attention sur les résolutions adoptées par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé Il a invité instamment les États Membres à examiner les mesures devant être prises par le Bureau régional et à signaler les actions mises en route de leur côté.

8.2 Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif de l'OMS

Point 6 b) de l'ordre du jour, document EM/RC60/4 Annexe I

Le Dr Ziad Memish (Arabie saoudite) a présenté le projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif et a demandé s'il y avait des commentaires à ce sujet.

Discussions

Le Représentant du Maroc a appelé à la création d'un nouveau mécanisme visant à présenter les contributions des États Membres au Conseil exécutif et a proposé que des réunions soient organisées avec les membres du Conseil exécutif afin de discuter du projet d'ordre du jour avant que le Conseil exécutif ne se réunisse.

Le Directeur de la Gestion des programmes a confirmé que l'ensemble des documents qui feront l'objet de discussions au Conseil exécutif seront partagés à l'avance avec les États Membres. Sur la base des commentaires reçus des États Membres, des documents d'information ont été préparés pour les membres régionaux du Conseil exécutif afin de les aider lors des délibérations.

Le Directeur régional a ajouté que les États Membres recevraient des informations sur les principaux points de discussions et a encouragé les États Membres à participer aux réunions du Conseil exécutif car il s'agit d'un forum important dans lequel la Région doit faire entendre sa voix.

8.3 Attribution du Prix et de la bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha

Point 10 a) de l'ordre du jour, Document. EM/RC60/ INF.DOC.10

Le prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2013 a été remis au Dr Mohammad-Reza Mohammadi (République islamique d'Iran) pour son importante contribution à l'action de santé publique dans la région géographique dans laquelle le Dr Shousha a servi l'Organisation mondiale de la Santé.

8.4 Lieu et date des sessions futures du Comité régional

Point 11 de l'ordre du jour, document EM/RC60/INF.DOC.12, décision n°7

Le Comité régional a décidé de tenir sa soixante et unième session à Tunis (Tunisie) du 19 au 22 octobre 2014.

9. Séance de clôture

9.1 Examen des projets de résolutions, de décisions et de rapport

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

9.2 Adoption des résolutions et du rapport

Le Comité régional a adopté les résolutions et le rapport de la soixantième session.

9.3 Séance de clôture

Le Comité régional a décidé d'envoyer un télégramme à Sa Majesté le Sultan Qaboos bin Said, lui exprimant sa profonde reconnaissance pour son hospitalité et les installations fournies à la soixantième session du Comité régional et félicitant le gouvernement omanais pour le rôle qu'il a joué afin de relever les défis du secteur de la santé ainsi que pour son soutien généreux aux efforts d'éradication de la poliomyélite.

10. Résolutions et Décisions

10.1 Résolutions

EM/RC60/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour 2012 et rapports de situation

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport annuel du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale pour 2012¹, les rapports de situation demandés par le Comité régional et les développements récents dans la Région ;

Rappelant les résolutions EM/RC59/R.1 sur le rapport annuel du Directeur régional 2011; EM/RC57/R.5 sur la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015; WHA39.27, WHA41.16 et WHA47.13 sur l'usage rationnel des médicaments et EM/RC49/R.10 sur la résistance aux antimicrobiens et l'usage rationnel des agents antimicrobiens ; et EM/RC59/R.6 sur les réformes gestionnaires de l'OMS ;

Préoccupé par la difficulté que rencontrent les États Membres en ce qui concerne l'accessibilité économique des vaccins et l'accès sécurisé à ces vaccins, en particulier les vaccins nouveaux et sous-utilisés ;

Préoccupés par ailleurs par la situation alarmante dans la Région, où 85 % des populations qui ont besoin d'un traitement antirétroviral salvateur pour le VIH ne le reçoivent pas, et où les nouvelles infections à VIH et les décès dus au sida sont en augmentation alors qu'ils diminuent au niveau mondial ;

Prenant en considération le fait que la résistance aux antimicrobiens est un problème croissant dans la Région qui fait peser une charge significative sur les États Membres au plan sanitaire et économique ;

1. **REMERCIÉ** le Directeur régional pour son rapport sur l'activité de l'OMS dans la Région ;
2. **ADOpte** le rapport annuel du Directeur régional pour 2012 ;
3. **RÉAFFIRME** sa demande auprès des États Membres d'envisager l'augmentation du niveau des contributions fixées payées à l'Organisation dans le cadre d'une action collective auprès des organes directeurs ;
4. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :
 - 4.1 à prendre des mesures immédiates, s'ils sont des pays à revenu intermédiaire intéressés, pour participer au système d'achat groupé de vaccins et de signer un mémorandum d'accord avec l'OMS et l'UNICEF pour achever le processus de participation d'ici la fin 2013 ;
 - 4.2 à fixer des objectifs annuels ambitieux en matière de dépistage et de traitement du VIH et de prendre des mesures urgentes pour accélérer l'accès au traitement et par là-même mettre un terme à la crise du traitement du VIH ;
 - 4.3 à mettre en place un système robuste de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, y compris la surveillance clinique et en laboratoire, et à veiller à l'application des règles et des réglementations concernant l'usage rationnel des antimicrobiens à tous les niveaux ;

¹ Document EM/RC60/2

- 4.4 à s'appuyer sur l'expérience du processus de planification opérationnelle 2014-2015 dans la Région et à jouer un rôle actif pour proposer des moyens d'améliorer l'exercice de planification du budget programme 2016-2017 selon une logique ascendante ;
 - 4.5 à plaider, lors de la première phase de l'exercice de planification 2016-2017, en faveur d'une enveloppe budgétaire ouverte allouée aux pays pour l'exercice d'établissement des priorités sans aucune subdivision par catégorie, en établissant une budgétisation détaillée uniquement à la phase suivante comme résultat de la planification initiale au niveau des pays ;
5. **PRIE** le Directeur régional :
- 5.1 de confirmer, avec les États Membres concernés, leur engagement à participer à la mise en œuvre du projet de système d'achat groupé de vaccins ;
 - 5.2 de soutenir les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies et d'approches de prestation de services pour l'intensification rapide du traitement du VIH, comme recommandé dans le rapport régional *Accélérer le traitement contre le VIH* ;
 - 5.3 d'encourager la planification coordonnée et adaptée au pays pour 2016-2017 en impliquant l'ensemble des trois niveaux de l'Organisation selon le principe de subsidiarité ;
 - 5.4 de contribuer à l'amélioration du cycle de planification en améliorant les mécanismes de surveillance et d'évaluation des progrès sur les engagements approuvés.

EM/RC60/R.2 Couverture sanitaire universelle

Le Comité régional,

Ayant examiné le document des discussions techniques sur la couverture sanitaire universelle² ;

Rappelant les résolutions WHA64.9 et WHA58.33 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle, ainsi que les résolutions EM/RC59/R.7 sur les orientations stratégiques en vue d'améliorer le financement des soins de santé et EM/RC59/R.3 sur le renforcement des systèmes de santé ;

Reconnaissant que l'approche globale de l'OMS pour la couverture sanitaire universelle englobe les valeurs et principes des soins de santé primaires ;

Prenant note du Rapport sur la santé dans le monde 2010 *Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle* et le Rapport sur la santé dans le monde 2013 *La recherche pour la couverture sanitaire universelle* ;

1. **DEMANDE** aux États Membres :
 - 1.1 d'assurer leur engagement politique durable à la couverture sanitaire universelle afin de veiller à l'accès de tous à des services de santé essentiels de qualité suffisante, sans les exposer à des difficultés financières, et de réaliser les objectifs des systèmes de santé ;
 - 1.2 d'élaborer des stratégies nationales de financement de la santé reposant sur des données probantes qui viennent en appui à la recherche de la couverture sanitaire universelle, en effectuant le travail d'analyse et de diagnostic nécessaire ;

² Document EM/RC60/Tech.Disc.2

- 1.3 d'étendre la prestation de services de santé intégrés et centrés sur les individus qui prennent en compte la charge de la mauvaise santé et qui soit fondée sur les soins de santé primaires ;
 - 1.4 d'étendre progressivement la couverture à l'ensemble de la population, notamment les personnes défavorisées, les populations rurales et les travailleurs du secteur informel, par la mise en place de systèmes de prépaiement équitables, justes et efficaces, qui seront par la suite étendus ;
 - 1.5 de surveiller et d'évaluer les progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de tirer parti des données ventilées pour surveiller l'équité ;
2. **PRIE** le Directeur régional :
- 2.1 de fournir un appui technique en vue de l'élaboration d'une vision, d'une stratégie et d'une feuille de route qui soient spécifiques aux pays pour progresser vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle par un dialogue sur les politiques participatif et efficace ;
 - 2.2 de renforcer les capacités des États Membres à effectuer des travaux de diagnostic et d'analyse, et de faciliter le partage d'expériences et l'apprentissage commun en vue de la couverture sanitaire universelle ;
 - 2.3 d'aider les États Membres à générer et mobiliser des ressources pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
 - 2.4 d'élaborer un cadre d'action permettant de surveiller la couverture sanitaire universelle dans ses trois dimensions dans les États Membres ;
 - 2.5 de suivre les progrès accomplis vers la couverture sanitaire universelle dans la Région et d'en rendre compte au Comité régional dans deux ans.

