



Présentation du Rapport annuel
Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS
pour la Méditerranée orientale
à la soixante-deuxième session
du Comité régional de la Méditerranée orientale

Koweït, 5-8 octobre 2015

Excellences, Madame le Directeur général, mesdames et messieurs

J'ai le plaisir de vous présenter mon rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale en 2014 ainsi qu'au début de 2015. Comme durant les trois dernières sessions du Comité régional, je tiens à mettre l'accent plus particulièrement sur certains développements survenus ainsi que sur certaines mesures prises dans le contexte des cinq priorités stratégiques que vous avez établies en 2012.

Le développement de systèmes de santé qui permet de faire progresser la couverture sanitaire universelle est l'un des piliers de notre action. Il s'agit d'un principe vis-à-vis duquel vous vous êtes clairement engagés durant les sessions successives de ce Comité. En 2013, le Comité a examiné une feuille de route pour aller de l'avant et l'année dernière, nous avons partagé avec vous un cadre d'action régional pour faire progresser la couverture sanitaire universelle.

Le Comité a demandé aux États Membres d'envisager la mise en œuvre de ce cadre d'action. Avec l'appui de l'OMS, cinq pays – et uniquement cinq – ont pris d'importantes mesures pour adopter le cadre d'action. J'encourage d'autres pays à examiner de près ce cadre d'action pratique et à s'en servir pour progresser vers la couverture sanitaire universelle.

Les trois composantes principales de la couverture sanitaire universelle sont les suivantes : élargissement de la couverture de la population, prestation de l'ensemble essentiel de services de santé et protection contre le risque financier. Au cours de l'année qui vient de s'écouler,

l'OMS a renforcé son appui au développement des compétences et des capacités dans la Région, couvrant des domaines tels que l'assurance-maladie sociale, les achats stratégiques et la protection contre le risque financier, tous dans le contexte de la fourniture d'une couverture sociale à l'ensemble de la population, y compris le secteur informel. Nous continuons à nous appuyer sur les travaux accomplis dans ces domaines parallèlement à une nouvelle initiative en vue d'élaborer un ensemble d'interventions essentielles fondé sur des bases factuelles et d'un bon rapport coût-efficacité. Il s'agit d'un programme ambitieux que nous mettons en route avec un grand nombre d'experts internationaux.

L'évaluation initiale de la situation représente un élément essentiel pour la planification. L'année dernière, nous avons partagé avec vous la première évaluation des systèmes de santé pour chaque pays, ainsi que les profils pharmaceutiques nationaux. Cette année, c'est une mise à jour du profil des systèmes de santé que nous vous avons fournie, montrant les atouts, les faiblesses et les lacunes qui caractérisent les systèmes de santé de chaque pays de la Région, ainsi que nos vues sur les orientations futures pour chaque pays. Je vous demande d'examiner ce document, qui est le résultat d'une évaluation approfondie pour votre pays, et à nous fournir des informations en retour. Il servira de base à l'action de l'OMS à vos côtés pendant les deux prochaines années.

Permettez-moi d'évoquer quelques-uns des autres éléments cruciaux pour la planification d'un système de santé plus fort.

Des progrès sont effectués dans le domaine de l'évaluation, de la réglementation et de la gestion des technologies de la santé. Nombre d'entre vous en apprendrez davantage demain sur le réseau régional des technologies de la santé qui a été mis en place en 2014. Nous fournirons un appui aux pays pour aller de l'avant afin de renforcer les capacités et de mettre en place des unités nationales indépendantes pour l'évaluation des technologies de la santé.

Une forte approche de la médecine familiale représente un facteur clé pour la capacité du pays à progresser vers la couverture sanitaire universelle. Nous avons réalisé une évaluation de la situation relative à la médecine de famille dans la Région. Ceci a renforcé notre connaissance des défis rencontrés dans la mise en œuvre de cette approche. Plus de la moitié des pays sont engagés vis-à-vis de la pratique de la médecine familiale mais aucun d'entre eux n'a d'approche effective complètement développée. Par exemple, sur la base de notre évaluation, nous estimons que la production de médecins de famille dans la Région est inférieure à 700 par an alors que nous devrions en former des milliers de plus. Ceci contraste

fortement avec la situation et nous montre le chemin que nous avons à parcourir. Le renforcement des capacités des personnels existants vient en appui de l'approche de la médecine familiale mais notre évaluation montre que 90 % des médecins qui travaillent dans les soins de santé primaires ne sont pas formés à la médecine familiale.