EM/RC60/R.3 Aggravation de la situation d'urgence causée par la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale

Le Comité régional,

Rappelant la résolution WHA65.5 sur l'intensification de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite qui a déclaré l'achèvement de l'éradication mondiale du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale ;

Ayant examiné, en tant que point spécial de l'ordre du jour,³ la propagation internationale alarmante du poliovirus sauvage dans la Région de la Méditerranée orientale, de décembre 2012 à octobre 2013 ;

Profondément préoccupé par la flambée de poliomyélite explosive en Somalie, la confirmation de nouveaux cas de poliomyélite en République arabe syrienne, les preuves précédemment disponibles en Égypte et dans le territoire palestinien occupé au sujet d'une propagation du poliovirus, et la transmission non maîtrisée du poliovirus dans certaines parties du Pakistan ;

Reconnaissant que tous les États Membres courent maintenant un risque très élevé de réinfection par la poliomyélite et de flambées explosives du fait des importants mouvements de populations au sein de la Région et des lacunes dans l'immunité ;

³ Document EM/RC60/11

1. **DÉCLARE** la nouvelle propagation du poliovirus sauvage situation d'urgence pour tous les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale et réaffirme la situation d'urgence continue de poliomyélite endémique au Pakistan ;
2. **DEMANDE** au Pakistan d'intensifier les mesures nécessaires pour garantir que tous les enfants soient atteints et vaccinés en tant qu'urgence absolue, notamment dans les Zones tribales sous administration fédérale, pour prévenir toute nouvelle propagation internationale ;
3. **PRIE** la République arabe syrienne et les pays voisins de coordonner, et si possible de synchroniser des campagnes de vaccination de masse intensifiées en utilisant les tactiques et le(s) vaccin(s) les plus adéquats afin d'interrompre cette nouvelle flambée dans un laps de temps de six mois ;
4. **DEMANDE** une coordination renforcée avec la Région OMS de l'Afrique pour permettre une surveillance accrue des efforts d'éradication dans la Corne de l'Afrique, une interruption rapide de la flambée qui sévit dans cette région, notamment en Somalie, et la protection des zones à risque voisines dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier Djibouti, le Soudan et le Yémen ;
5. **INVITE INSTAMMENT** tous les États Membres :
 - 5.1 à fournir tout le soutien possible, y compris le plaidoyer politique et le soutien technique, à l'Afghanistan, au Pakistan, à la Somalie et à la République arabe syrienne, dans leurs efforts de négociation et de mise en place d'un accès aux enfants que l'on ne peut pas joindre actuellement par la vaccination contre la poliomyélite ;
 - 5.2 à soutenir les efforts d'éradication intensifiés dans l'ensemble de la Région de la Méditerranée orientale, et en particulier dans les pays ayant un fort risque de nouvelles importations et flambées, notamment l'Afghanistan, Djibouti, le Soudan et le Yémen ;
 - 5.3 à renforcer la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et de la poliomyélite suspecte pour détecter les chaînes de transmission passées inaperçues dans la Région et mieux cibler les efforts urgents ;
 - 5.4 à fournir un appui supplémentaire sur les plans politique, financier et technique aux plans régionaux de riposte aux situations d'urgence ;
6. **PRIE** le Directeur régional de continuer à déployer ses efforts considérables pour accélérer l'éradication dans la Région, y compris la mobilisation du soutien financier et technique nécessaire, et d'organiser une réunion extraordinaire des dirigeants sanitaires régionaux, d'ici à janvier 2014 au plus tard, afin d'examiner la riposte d'urgence régionale, de prévoir des mesures correctives, et d'informer les États Membres de toute action supplémentaire requise.

EM/RC60/R.4 Suivi de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur la mise en œuvre de la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sur la base du cadre d'action régional ;⁴

⁴ Document EM/RC60/9

Rappelant la résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la Déclaration politique de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, et en particulier le paragraphe opérationnel 65 sur l'examen complet et l'évaluation en 2014 des progrès accomplis en la matière ainsi que la résolution EM/RC59/R.2 sur les engagements des États Membres à mettre en œuvre la Déclaration politique ;

Reconnaissant les efforts déployés par le Directeur régional pour faire mieux connaître l'ampleur du problème aux niveaux mondial et régional et renforcer l'action de lutte mondiale contre les maladies non transmissibles ;

Soulignant le fait que le système des Nations Unies a une responsabilité importante pour aider les gouvernements dans le suivi et la mise en œuvre complète des engagements pris par les États Membres dans la Déclaration politique ;

1. INVITE INSTAMMENT les États Membres :

- 1.1 à mener des consultations avec leurs représentants permanents auprès des Nations Unies à New York et Genève sur le champ d'application, les modalités, le format et les dispositions relatives à l'organisation pour l'examen complet et l'évaluation par l'Assemblée générale en 2014 ;
- 1.2 à demander, par les canaux diplomatiques appropriés, au Président de l'Assemblée générale des Nations Unies d'envisager d'organiser une réunion de haut niveau, avec la participation des chefs d'État et de Gouvernement, sur l'examen complet et l'évaluation à l'occasion des débats généraux lors de la Soixante-neuvième session de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2014 ;
- 1.3 à demander au Président de l'Assemblée générale des Nations Unies d'envisager de désigner l'un des représentants permanents auprès des Nations Unies parmi les États Membres de la Région OMS de la Méditerranée orientale pour servir en tant que l'un des deux co-facilitateurs pour la coordination des préparations de l'examen complet et de l'évaluation en 2014 ;

2. PRIE le Directeur régional :

- 2.1 de mettre à jour le cadre d'action régional comme il se doit pour y inclure les instruments mis au point depuis la cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, ainsi que les futurs instruments, y compris un guide pour les États Membres sur les rôles des différents ministères et d'autres partenaires dans le travail multisectoriel en vue d'assurer la prévention des maladies non transmissibles ;
- 2.2 de coordonner étroitement avec le Secrétariat des Nations Unies pour garantir que l'examen complet et l'évaluation aboutissent à la production d'un document concis orienté sur l'action ;
- 2.3 d'apporter un appui aux États Membres dans leurs préparations de l'examen complet et de l'évaluation, y compris en élaborant des indicateurs sur les processus et en facilitant un engagement considérable des ministères de la santé avec les ministères des affaires étrangères et les représentants permanents aux Nations Unies.

EM/RC60/R.5 Stratégie régionale pour la santé et l'environnement 2014-2019

Le Comité régional,

Ayant examiné le document des discussions techniques sur la stratégie régionale pour la santé et l'environnement⁵ ;

Rappelant les résolutions WHA64.24, EM/RC/31/R.12 et EM/RC32/R.14 sur l'eau, l'assainissement et la santé, EM/RC49/R8 sur les effets des conditions environnementales sur la santé, WHA63.25, WHA59.15, WHA50.13, WHA45.32, WHA31.28 et WHA30.47 sur la sécurité chimique et la gestion des déchets, et WHA61.19 et EM/RC55/R8 sur le changement climatique et la santé ;

Reconnaissant le rôle directeur joué par les ministères de la santé dans la gouvernance, la réglementation et la surveillance pour la santé et l'environnement ainsi que pour dynamiser l'action requise d'autres secteurs ;

Préoccupé par le fait qu'un cinquième de la charge des maladies transmissibles, des maladies non transmissibles et des traumatismes dans la Région de la Méditerranée orientale soit attribuable à des risques environnementaux modifiables ;

Prenant note de l'issue de la Conférence Rio+20 des Nations Unies sur le développement durable en 2012 qui a appelé à prendre des mesures sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;

1. **ADOpte** la stratégie régionale pour la santé et l'environnement 2014-2019 et son cadre d'action dans la Région de la Méditerranée orientale ;

2. **DEMANDE** aux États Membres :
 - 2.1 de mettre en place un plan national pour l'adoption et la mise en œuvre de cette stratégie ;
 - 2.2 d'intégrer les préoccupations environnementales dans les politiques, stratégies et plans d'action nationaux en matière de développement et de santé publique ;
 - 2.3 de renforcer les capacités institutionnelles des ministères de la santé pour collaborer avec d'autres ministères et secteurs concernés et assumer le rôle directeur dans la gouvernance, la réglementation et la surveillance pour la santé et l'environnement ;
 - 2.4 de dynamiser et coordonner les actions menées par toutes les parties prenantes dans les secteurs concernés et les prestataires de services impliqués pour protéger la santé vis-à-vis des risques liés à l'environnement en adoptant une approche de collaboration multisectorielle ;

3. **PRIE** le Directeur régional :
 - 3.1 de fournir un appui technique aux États Membres pour adapter et mettre en œuvre la stratégie régionale pour la santé et l'environnement ;
 - 3.2 d'établir des partenariats avec les organisations des Nations Unies et d'autres parties prenantes concernées pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie ;
 - 3.3 de surveiller les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie et d'en rendre compte au Comité régional tous les deux ans jusqu'à 2019 ;

⁵ Document EM/RC60/Tech.Disc.1

EM/RC60/R.6 Sauver les vies des mères et des enfants

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique intitulé Sauver les vies des femmes et des enfants⁶ ;

Rappelant la résolution A/RES/55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies relative à la Déclaration du Millénaire ainsi que la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé WHA55.19 Contribution de l'OMS à la réalisation des objectifs de développement de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies ;

S'inquiétant de la persistance du taux élevé de mortalité maternelle et infantile dans la Région, en particulier dans les pays où la charge de la morbidité est élevée et qui représentent 95 % des décès de mères et d'enfants de moins de cinq ans ;

Se félicitant de l'initiative du Directeur régional en vue de sauver les vies des mères et des enfants ;

Reconnaissant l'importance pour les pays et les partenaires de mener d'urgence une action concertée et de déployer des efforts collectifs afin de réduire la mortalité maternelle et infantile ;

1. **APPROUVE** la Déclaration de Dubaï intitulée Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi, qui est en annexe de la présente résolution ;
2. **DEMANDE** aux États Membres :
 - 2.1 de respecter les engagements pris dans la Déclaration de Dubaï, à savoir accorder la priorité à la santé de la mère et de l'enfant et la promouvoir ;
 - 2.2 de garantir la solidarité régionale afin de soutenir la mise en œuvre des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant ;
3. **INVITE INSTAMMENT** les pays où la charge de morbidité est élevée à renforcer les partenariats multisectoriels afin de mettre en œuvre leurs plans d'accélération nationaux, d'allouer dans la mesure du possible les ressources humaines et financières requises et de s'employer à mobiliser des ressources supplémentaires auprès des donateurs, des partenaires et des agences de développement ;
4. **PRIE** le Directeur régional :
 - 4.1 de fournir un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de leurs plans d'accélération nationaux ;
 - 4.2 de soutenir les États Membres dans leurs efforts de mobilisation de ressources supplémentaires à cette fin ;
 - 4.3 d'appeler les donateurs et les agences de développement à assumer leur rôle en contribuant à cette initiative et en lui apportant leur soutien ;
 - 4.4 de rendre compte au Comité régional des progrès accomplis en ce qui concerne la mise en œuvre des plans d'accélération nationaux chaque année jusqu'à 2015.

⁶ Document EM/RC60/3

EM/RC60/R.7 Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil⁷ ;

Rappelant la résolution EM/RC59/R.3 Renforcement des systèmes de santé, dans laquelle les États Membres sont invités instamment à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, notamment l'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès ;

Reconnaissant que plusieurs résolutions des Nations Unies plaident en faveur de l'enregistrement universel des actes d'état civil, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits civils et politiques (A/RES/2200(XXI)), la Déclaration du Millénaire (A/RES/55/2) et la Déclaration sur le droit au développement (A/RES/41/128) ;

Rappelant également la recommandation de la Commission de l'information et de la responsabilisation en matière de santé de la femme et de l'enfant des Nations Unies à l'ensemble des pays, leur demandant de prendre des mesures importantes pour mettre en place un système d'enregistrement des naissances, des décès et des causes de décès, et d'établir des systèmes d'information sanitaire qui fonctionnent bien d'ici à 2015 ;

Reconnaissant par ailleurs l'importance des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil en matière de fourniture d'informations permettant de garantir le droit à l'identité, qui est un droit fondamental pour les particuliers, et l'importance de soutenir les secteurs de développement humain, y compris la santé ;

Reconnaissant l'importance de la collaboration intersectorielle en appui aux systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ;

1. **APPROUVE** la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019 ;
2. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres à accorder la priorité au renforcement de leurs systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ;
3. **DEMANDE** aux États Membres :
 - 3.1 d'élaborer, ou de continuer à renforcer, un plan stratégique national multisectoriel afin d'améliorer les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil sur la base des conclusions d'une évaluation approfondie et en s'inspirant de la stratégie régionale ;
 - 3.2 de renforcer l'infrastructure et les capacités au sein du ministère de la Santé et d'élaborer des règles et des procédures afin de veiller à l'application de normes de qualité pour la certification médicale et la codification des causes de décès, en utilisant la Classification internationale des maladies ;
 - 3.3 de sensibiliser la communauté et les secteurs concernés aux systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de mobiliser un appui en faveur de ces systèmes ;

⁷ Document EM/RC60/10

4. **PRIE** le Directeur régional :

- 4.1 de fournir un soutien technique aux États Membres afin qu'ils adaptent et mettent en œuvre la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ;
- 4.2 de renforcer les partenariats avec les institutions des Nations Unies ainsi que les autres parties prenantes régionales concernées en vue de faciliter la mise en œuvre de la stratégie ;
- 4.3 de surveiller les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie et d'en rendre compte au Comité régional tous les deux ans jusqu'en 2019.

EM/RC60/R.8 Surveillance de la situation sanitaire, des tendances et de la performance des systèmes de santé

Le Comité régional,

Rappelant la résolution EM/RC59/R.3 sur le renforcement des systèmes de santé, qui invite instrument les États Membres à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, ainsi que les discussions sur le projet de liste d'indicateurs au cours des réunions techniques qui ont précédé le Comité régional ;

Reconnaissant l'importance de systèmes d'information sanitaire robustes en matière de fourniture d'information crédibles pour la prise de décisions et l'élaboration des politiques ;

Reconnaissant la nécessité de s'attaquer aux lacunes et aux défis en ce qui concerne les systèmes nationaux d'information sanitaire et le rôle de chef de file joué par l'OMS dans la fourniture d'un soutien technique ;

1. DEMANDE aux États Membres d'examiner le projet de liste d'indicateurs de base et de faire des suggestions d'indicateurs facultatifs spécifiques aux pays ;

2. APPELLE les États Membres :

- 2.1 à élaborer ou renforcer un plan national afin d'améliorer les systèmes d'information sanitaire, notamment l'engagement de ressources humaines compétentes et de ressources matérielles ;
- 2.2 à mettre en place un observatoire national de la santé en vue de renforcer la diffusion et l'utilisation d'informations et de données d'expérience sur les pays ;
- 2.3 à institutionnaliser les relevés de population et les enquêtes auprès des établissements afin d'améliorer la production de données fiables ;

3. PRIE le Directeur régional :

- 3.1 de fournir un appui technique aux États Membres pour élaborer des plans nationaux en vue de renforcer les systèmes d'information sanitaire ;
- 3.2 d'organiser une réunion des parties prenantes nationales au cours des six premiers mois de l'année 2014 afin de passer en revue et d'approuver la liste finale d'indicateurs.

10.2 Décisions

DÉCISION N° 1 ÉLECTION DU BUREAU

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

Président : S.E. Dr Ahmed Al Saidi (Oman)
Premier Vice-président : S.E. Dr Seyed Hassan Ghazizadeh Hashemi (République islamique d'Iran)
Second Vice-président : S.E. Dr Ahmed Qassim Al-Ansi (Yémen)

S.E. le Dr Badereddin Annajar (Libye) a été élu Président des Discussions techniques.

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

- Dr Mariam Al Jalahma (Bahreïn)
- Dr Bijan Sadrizadeh (République islamique d'Iran)
- Dr Qais Saleh Al Doweiry (Koweït)
- M. Jilali Hazim (Maroc)
- Dr Said bin Hareb Al-Lamki (Oman)
- Dr Mohamed Yahya Saeedi (Arabie saoudite)
- Dr Emad Ezzat (Égypte)
- Dr Samir Ben Yahmed (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- M. Raul Thomas (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Jaouad Mahjour (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

DÉCISION N° 2 ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour de sa soixantième session, après y avoir ajouté un point concernant la poliomyélite.

DÉCISION N° 3 COMMISSION DE VÉRIFICATION DES POUVOIRS

Conformément au règlement intérieur du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, la Commission de vérification des pouvoirs, composée des membres du bureau du Comité, s'est réunie le 29 octobre 2013 et a passé en revue les pouvoirs soumis par les États Membres. Sur la base du rapport du Président de la Commission de vérification des pouvoirs, le Comité régional a reconnu la validité des pouvoirs soumis par les délégations suivantes : Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iran (République arabe d'), Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie et Yémen.

DÉCISION N° 4 ATTRIBUTION DU PRIX DE L'ÉTAT DU KOWEÏT POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER, LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES ET LE DIABÈTE DANS LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Le Comité régional a décidé d'attribuer le Prix de l'État du Koweït pour la lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale au Dr Khaled Al Saleh (Koweït), sur la base de la recommandation du Comité de la Fondation du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale. La remise du prix au lauréat sélectionné se fera pendant la soixante et unième session du Comité régional en 2014.

**DÉCISION N° 5 ATTRIBUTION DU PRIX POUR LA RECHERCHE SUR LE
SYNDROME DE DOWN**

Le Comité régional, sur la base de la recommandation du Comité de la Fondation du Prix de la Recherche sur le Syndrome de Down, a décidé de ne pas attribuer le prix cette année, et d'appeler à candidatures pour 2014, bien que les candidatures pour le prix de la Recherche sur le Syndrome de Down soient normalement sollicitées une année sur deux.

DÉCISION N°6 EXTINCTION DES RÉOLUTIONS DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional, ayant pris note des rapports sur les réformes de la gouvernance contenues dans les documents EB135/2 ADD.6 et A66/4 et ayant examiné le rapport du secrétariat (EM/RC60/INF.DOC.8), a décidé de mettre en place un sous-comité ad hoc du Comité régional, avec l'appui du secrétariat, pour passer en revue les précédentes résolutions du Comité et faire des recommandations en ce qui concerne les résolutions qui devraient être éliminées. Le sous-comité, guidé par les travaux préparatoires entrepris par le secrétariat, soumettra ses recommandations à la soixante et unième session du Comité régional pour approbation.

DÉCISION N°7 LIEU ET PLACE DE LA SESSION FUTURE DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional a décidé de tenir sa soixante et unième session à Tunis (Tunisie) du 19 au 22 octobre 2014.