Nous nous attachons maintenant à identifier les interventions efficaces, sur la base de l'expérience régionale et internationale, pour surmonter la pénurie de médecins de famille dans la Région. Nous préparons des recommandations pour chacun des trois groupes de pays en fonction des systèmes de santé, sur les orientations à venir, y compris sur la manière d'intensifier la production et la fidélisation de médecins de famille à court, moyen et long termes. Nous nous réjouissons du partenariat solide que nous avons avec l'Organisation mondiale des médecins de famille et du Conseil arabe des spécialisations médicales dans cette initiative.

Après une pause de près de 20 ans, le domaine de l'enseignement médical fera l'objet d'un examen. Les résultats d'un examen régional ont fourni des informations précieuses aux pays sur la manière d'améliorer la planification des besoins à venir dans le secteur de la santé. Plus de la moitié des écoles de médecine ne sont pas accréditées dans la Région. Le nombre d'écoles de médecine privées a considérablement augmenté au cours des 15 dernières années, en particulier dans les pays à faible revenu. Le secteur éducatif privé peut contribuer énormément au secteur de la santé mais nous devons veiller à ce que toutes les écoles de médecine, publiques et privées, fonctionnent selon des normes homogènes, ce qui signifie de garantir un système d'accréditation qui fixe des normes en matière d'enseignement médical pour l'ensemble de la Région. L'enseignement médical est un point important dans notre ordre du jour cette semaine et j'espère que nous assisterons à des débats animés à cet égard. Nous sommes déterminés à mettre en place un programme solide pour soutenir les États Membres.

Alors que nous nous dirigeons vers 2016, nous nous pencherons de manière plus approfondie sur deux nouveaux domaines de travail qui doivent être pris en compte si l'on veut que la couverture sanitaire universelle devienne une réalité.

Le premier est celui de la gestion et des soins hospitaliers. Nous procédons actuellement à une analyse de la situation des hôpitaux du secteur public dans la Région. Le mois prochain, un cours complet en 10 jours consacré à la gestion hospitalière sera organisé pour la première

fois, dispensé par des enseignants du monde entier. Nous entreprenons aussi des activités en matière de renforcement des capacités dans le domaine de la sécurité des patients.

Le rôle du secteur privé constitue le second domaine. J'avais déclaré auparavant que ce domaine constituait une zone d'ombre dans notre collaboration avec les pays. J'espère que ce n'est plus le cas actuellement. Alors que nous nous efforçons de renforcer nos capacités techniques dans ce domaine, nous progressons en passant du plaidoyer à la mise en place d'une orientation technique pour renforcer les capacités nationales afin d'évaluer, de réglementer le secteur privé et d'établir des partenariats avec ce dernier.

La disponibilité d'informations précises est essentielle pour la prévision des tendances en matière de santé et donc pour la planification sanitaire. L'année dernière, le Comité a approuvé le cadre régional pour les systèmes d'information sanitaire, comprenant 68 indicateurs de base qui couvrent des risques et des déterminants sanitaires, la situation sanitaire et la réponse du système de santé. Ceci représente une importante réalisation. Notre analyse est que tous les pays, sans exception, ont d'importantes lacunes en matière de production, d'analyse, d'utilisation et de notification en temps voulu des données requises pour nombre de ces indicateurs essentiels. J'aimerais, si vous le voulez bien, que vous examiniez le répertoire des indicateurs essentiels que nous vous distribuons aujourd'hui ; vous découvrirez l'énorme travail que chaque pays a effectué pour produire des données fiables sur ces indicateurs de base.

Notre prochain défi est donc de collaborer avec vous pour mettre en œuvre le cadre d'action afin de combler ces lacunes, ce qui ne sera pas une tâche aisée. Cela nécessite votre plein engagement, outre le renforcement des capacités et la collaboration étroite avec d'autres secteurs gouvernementaux. N'oublions pas qu'un système d'information sanitaire solide est l'élément central de tous les programmes de développement sanitaire ; il en va de même pour notre travail de collaboration afin de réaliser les objectifs de développement durable.