Annexe 1

Ordre du jour

1. Ouverture de la session
 - a) Élection du Bureau
 - b) Adoption de l'ordre du jour EM/RC60/1-Rev.5
2. Rapport annuel du Directeur régional 2012 EM/RC60/2
3. Rapports de situation sur les thèmes suivants :
 - a) Éradication de la poliomyélite : implications régionales de la stratégie contre la maladie dans sa phase finale EM/RC60/INF.DOC.1
 Agir rapidement pour répondre à la situation d'urgence de plus en plus grave causée par la poliomyélite qui menace désormais tous les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale EM/RC60/11
 - b) Initiative Pour un monde sans tabac EM/RC60/INF.DOC.2
 - c) Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015 EM/RC60/INF.DOC.3
 - d) Renforcement des systèmes de santé : enjeux, priorités et options pour l'action future EM/RC60/INF.DOC.4
 - e) Application du Règlement sanitaire international (2005) EM/RC60/INF.DOC.5
 - f) Le point sur les situations d'urgence et l'impact de la crise syrienne sur les systèmes de santé dans les pays voisins EM/RC60/INF.DOC.6
 - g) Sécurité routière EM/RC60/INF.DOC.7
4. Discussions techniques
 - a) Stratégie régionale pour la santé et l'environnement EM/RC60/Tech.Disc.1
 - b) Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route EM/RC60/Tech.Disc.2
5. Documents techniques
 - a) Sauver les vies des mères et des enfants EM/RC60/3
 - b) Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil EM/RC60/10
6. Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif
 - a) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et les cent trente-deuxième et cent trente-troisième sessions du Conseil exécutif de l'OMS EM/RC60/4
 - b) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif de l'OMS EM/RC60/4-Annexe I
 - c) Réforme de l'OMS :
 - i) Planification opérationnelle et mise en œuvre du budget programme 2014-2015 et élaboration du budget programme 2016-2017 EM/RC60/5
 - ii) Rapport de la réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS EM/RC60/6
 - d) La santé dans le programme de développement après 2015 EM/RC60/7
 - e) Critères relatifs aux prolongations de délais pour le Règlement sanitaire international (2005) EM/RC60/8

7. Mise en œuvre de la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sur la base du cadre d'action régional EM/RC60/9
8. Examen de la mise en œuvre des résolutions du Comité régional 2000-2011 EM/RC60/INF.DOC.8
9. Rapport de la première réunion du Comité consultatif technique auprès du Directeur régional EM/RC60/INF.DOC.9
10. Attributions de prix pour 2013
Attribution du Prix et de la bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha EM/RC60/INF.DOC.10
Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale EM/RC60/INF.DOC.11
11. Lieu et date des sessions futures du Comité régional EM/RC60/INF.DOC.12
12. Autres affaires
13. Séance de clôture

Annexe 2

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

1. REPRÉSENTANTS, SUPPLÉANTS ET CONSEILLERS DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL

AFGHANISTAN

Représentant

Dr Ahmad Jan Naeem
Deputy Minister of Policy and Planning
Ministry of Public Health
Kabul

Suppléant

Dr Eimal Latif
Advisor to H.E. the Minister
Ministry of Public Health
Kabul

Représentant de l'OMS

Dr Richard Peeperkorn

ARABIE SAOUDITE

Représentant

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

Suppléant

Dr Ziad Memish
Undersecretary for Public Health
Ministry of Health
Riyadh

Conseillers

Dr Afaf Al Shammery
General Supervisor of International Relations
Ministry of Health
Riyadh

Dr Sanaa Filmaban
The Director of AIDS Program
and Supervisor of the Immunity Division
Ministry of Health
Riyadh

Mr Ibrahim Al-Anazi
Minister's Secretary
Ministry of Health
Riyadh

ARABIE SAOUDITE (suite)

Dr Mohamed Al-Saidi
Director-General, Chronic Diseases
Ministry of Health
Riyadh

Mr Ahmed Hassan Al-Qurani
Media and Public Relations
Minister's Office
Ministry of Health
Riyadh

Mr Mohamed Ibrahim Al-Haidar
Media and Public Relations
Minister's Office
Ministry of Health
Riyadh

Mr Mohamed Ali-Assiri
Media and Public Relations
Minister's Office
Ministry of Health
Riyadh

Représentant de l'OMS

Dr Mostafa Tyane

BAHREÏN

Représentant

H.E. Mr Sadiq bin Abdul Karim Al-Shehabi
Minister of Health
Ministry of Health
Manama

Suppléant

Dr Mariam Al Jalahma
Assistant Under-Secretary for
Primary Care and Public Health
Ministry of Health
Manama

Conseillers

Mr Abdel Aziz Mohamed Rashed Al Refai
Director of Public and International Relations
Ministry of Health
Manama

Dr Mariem Al-Hajri
Ministry of Health
Manama

BAHREÏN (suite)

Dr Gamila Salman
Ministry of Health
Manama

DJIBOUTI

Représentant

S.E. Dr Kassim Issak Osman
Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Djibouti

Suppléant

Dr Mohamed Mahyoub Hatem
Conseiller technique
Ministère de la Santé
Djibouti

Conseiller

M. Mahad Ibrahim Hassan
Directeur des études, de la planification,
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé
Djibouti

Représentant de l’OMS

Dr Rayana Bou Haka

ÉGYPTE

Représentant

H.E. Dr Maha Al Rabbat
Minister of Health and Population
Ministry of Health and Population
Cairo

Suppléant

Dr Wahid Doss
Dean of the Institute of Liver and Tropical Medicine
Ministry of Health and Population
Cairo

Conseillers

Dr Emad Ezzat
Undersecretary for Primary Health Care and Nursing
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Safaa Mourad
Director-General, Foreign Health Relations Dept.
Ministry of Health and Population
Cairo

ÉGYPTE (suite)

Dr Ola Mohamed Ahmed Abd El Meguid Khairallah
NCD Focal Point
Ministry of Health and Population
Cairo

Représentant de l’OMS

Dr Hendrik Bekedam

ÉMIRATS ARABES UNIS

Représentant

H.E. Mr Abdul Rahman Bin Mohamad Al-Owais
Minister of Health
Ministry of Health
Abu Dhabi

Suppléant

Dr Mohamed Selim Al-Alma’
Under-Secretary
Ministry of Health
Abu Dhabi

Conseillers

Dr Youssef Al-Serkal
Assistant Under-secretary for hospital affairs
Ministry of Health
Abu Dhabi

Mr Nasser Khalifa Al Badour
Director of Dubai Medical
and Head of Ministers’ office
Ministry of Health
Abu Dhabi

IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D’)

Représentant

H.E. Dr Seyed Hassan Ghazizadeh Hashemi
Minister of Health and Medical Education
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Suppléant

Dr Ali Akbar Sayari
Deputy Minister for Public Health
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Conseillers

Dr Mohsen Asadi Lari
Director-General for International Affairs
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D') (suite)

Dr Mohammad Hossein Nicknam
Senior Adviser to the Minister of Health
for International Affairs
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Dr Bijan Sadrizadeh
Senior Adviser to the Deputy Minister for Public Health
and International Affairs
Ministry of Health and Medical Education
Teheran

Dr Mohammad-Reza Mohammadi
Head of the Psychiatry and Psychology Research Centre
Teheran University of Medical Sciences and Health Services
Teheran

Membre du Parlement

Représentant de l'OMS

Dr Jihane Farah Tawilah

IRAQ

Représentant

Dr Sattar Jabar Al Saddi
Deputy Minister (Technical)
Ministry of Health
Baghdad

Suppléant

Dr Mohamed Jaber Al-Taae
Advisor to DG of Public Health
and Focal Person for CBD
Ministry of Health
Baghdad

Représentant de l'OMS

Dr Syed Jaffar Hussain

JORDANIE

Représentant

H.E. Dr Ali Hyasat
Minister of Health
Ministry of Health
Amman

Suppléant

Dr Mohamed Bassam Ahmed Qasem
Director of Primary Health Care Administration
Ministry of Health
Amman

JORDANIE (suite)

Conseiller

Mr Mostafa Ibrahim Abdalla Qasim
Director, Public and International Relations
Ministry of Health
Amman

Représentant de l’OMS

Dr Akram Eltom

KOWEÏT

Représentant

H.H. Sheikh Mohammad Abdullah Al-Mubarak Al-Sabah
Minister of Health & Minister of State for Cabinet Affairs
Ministry of Health
Kuwait

Suppléant

Dr Khaled Al Sahlawy
Under-Secretary
Ministry of Health
Kuwait

Conseillers

Dr Qais Saleh Al Doweiry
Assistant Under-Secretary For Public Health Affairs
Ministry of Health
Kuwait

Dr Faisal Al-Ghanim
Director, Medical Emergency Dept.
Ministry of Health
Kuwait

Dr Rehab Al-Wotayan
Director, Central Dept. for Primary Health Care
Ministry of Health
Kuwait

Dr Saud Al-Dara’a
Director, Department of Planning
Ministry of Health
Kuwait

Dr Mahmoud Abdelhadi
Counselor
Ministry of Health
Kuwait

Mr Faisal Al-Dosary
Director of Public Relations
Ministry of Health
Kuwait

LIBAN

Représentant

H.E. Mr Ali Hassan Khalil
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Beirut

Suppléant

Dr Lina Oueidat
Advisor to H.E. the Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Beirut

Conseiller

Dr Mohamad Abou Haidar
Advisor to H.E. the Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Beirut

Représentant de l'OMS

Dr Hassan El Bushra

LIBYE

Représentant

H.E. Dr Nureddin Dughman
Minister of Health
Ministry of Health
Tripoli

Suppléant

Dr Hussien Abdulla
Under-secretary
Ministry of Health
Tripoli

Conseillers

Dr Badereddin Annajar
Director of National Center of Disease Control
Ministry of Health
Tripoli

Mr Mohamed Daganee
Director of Health Information
Ministry of Health
Tripoli

Dr Khaled Etalib
Head of International Cooperation Office
Ministry of Health
Tripoli

Mr Abdulbasit Alkawash
Coordinator of International Organizations
Ministry of Health
Tripoli

LIBYE (suite)

Représentant de l’OMS

Dr Jean Jabbour

MAROC

Représentant

M. Jilali Hazim
Directeur, Planification et ressources financières
Ministère de la Santé
Rabat

Suppléant

Prof. Abderrahmane Maaroufi
Directeur, Épidémiologie et lutte contre les maladies
Ministère de la Santé
Rabat

Conseiller

Dr Ahmed Boudak
Directeur, Hôpitaux et soins ambulatoires
Ministère de la Santé
Rabat

Représentant de l’OMS

Dr Yves Souteyrand

OMAN

Représentant

H.E. Dr Ahmed Al-Saidi
Minister of Health
Ministry of Health
Muscat

Suppléant

H.E. Dr Ali bin Talib Al Hinai
Undersecretary for Planning Affairs
Ministry of Health
Muscat

Conseillers

Mr Issa bin Abdullah Al-Alawi
President of the Minister’s Office
Ministry of Health
Muscat

Dr Said bin Hareb Al-Lamki
Acting Director-General of Health Affairs
Ministry of Health
Muscat

Dr Ayesha bint Salem Al Ghalani
Director-General of Planning
Ministry of Health
Muscat

OMAN (suite)

Dr Mohamed Bin Said Bin Salem Al-Yazeedi
Specialist and Acting Director
Environmental and Occupational Health Directorate
Ministry of Health
Muscat

Ms Majida Bint Saber Al Balushi
Head of Rehabilitation Services at hospital affairs
Ministry of Health
Muscat

Représentant de l’OMS

Dr Abdulla Saleh Assa’edi

PAKISTAN

Représentant

Dr Asad Hafeez
Executive Director
Health Services Academy
Islamabad

Suppléant

Dr Raja Mustafa Hyder
Deputy-Secretary (IC&Dev.)
NHSRC
Islamabad

Représentant de l’OMS

Dr Nima Abid (par intérim)

PALESTINE

Représentant

H.E. Dr Jawad Awwad
Minister of Health
Ministry of Health
Nablus

Suppléant

Dr Asad Ramlawi
Assistant Deputy for Health Affairs
Ministry of Health
Nablus

Chef du Bureau de l’OMS

Dr Mahmoud Daher

QATAR

Représentant

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

QATAR (suite)

Suppléant

Dr Salih Ali Al-Merri
Assistant Secretary-General for Medical Affairs
Supreme Council of Health
Doha

Conseillers

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

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

Mr Abdullah Mohamed Al-Sheib
Head of Patient's Dept.
Supreme Council of Health
Doha

RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Représentant

H.E. Dr Saad Al Nayef
Minister of Health
Ministry of Health
Damascus

Suppléant

Dr Ahmad Abboud
Director of Primary Health Care
Ministry of Health
Damascus

Conseiller

Mr Yahia Bozou
Ministry of Health
Damascus

Représentant de l'OMS

Dr Elizabeth Hoff (par intérim)

SOMALIE

Représentant

H.E. Dr Maryan Qasim Ahmed
Minister for Human Development
and Public Services
Ministry for Human Development
and Public Services
Mogadishu

SOMALIE (suite)

Suppléants

Dr Ali Warsame
Minister of Health
Ministry of Health
Puntland State

Mr Saleban Esse Ahmed
Minister of Health of Somaliland
Ministry of Health
Somaliland

Dr Abdi Awad Ibrahim
Resident Advisor
Ministry of Health
Mogadishu

Mr Tariq Abdinasir Bihi
Head of H.E. The Minister's Office
Ministry of Health
Mogadishu

Représentant de l'OMS

Dr Ghulam Rabani Popal

SOUDAN

Représentant

Dr Tilal Alfadil Mahdi
Director-General
Primary Health Care
Federal Ministry of Health
Khartoum

Suppléant

Dr Abdalla Sayed Ahmed Osman
Advisor for Federal Minister of Health
Federal Ministry of Health
Khartoum

Conseillers

Dr Imad El Din Ahmed Mohammed Ismail
Director of International Health and External Relations
Federal Ministry of Health
Khartoum

Dr Hayat Khogali
Head of Epidemiology and Zoonotic Diseases Department
Federal Ministry of Health
Khartoum

Représentant de l'OMS

Dr Anshu Banerjee

TUNISIE

Représentant

S.E. Dr Abdellatif Mekki
Ministre de la Santé
Ministère de la Santé
Tunis

Suppléant

Mme Raoudha Ben Marzouk
Directrice générale, Services communs
Ministère de la Santé
Tunis

Conseillers

Dr Khaled Azzabi
Cabinet du Ministre
Ministère de la Santé
Tunis

Mme Nejia Harguem
Directrice, Département de la coopération technique
Ministère de la Santé
Tunis

Dr Hassen Ben Salem
Directeur, Études et planification
Ministère de la Santé
Tunis

Dr Afif Ben Salah
Directeur, Soins de santé de base
Ministère de la Santé
Tunis

Mme Nesrine Boujanoui
Pharmacienne, vaccins et vaccination
Pharmacie centrale
Ministère de la Santé
Tunis

Représentant de l’OMS

Dr Guido Sabatinelli

RÉPUBLIQUE DU YÉMEN

Représentant

H.E. Dr Ahmed Qassim al-Ansi
Minister of Public Health and Population
Ministry of Public Health and Population
Sana'a

RÉPUBLIQUE DU YÉMEN (suite)

Suppléant

Dr Magid Al-Gunaid
Deputy Minister for Primary Health Care
Ministry of Public Health and Population
Sana'a

Représentant de l'OMS

Dr Ahmed Shadoul

2. OBSERVATEURS

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

SOUDAN DU SUD (République du)

Dr Lul Pout Riek
Director-General
International Health and Coordination
Juba

Dr Richard Lino Loro Lako
Ministry of Health
Juba

(Observateurs représentant les organisations des Nations Unies)

**ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET
L'AGRICULTURE (FAO)**

Mr El-Zein M. El Muzamil
FAO Representative in Oman
Muscat

AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE (AIEA)

Mr Rethy Chhen
Programme of Action for Cancer Therapy Programme Office
Department of Nuclear Sciences and Applications
Vienna

CENTRE DE RECHERCHES POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Dr Bruce Currie-Alder
Regional Director
IDRC
Cairo

BANQUE MONDIALE

Dr Enis Bariş
Sector Manager, Health, Nutrition and Population
Human Development Department
Middle East and North Africa Region
The World Bank
Washington D.C.

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

Dr Yamina Chakkar
UNAIDS Regional Director
for Middle East and North Africa
Cairo

Mr Erik Lamontagne
UNAIDS Regional Investment
and Efficiency Adviser
Cairo

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Mr Rudolf Schwenk
Chief, Procurement Services
UNICEF Supply Division
Copenhagen

Mr Philipp Kalpaxis
Contracts Specialist (MICs)
UNICEF Supply Division
Copenhagen

Mr Agostino Munyri
Chief, Young Child Survival and Development
UNICEF Office
Sana'a

Dr Khaldoun Al-Assad
Health Officer, UNICEF
Damascus

**AGENCE DES NATIONS UNIES POUR LES SECOURS ET LES TRAVAUX POUR LES
REFUGIÉS PALESTINIENS DANS LE PROCHE-ORIENT (UNRWA)**

Dr Akihiro Seitā
WHO Special Representative,
and Director of Health
UNRWA Headquarters Branch
Amman

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)

Mr Asr Toson
Representative
United Nations Population Fund
Sub-Regional Office
Muscat

ORGANISATION MÉTÉOROLOGIQUE MONDIALE (OMM)

Mr Khalid Khamis Al Hahwari
Assistant Director
Central Forecasting Office
Department of Meteorology
Muscat

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

Mr Lelio Marmora
Department Head for Africa and Middle East
The Global Fund
Geneva

Mr Joseph Serutoke
Regional Manager for Middle East and North Africa
The Global Fund
Geneva

Ms Joumana Al-Atwani
Fund Portfolio Manager
Middle East and North Africa Team
The Global Fund
Geneva

ALLIANCE GAVI

Mrs Helen Evans
Deputy CEO
GAVI Alliance
Geneva

Dr Hind Al-Khatib
GAVI Alliance
Geneva

Ms Anne Cronin
GAVI Alliance
Geneva

BANQUE AFRICAINE DE DÉVELOPPEMENT

Dr Feng Zhao
Chef, Département de la Santé
Banque africaine de développement
Tunis

LIGUE DES ÉTATS ARABES

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

HEALTH MINISTERS' COUNCIL FOR THE COOPERATION COUNCIL STATES

Dr Tawfik A.M. Khoja, FRCGP
Director-General Executive Board
Council of Health Ministers for Gulf
Cooperation States
Riyadh

ARABIZATION CENTER FOR MEDICAL SCIENCE (ACMLS)

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

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

ARAB COMPANY FOR DRUG INDUSTRIES AND MEDICAL APPLIANCES (ACDIMA)

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

ARAB FEDERATION FOR NGO'S SUBSTANCE ABUSE PREVENTION

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

ARAB MEDICAL UNION (AMU)