Le système d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil représente une autre composante essentielle dans la capacité d'un pays à planifier pour l'avenir. Suite aux évaluations rapides et complètes dans toute la Région, je peux affirmer sans hésitation que nous avons maintenant l'image la plus claire de la situation dans chaque pays. Pour être franc, cette image n'est pas bonne. Les lacunes sont considérables. Deux tiers des décès dans la Région ne sont pas enregistrés et seulement un cinquième des décès sont enregistrés et

certifiés médicalement. En outre, 38 % des naissances ne sont pas enregistrées, ce qui ne permet pas aux secteurs sanitaire et éducatif d'effectuer des prévisions en conséquence.

J'ai récemment écrit à tous les ministres de la santé à ce sujet, en résumant les lacunes constatées dans leurs propres systèmes et en proposant des mesures concrètes s'appuyant sur les évaluations multisectorielles réalisées dans chaque pays. Je suis reconnaissant aux experts internationaux et régionaux qui ont travaillé en étroite collaboration avec nous dans cette initiative. Ils continueront à fournir un appui aux États Membres pour aller de l'avant.

La capacité en matière de lois et de législation de santé publique est une autre lacune qui doit être prise en compte. Ici aussi, ma propre évaluation est que presque tous les pays doivent revoir leurs législations de santé publique. Nous avons collaboré dans ce domaine avec une équipe d'experts internationaux et j'espère que je serai en mesure de rendre compte du résultat de cette activité lors du Comité régional l'année prochaine. Entretemps, nous sommes prêts à nous engager avec les pays qui ont besoin d'aide pour examiner leur propre situation.

Mesdames et messieurs,

Notre Région a effectué d'importants progrès en matière de santé de la mère et de l'enfant. Le taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté de 48 % entre 1990 et 2015 et le ratio de mortalité maternelle de 50 % entre 1990 et 2013. Malheureusement, cette réduction n'a pas suffi pour atteindre les cibles régionales liées aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – une réduction de 67 % pour l'OMD4 et une réduction de 75% pour l'OMD5. Toutefois, au niveau des pays, huit pays ont réalisé l'OMD4 et trois l'OMD5 d'après les dernières estimations.

Suite au lancement en 2013, et à l'approbation par le Comité régional, d'une initiative régionale pour sauver les vies des mères et des enfants, les neuf pays ayant la plus forte charge de mortalité maternelle et infantile ont préparé et mis en route des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant afin de réduire davantage cette charge. La mise en œuvre de ces plans a été insuffisante et inégale dans les neuf pays du fait d'un certain nombre de contraintes, et nous devons travailler plus étroitement avec les pays concernés dans ce domaine, en collaboration avec l'UNFPA et l'UNICEF.

Un peu plus tôt cette année, les partenaires et les pays se sont rencontrés pour examiner les progrès dans la mise en œuvre des activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant au niveau des pays, et examiner les orientations futures, en association avec les initiatives

mondiales. Les soins préconceptionnels représentent un élément clé pour l'amélioration des résultats en termes de santé de la mère et de l'enfant dans la Région. Cette année, nous avons lancé une initiative sur les soins préconceptionnels et sommes actuellement en cours de préparations de lignes directrices fondées sur des bases factuelles pour les États Membres afin de renforcer leurs programmes. Tous les pays de la Région élaboreront des plans stratégiques et opérationnels en matière de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile-juvénile pour la période 2016–2020.

En 2014, malgré la situation difficile dans de nombreux pays, 14 pays ont continué à atteindre la cible de 90 % ou plus pour la couverture vaccinale par les trois doses du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), mais près de 3,2 millions d'enfant n'ont pas reçu les trois doses de ce vaccin. Près de 90 % de ces enfants se situent seulement dans six pays (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalie, Syrie et Yémen).

La lutte contre la rougeole a enregistré des progrès dans la grande majorité des pays. Huit pays ont notifié une très faible incidence de la rougeole, deux d'entre eux continuant à réaliser une incidence nulle et ayant prévu de vérifier l'élimination de cette maladie en 2015. Cependant, nous avons laissé passer la date butoir de 2015 pour l'élimination de la rougeole dans la Région. Bien que la situation régionale ait contribué à cet état de fait, un facteur majeur réside dans le fait que les programmes de vaccination systématique dans de nombreux pays demeurent faibles et que la couverture est basse.