Dr Osama Raslan
Deputy Secretary-General
Arab Medical Union
Cairo

ARAB COMMUNITY CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL SERVICES (ACCESS)

Dr Adnan Hammad
Director
Arab Community Center
for Economic and Social Services
Michigan

ARAB PHARMACEUTICAL UNION (APU)

Dr Mohamed Sherif Nayef Ababneh
Arab Pharmaceutical Union
Amman

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI)

Dr Yasmin Raashid
Alzheimer's Disease International
Lahore

Ms Diane Mansour
Alzheimer's Disease International
Beirut

COUNCIL OF HEALTH SERVICES/SAUDI ARABIA

Dr Yagob Al-Mazrou
Secretary-General
Council of Health Services
Riyadh

THE GULF FEDERATION FOR CANCER CONTROL (GFCC)

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

ISLAMIC EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (ISESCO)

Dr Obaid Saif Al-Hajeri
Director
ISESCO Office in Sharjah
Sharjah

IMPACT - EASTERN MEDITERRANEAN REGION

H.R.H. Prince Abdulaziz Bin Ahmed Al Saud
Chairman of the Board
IMPACT-EMR
Riyadh

INTERNATIONAL AGENCY FOR THE PREVENTION OF BLINDNESS (IAPB)

Dr Abdulaziz Al Rajhi
Executive Co-chairman, EMR International Agency for the
Prevention of Blindness (IAPB)
Riyadh

**INTERNATIONAL COUNCIL FOR CONTROL OF IODINE DEFICIENCY
DISORDERS (ICCIDD)**

Dr Izzeldine S. Hussein
Regional Coordinator for Gulf, North Africa and EMR
ICCIDD
Al-Khuvair/Oman

INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS ORGANIZATIONS (IAPO)

Dr Syed Hussain Jafri
Governing Board Member
International Alliance of Patients' Organizations
Lahore

Mr Said El Kharrazi
International Alliance of Patients' Organizations
Rabat

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES

Mr Mohamed Babiker
Regional Representative
Gulf and Head of Amman Delegation
Amman

INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATIONS (IFMSA)

Mr Mouhamed Arfaoui
IFMSA Representative
Tunis

Mr Skander Essafi
Local Public Health Officer
and IFMSA Trainer
Tunis

FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE ON TOBACCO CONTROL (FCA)

Dr Hani Algouhmani
FCA Regional Director
Eastern Mediterranean Region of the FCA
Cairo

MENTOR ARABIA

Mrs. Lubna Izziddine
Executive Director
MENTOR Arabia
Beirut

Mrs. Thuraya Ismail
Deputy Executive Director
and Projects & Programs Director
MENTOR Arabia
Beirut

MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA HARM REDUCTION ASSOCIATION (MENAHR)

Mr Elie Aaraj
Executive Director
Middle East and North Africa
Harm Reduction Association
Beirut

ROTARY FOUNDATION/ROTARY INTERNATIONAL

Abdul Rauf Rohaila
Eastern Mediterranean Regional
PolioPlus Committee Chair
Peshawar

HAMDARD FOUNDATION

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

Dr (Ms) Maheneem Mah Munir Ahmed
Mutawallia- Hamdard Lab (Waqf)
Hamdard Foundation Pakistan
Karachi

Miss Fatema-tuz-Zahra Munir Ahmed
Mutawallia- Hamdard Lab (Waqf)
Hamdard Foundation Pakistan
Karachi

MEDICAL WOMEN'S INTERNATIONAL ASSOCIATION (MWIA)

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

Dr Mervat El Rafie
Medical Women's International Association
Cairo

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME)

Dr Ibrahim Al Alwan
President
Association for Medical Education
in the Eastern Mediterranean Region (AMEEMR)
Riyadh

WORLD HEPATITIS ALLIANCE

Mr Charles Gore
World Hepatitis Alliance
London

Dr Ammal Mokhtar Mohamed Metwally
Head of Community Medicine Research Dept.
Regional Member for WHA
Cairo

WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA)

Dr Mohamed Tarawneh
Wonca EMR President
Amman

Dr Oraib Alsmadi
PHC Team Manager
Health Systems Strengthening
WONCA
Amman

Prof. Taghreed M Farahat
Chair Person of Egyptian Family
Medicine Association (EFMA)
Member in the Executive board of WONCA /EMR
Menofia/Egypt

THE SAUDI FUND FOR DEVELOPMENT

Mr Nasser Bin Kredi El Sebei
The Saudi Fund for Development
Riyadh

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL (UICC)

Dr Marc Keller
Global Network Member
UICC
Geneva

INVITÉS/INTERVENANTS/AUTRES OBSERVATEURS

S.A.R. la Princesse Muna Al-Hussein

Membres de la délégation qui accompagne Son Altesse Royale :

Dr Rowaida Al-Maaitah, Counselor for Health Affairs

Ms Daad Shoukeh, Counselor for Nursing Affairs

Ms Montaha Gharaybeh, Secretary-General, Jordanian Nursing Board

Dr Mamdouh Kheir, Secretary of HRH Princess Muna Al-Hussein

Mr Rami Khatib, Military Officer

Professeur Otto Cars

Dr Alan Lopez

Dr Richard Horton

Professeur Mamdouh Gabr

Dr Nils Daulaire

Professeur Philip James

Dr Hossein Malek-Afzali

Dr Ahmed Mandil

Annexe 3

Allocution du Dr Ala Alwan

Directeur régional de la Méditerranée orientale

à l'occasion de la

Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale

Mascate (Oman), 27–30 octobre 2013

Vos Altesses Royales, Monsieur le Président, Excellences, Mesdames et Messieurs,

C'est pour moi un grand plaisir que de vous accueillir tous ici aujourd'hui à l'occasion de la soixantième session du Comité régional.

Si vous me le permettez, je tiens à remercier notre hôte, Son Altesse Haitham Bin Tarik Al Said, Ministre du Patrimoine et de la Culture, ainsi que le Gouvernement d'Oman, pour leur généreuse invitation et leur grande hospitalité envers nous tous ici présents. Au cours des dernières décennies, Oman a effectué de remarquables progrès dans le domaine de la santé grâce à un engagement soutenu en faveur du développement sanitaire et une planification rigoureuse. L'excellente collaboration entre l'OMS et Oman, qui dure depuis des années, représente le modèle que nous recherchons avec l'ensemble de nos États Membres et, en tant que Directeur régional, je souhaite remercier tout particulièrement les responsables omanais pour cette réalisation exemplaire.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à Son Altesse Royale la Princesse Muna Al Hussein de nous honorer de sa présence aujourd'hui et de prononcer un discours principal à cette occasion. Je souhaite par ailleurs, Votre Altesse Royale, vous exprimer la reconnaissance du Secrétariat de l'OMS, pour votre fidèle soutien aux programmes et aux initiatives de l'OMS, aux niveaux régional et mondial, ainsi que pour votre dévouement à la cause des personnels de santé, notamment les personnels infirmiers et obstétricaux.

Mesdames et Messieurs,

Au cours de cette soixantième session du Comité régional, nous passerons en revue avec vous ce que nous avons réalisé ensemble pendant l'année écoulée, nous recueillerons votre avis pour savoir ce que nous devons faire d'autre et où faire porter nos efforts, et nous poursuivrons le dialogue pour examiner ce que nous devons entreprendre ensemble afin d'améliorer la santé publique dans notre Région. L'an dernier, je vous ai présenté les priorités stratégiques de la Région pour la période de mon mandat, ainsi que les grandes orientations stratégiques, afin que vous les approuviez. Celles-ci étaient le fruit d'une intense consultation avec les États Membres et d'un engagement actif de leur part, et nous souhaitons désormais honorer ces priorités dans tout ce que nous entreprenons. En effet, mon rapport annuel, que je présenterai demain, est le reflet de ce que nous avons réalisé au cours de l'année qui vient de s'écouler.

Dans chacun des domaines prioritaires stratégiques, le secrétariat a mis en œuvre un programme d'action complet, notamment dans le domaine du renforcement des systèmes de santé. C'est un domaine qui concerne chacun des États Membres.

Il existe un élan mondial croissant autour du concept de la couverture sanitaire universelle. Qu'entendons-nous par ce terme ? En fait, il s'agit de faire en sorte que chacun puisse obtenir les soins de santé nécessaires, d'un niveau de qualité acceptable, au moment opportun et sans s'exposer à

des difficultés financières. De nombreuses voies permettent d'atteindre la couverture sanitaire universelle, Mais, sans aucun doute, un engagement envers la couverture sanitaire universelle représente l'objectif principal pour tous les systèmes de santé.

C'est particulièrement évident pour la santé de la mère et de l'enfant. Malgré les progrès considérables que nombre de pays ont effectués, certains pays sont encore fortement touchés par la mortalité maternelle et infantile. Dans le passé, nous avons travaillé avec ces pays pour élaborer des plans d'accélération en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5. Permettez-moi d'exprimer ma reconnaissance pour l'excellent travail qui a été accompli par ces pays dans l'élaboration de ces plans. Nous serons assurément confrontés à des défis dans la mise en œuvre des plans, tant au niveau de la logistique que de la mobilisation des ressources, et il nous faudra les relever.

Mesdames et Messieurs,

Notre sécurité sanitaire collective est d'une importance capitale pour chacun d'entre nous. Le Règlement sanitaire international (2005) est un instrument majeur pour nous aider à maintenir cette sécurité. À une époque caractérisée par l'augmentation du commerce international et des voyages, et du fait de l'émergence de nouvelles menaces pour la santé publique, le Règlement sanitaire constitue une protection pour la sécurité sanitaire dans le monde entier. Il est donc crucial que tous les secteurs concernés, dans chaque pays, soient en mesure de satisfaire aux exigences de mise en œuvre avant l'ultime délai.

L'émergence du nouveau coronavirus, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, est un exemple qui montre clairement les raisons pour lesquelles nous avons besoin du Règlement sanitaire international. Même s'il n'a pas été déclaré urgence de santé publique ayant une portée internationale, il est exact que nous devons continuer à surveiller la situation de près et en toute transparence. Cette année, nous avons organisé au Bureau régional au Caire deux réunions internationales sur le sujet, au cours desquelles des experts de haut niveau ont abordé diverses questions techniques. Nous ne connaissons pas encore tout ce qu'il faut savoir sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ni sur le meilleur moyen de le traiter, et nous devons mettre au point un vaccin efficace. Nous collaborons étroitement avec un certain nombre d'États Membres de l'OMS sur cette question et nous continuerons à vous tenir informés.

À propos de sécurité sanitaire, je tiens à féliciter le Ministre de la Santé d'Arabie saoudite pour l'organisation du pèlerinage de la Mecque, qui a été une réussite et s'est déroulé dans de bonnes conditions sanitaires. Nous sommes tous très reconnaissants pour les efforts que le Gouvernement saoudien a déployés afin de garantir la santé et la sécurité des pèlerins.

Par ailleurs, la poliomyélite reste un problème grave. En 2013, le nombre de cas a considérablement baissé par rapport à l'année 2012 dans deux des trois pays d'endémie restants, à savoir l'Afghanistan et le Nigéria, mais une telle diminution n'a pas encore été constatée au Pakistan. Il est très préoccupant de constater qu'il y a de nouvelles poches d'infection poliomyélitique dans des nouvelles régions de la Région qui étaient exemptes de poliomyélite auparavant et dans lesquelles les agents de vaccination n'ont pas pu atteindre les enfants depuis longtemps. Cette situation constitue une menace croissante pour la santé mondiale. La persistance du virus et sa transmission récente dans de nouveaux pays sont sans aucun doute source de vastes défis. De notre côté, nous continuons à fonctionner en pensant que nous sommes confrontés à une situation d'urgence qui menace tous les pays du monde, et que tous les États Membres doivent rester en état d'alerte élevée.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi maintenant d'évoquer l'épidémie de maladies non transmissibles, et en particulier les cardiopathies, le diabète et le cancer, qui touchent l'ensemble des pays de la Région et font un nombre croissant de victimes dans leurs populations. Dans le même temps, les pertes économiques pour les individus, les familles et les gouvernements augmentent aussi.

Malheureusement, nous continuons à aborder cette épidémie sous un angle thérapeutique seulement. On ne fait pas suffisamment d'efforts dans la perspective de la prévention et de la sensibilisation.

L'année dernière, vous, les membres du Comité régional, avez adopté un cadre régional d'action sur les engagements des États Membres pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies. Nous avons trouvé un terrain d'entente sur la vision et la feuille de route et vous avez reconnu qu'une action intense était nécessaire pour mettre en œuvre des mesures ayant un fort impact pour prévenir ces maladies. Vous nous avez demandé comment ces mesures pouvaient être mises en œuvre et par conséquent, il y a eu une série d'activités organisées cette année avec vous, les États Membres, sur l'élaboration de recommandations techniques. Je suis heureux que quelques pays aient déjà commencé à mettre en œuvre ces recommandations mais il faut faire bien davantage.

Parmi les thèmes dont vous discuterez cette semaine, j'aimerais attirer votre attention sur les défis en matière de santé et d'environnement qui sont très préoccupants. Ils entravent la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et continueront de freiner la réalisation de la santé et du développement durable sur le long terme. J'espère voir une certaine forme de consensus sur une évolution dans cette voie.

Mesdames et Messieurs,

Notre Région reste une région où l'état d'urgence semble être quasiment devenu le lot quotidien. Les crises et les conflits prolongés ont des conséquences durables pour la santé. Les bénéfices pour la santé publique, qui sont le fruit de décennies de labeur et d'investissement, sont balayés en quelques mois à peine. Les hôpitaux et les personnels de santé sont pris pour cible afin de terroriser les populations locales. Les effets collatéraux des embargos et des sanctions économiques privent les patients des médicaments vitaux dont ils ont besoin pour survivre. Il est essentiel que le personnel humanitaire soit autorisé à faire son travail sans craindre des dangers au plan personnel conformément à la législation humanitaire internationale, et que les services de soins de santé, les médicaments et d'autres fournitures critiques permettant de sauver des vies puissent transiter librement afin d'atteindre ceux qui en ont besoin.

Maintenant, nous avons une situation humanitaire majeure en République arabe syrienne et chez ses voisins avec l'augmentation continue du nombre de personnes déplacées et de réfugiés. Ceci a des conséquences graves pour les services de santé de tous les pays concernés, et la gravité croissante de la situation pour chaque personne se reflète dans la possibilité ce mois-ci d'une réémergence de la poliomyélite en Syrie qui avait été exempte de cas de cette maladie depuis tant d'années. Je vous invite instamment, en tant que ministres de la santé, à maintenir la solidarité à laquelle vous vous êtes engagés pour fournir un appui aux soins de santé pour les syriens à l'intérieur et à l'extérieur de leur pays. Nous travaillons avec nos partenaires des Nations Unies pour atteindre ceux qui sont à notre portée et qui ont besoin d'assistance humanitaire sanitaire et nous continuerons de renforcer ces efforts. À cet égard, j'aimerais aussi remercier les généreuses contributions de nombreux donateurs pour les efforts de secours humanitaires, avec une mention particulière pour le Koweït dont le généreux soutien à l'OMS nous a permis de mettre en œuvre une assistance sanitaire efficace pour la Syrie et ses pays voisins.

Malgré les énormes défis auxquels nous sommes confrontés, permettez-moi de saluer l'héroïsme et le dévouement des agents de santé qui fournissent les services humanitaires, parfois au péril de leurs propres vies.

Excellences, Mesdames et Messieurs,

La session à laquelle vous participez cette année traite de questions clés pour le développement sanitaire à long terme de la Région. En même temps, par le processus de réforme de l'OMS auquel vous participez tous en tant qu'États Membres, l'avenir de l'Organisation continue de s'adapter aux exigences et aux nécessités d'un monde en évolution. Mes collègues à l'OMS et moi-même sommes prêts à travailler pour apporter notre contribution. Je vous invite à continuer de prendre part à ce processus afin que l'Organisation corresponde à vos attentes et qu'elle soit à même de satisfaire vos besoins.

Je vous souhaite beaucoup de succès pour cette soixantième session.

Annexe 4

Message du Dr Margaret Chan

Directeur général de l'OMS

à la

Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale

Mascate (Oman), 27–30 octobre 2013

Je remercie le gouvernement d'Oman d'accueillir la soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale.

Nombreux sont ceux qui viennent à Oman pour la beauté du pays et l'hospitalité de sa population. D'autres viennent ici pour découvrir, notamment le système de santé national et les résultats remarquables qu'il a donnés.

L'une des évolutions les plus encourageantes aujourd'hui en matière de santé publique est le nombre croissant de pays qui ont fait de la couverture sanitaire universelle leur objectif.

C'est une manière d'apporter un ferme soutien au besoin d'équité en termes d'accès à des soins de santé de qualité.

Parmi tous les choix politiques, la couverture sanitaire universelle est l'un des plus puissants pour ce qui est d'œuvrer en faveur de l'égalité sociale.

C'est également une façon de s'engager à protéger les populations des risques financiers qu'entraînent si souvent les paiements directs pour les soins de santé.

La couverture sanitaire universelle souligne la nécessité d'un éventail complet de services, dont la prévention.

Cet accent sur la prévention est d'une importance cruciale car, dans la Région, la charge liée aux maladies non transmissibles est en augmentation.

La Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles affirme clairement que la prévention doit être la pierre angulaire de la riposte mondiale face à ces maladies.

Comme votre Directeur régional l'a fait remarquer, les campagnes d'information et de sensibilisation seront indispensables pour diminuer les risques qu'engendre l'adoption de modes de vie malsains.

Lors de cette session, vous discuterez des objectifs du Millénaire pour le développement qui restent inachevés et, plus particulièrement, de la nécessité d'accélérer les efforts visant à sauver les vies des mères et des enfants.

Vous réfléchirez à la place de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015.

S'agissant des questions de sécurité sanitaire, vous examinerez les progrès de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international à l'heure où la Région reconnaît qu'il faut être vigilant face au nouveau coronavirus qui continue de progresser.

L'éradication de la poliomyélite demeure une préoccupation de premier plan dans la Région. Je vous invite à ne pas perdre espoir.

Je trouve très encourageantes les mesures prises par le Directeur régional afin de soutenir les pays dans lesquels le virus est toujours en circulation et de promouvoir l'information et la communication en la matière.

Les gouvernements et les citoyens doivent être mobilisés et convaincus des bénéfices de mener à terme l'éradication.

Je sais que vous aurez à l'esprit la situation humanitaire de la Syrie et d'autres pays, notamment lorsque vous discuterez du point à l'ordre du jour qui concerne les situations d'urgence et l'impact de la crise syrienne sur le système de santé des pays voisins.

Comme vous venez de l'entendre, la situation sanitaire en Syrie est désastreuse, et elle ne cesse de se détériorer. Près de la moitié des hôpitaux du pays ont été endommagés ou détruits.

En raison des conditions actuelles, plus de deux millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire urgente ne peuvent pas être atteintes.

Plus de deux millions de Syriens ont fui le pays pour se réfugier au Liban, en Jordanie, en Turquie, en Iraq et en Égypte. Pour les services de santé et l'économie des pays voisins, la charge s'accroît.

Plus tôt ce mois-ci, le Conseil de sécurité des Nations Unies a exhorté, à l'unanimité, l'ensemble des parties à permettre l'accès humanitaire à toutes les zones du pays afin que l'aide humanitaire tant attendue puisse être fournie.

L'OMS est prête à apporter sa contribution pour la fourniture de l'aide humanitaire.

Je vous souhaite à tous une réunion des plus productives.

Annexe 5

Liste finale des documents, résolutions et décisions

1. Documents du Comité régional

EM/RC60/1-Rev.5	Ordre du jour
EM/RC60/2	Rapport annuel du Directeur régional 2012
EM/RC60/3	Sauver les vies des mères et des enfants
EM/RC60/4	Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et les cent trente-deuxième et cent trente-troisième sessions du Conseil exécutif de l'OMS
EM/RC60/4-Annex 1	Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif de l'OMS
EM/RC60/5	Réforme de l'OMS : Planification opérationnelle et mise en œuvre du budget programme 2014-2015 et élaboration du budget programme 2016-2017
EM/RC60/6	Rapport de la réunion inaugurale pour le dialogue sur le financement de l'OMS
EM/RC60/7	La santé dans le programme de développement après 2015
EM/RC60/8	Critères relatifs aux prolongations de délais pour le Règlement sanitaire international (2005)
EM/RC60/9	Mise en œuvre de la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles sur la base du cadre d'action régional
EM/RC60/10	Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil
EM/RC60/11	Agir rapidement pour répondre à la situation d'urgence de plus en plus grave causée par la poliomyélite qui menace désormais tous les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale
EM/RC60/Tech.Disc.1	Stratégie régionale pour la santé et l'environnement
EM/RC60/Tech.Disc.2	Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route
EM/RC60/INF.DOC.1	Rapport de situation d'éradication de la poliomyélite : implications régionales de la stratégie contre la maladie dans sa phase finale
EM/RC60/INF.DOC.2	Rapport de situation sur l'initiative Pour un monde sans tabac
EM/RC60/INF.DOC.3	Rapport de situation sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015
EM/RC60/INF.DOC.4	Rapport de situation sur le renforcement des systèmes de santé : enjeux, priorités et options pour l'action future
EM/RC60/INF.DOC.5	Rapport de situation sur l'application du Règlement sanitaire international (2005)
EM/RC60/INF.DOC.6	Rapport de situation sur le point sur les situations d'urgence et l'impact de la crise syrienne sur les systèmes de santé dans les pays voisins
EM/RC60/INF.DOC.7	Rapport de situation sur la sécurité routière
EM/RC60/INF.DOC.8	Examen de la mise en œuvre des résolutions du Comité régional 2000-2011

EM/RC60/INF.DOC.9	Rapport de la première réunion du Comité consultatif technique auprès du Directeur régional
EM/RC60/INF.DOC.10	Attribution du Prix et de la bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha
EM/RC60/INF.DOC.11	Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
EM/RC60/INF.DOC.12	Lieu et date des sessions futures du Comité régional
2.	Résolutions
EM/RC60/R.1	Rapport annuel du Directeur régional pour 2012 et rapports de situation
EM/RC60/R.2	Couverture sanitaire universelle
EM/RC60/R.3	Aggravation de la situation d'urgence causée par la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale
EM/RC60/R.4	Suivi de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles
EM/RC60/R.5	Stratégie régionale pour la santé et l'environnement 2014-2019
EM/RC60/R.6	Sauver les vies des mères et des enfants
EM/RC60/R.7	Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019
EM/RC60/R.8	Surveillance de la situation sanitaire, des tendances et de la performance des systèmes de santé
3.	Décisions
Décision n°1	Élection du bureau
Décision n°2	Adoption de l'ordre du jour
Décision n°3	Commission de vérification des pouvoirs
Décision n°4	Attribution du prix de l'État du Koweït pour la lutte contre le cancer, les maladies cardio-vasculaires et le diabète dans la Région de la méditerranée orientale
Décision n°5	Attribution du prix pour la recherche sur le syndrome de Down
Décision n°6	Extinction des résolutions du Comité régional
Décision n°7	Lieu et place de la session future du Comité régional

Annexe 6

Annexe à la Résolution EM/RC60/R.6

Déclaration de Dubaï - 30 janvier 2013

Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi

Accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 & 5 dans la Région de la Méditerranée orientale

Nous, ministres de la Santé et délégués des pays de la Région de la Méditerranée orientale, représentants des institutions des Nations Unies et des organismes internationaux, régionaux nationaux participant à la réunion de haut niveau « Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi » ;

Reconnaissant que l'accès universel aux soins de qualité est un droit de la personne humaine, inscrit dans la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires de 1978 ; et

Rappelant que l'amélioration de la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant est essentielle à la réalisation des objectifs de développement, et notant que la santé maternelle et infanto-juvénile est au cœur de nombreux accords et stratégies internationaux, notamment la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, S'engager pour la survie des enfants : une promesse renouvelée, la Commission de l'Information et de la Redevabilité des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant ;

Reconnaissant que près d'un million de mères et d'enfants meurent chaque année dans nos pays de causes en grande partie évitables ;

Faisant remarquer que les pays de notre Région font face à des défis majeurs dans l'amélioration de la situation des mères, des adolescents et des enfants, notamment durant les crises humanitaires et sociales, et reconnaissant l'intensification des inégalités dans l'accès des populations vulnérables aux services sociaux de base et dans la répartition des ressources entre les pays et à l'intérieur des pays et s'inspirant des nombreux exemples de réussite dans notre Région et dans le monde entier ;

Réaffirmons les engagements précédents visant l'amélioration de la santé des mères, des adolescents et des enfants, ainsi que le développement social de nos pays ; et

Nous engageons à :

mettre en œuvre l'initiative régionale Sauver les vies des mères et des enfants, relever le défi, pour accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des OMD 4 et 5 dans nos pays, en impliquant les parties prenantes essentielles, telles que les parlementaires, les dirigeants communautaires et religieux, les organisations de la société civile, le secteur privé, le milieu universitaire et les professionnels de la santé de la manière suivante :

- élaborer et lancer un plan national et multisectoriel chiffré (et, le cas échéant, infranational) pour la santé maternelle, adolescente et infanto-juvénile, prévoyant des cibles précises en matière de couverture concernant une série d'interventions préétablies assurant la continuité des soins. Ces interventions comprennent les services de vaccination, d'autres services préventifs et de soins de santé génésique, impliquant des résultats clairs et des allocations de ressources, dans le cadre du plan de santé national ou infranational ;

- nous attaquer aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé maternelle, adolescente, néonatale et infanto-juvénile, tels que la pauvreté, les questions d'égalité homme-femme, l'eau et l'assainissement, la nutrition et l'éducation au moyen d'initiatives régionales multisectorielles renforcées, y compris la participation communautaire ;
- prendre des mesures pouvant être évaluées pour consolider nos systèmes de santé et les statistiques des faits d'état civil, en améliorant les systèmes d'information pour la qualité des données, notamment le système d'enregistrement d'état civil, en formant du personnel qualifié et en développant la disponibilité de produits sûrs et efficaces en vue de supprimer les obstacles et les entraves et de garantir un accès équitable aux services de santé maternelle, adolescente, néonatale et infanto-juvénile ;
- accorder une priorité à la santé maternelle, adolescente et infanto-juvénile dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes d'action humanitaire et de préparation ;
- instaurer des mécanismes de financement durables, en mobilisant les ressources nationales et internationales au moyen d'approches traditionnelles et innovantes, en renforçant la solidarité régionale et en augmentant les budgets en vue d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle, adolescente et infanto-juvénile ;
- améliorer la coordination et la redevabilité entre tous les partenaires, étatiques et non étatiques, et promouvoir la coopération entre les pays au sein de la Région afin d'améliorer les échanges internationaux en matière de données d'expérience pour ce qui concerne les bonnes pratiques et les enseignements tirés ;
- suivre les progrès accomplis dans l'initiative régionale Sauver les vies des mères et des enfants, relever le défi grâce à la mise en œuvre des recommandations prévues dans le cadre d'action adopté par la Commission de l'Information et de la Redevabilité des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant à l'appui de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant et des initiatives apparentées, et mettre en place une commission régionale consacrée à la santé de la femme, de l'adolescent et de l'enfant, prévoyant la représentation de toutes les institutions concernées en vue d'accélérer et de suivre les progrès sur la voie de la réalisation des OMD 4 et 5.

Nous nous engageons à prendre des mesures pour accélérer les progrès en matière de santé néonatale, infanto-juvénile, adolescente et maternelle par l'action nationale et la coopération internationale. Nous nous considérons redevables de nos progrès collectifs sur la voie de cet objectif. Et, au nom des mères, des adolescents et des enfants de tous les pays de notre Région, nous réaffirmons notre volonté de donner à chaque femme la possibilité d'un accouchement sûr pour que chaque enfant vienne au monde dans les meilleures conditions.