L'année 2014 a vu la réalisation de l'introduction du vaccin contre *Haemophilus influenzae* de type B (Hib) dans tous les pays. Je tiens à vous féliciter, notamment les pays à revenu intermédiaire, pour ce succès, et pour avoir alloué les ressources nécessaires afin d'y parvenir. Inévitablement, je dois vous inviter instamment à continuer d'allouer des ressources, pour introduire d'autres nouveaux vaccins salvateurs, dont le vaccin antipneumococcique conjugué et le vaccin antirotavirus qui sont actuellement utilisés dans 14 et 11 pays respectivement.

Cette semaine, vous examinerez un plan d'action régional pour les vaccins qui vous fournira un cadre pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour les vaccins approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012. Des programmes de vaccination systématique solides sont essentiels pour réaliser l'objectif du plan mondial. Je me suis rendu en visite dans les pays fortement touchés afin de discuter de la manière dont l'OMS et les partenaires peuvent apporter un soutien maximal là où il est le plus nécessaire.

Mesdames et messieurs,

L'épidémie de VIH dans la Région est toujours en augmentation bien que la prévalence globale demeure faible. Le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida qui reçoivent un traitement antirétroviral (TAR) est encore faible mais a un peu augmenté en 2014 pour atteindre 38 000. Il est clair que nous devons continuer à mettre en œuvre l'initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement du VIH. Ceux qui ont besoin d'un traitement doivent pouvoir y avoir accès et le recevoir.

La Région a une forte charge d'hépatite virale avec, selon les estimations, 170 millions de personnes infectées par le VHB et 17 millions par le VHC. L'Égypte et le Pakistan sont les plus touchés. Les deux pays ont mis au point des stratégies et des plans d'action nationaux et l'Égypte, en particulier, déploie des efforts remarquables pour intensifier le traitement de l'hépatite C.

La lutte contre le paludisme est un autre domaine dans lequel des progrès ont été réalisés. Par rapport à l'an 2000, la charge de cas confirmés notifiés et de mortalité associée au paludisme a diminué de 50 %. Deux pays, le Pakistan et le Soudan, représentaient 84 % des cas en 2013.

Le paludisme a été éliminé dans quatre pays – l'Iraq, le Maroc, Oman et la Syrie – ainsi que dans la plupart des zones d'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran. La stratégie technique de l'OMS pour le paludisme, approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai dernier, comprend des jalons et des cibles pour réduire l'incidence et la mortalité, et en vue de l'élimination.

En ce qui concerne la tuberculose, nous ne sommes pas dans une très bonne situation. Si l'incidence estimée a baissé dans la Région, la diminution de la prévalence et de la mortalité due à la tuberculose estimée n'a pas atteint la cible fixée pour l'OMD de 50 % par rapport à 1990. D'après les estimations les plus récentes, en 2013, 300 000 cas n'ont pas été diagnostiqués ou n'ont pas été notifiés par l'intermédiaire des programmes nationaux. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) de ces cas oubliés se trouvent dans seulement cinq pays à forte charge de tuberculose – l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie et le Soudan.

Il ne fait aucun doute que la tuberculose constitue toujours une préoccupation pour presque tous les pays de la Région. Je ne suis pas sûr que nous verrons des progrès pour mettre un terme à cette maladie dans les pays fortement et moyennement touchés, ainsi que

pour l'éliminer dans les pays faiblement touchés si nous continuons à aborder la lutte antituberculeuse comme « une affaire courante ». J'appelle à un examen sérieux de la situation, une compréhension exacte des obstacles et une révision des plans existants.

Mesdames et messieurs,

La sécurité sanitaire est l'une des questions principales à l'ordre du jour cette semaine.

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes continue d'augmenter rapidement, la moitié des 22 pays de la Région ayant notifié une forte incidence de maladies infectieuses émergentes l'année dernière. En réponse à la menace que représente Ebola et suite à la demande formulée par le Comité régional l'année dernière, l'OMS a mené en toute urgence une évaluation globale des capacités des États Membres à faire face à une importation potentielle d'Ebola. Entre novembre 2014 et février 2015, des évaluations rapides des mesures de préparation et de disponibilité opérationnelle ont été réalisées dans 20 pays. Les évaluations ont identifié un certain nombre de faiblesses critiques dans les domaines de la prévention, de la détection et de la riposte rapides, et à partir du mois de mai dernier, un plan d'action de 90 jours a été mis en œuvre dans la Région pour aider les pays à combler les lacunes urgentes.

Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et la grippe aviaire H5N1 sont deux des menaces émergentes pour la santé auxquelles les pays doivent mieux se préparer. À cet égard, j'invite instamment les pays à garantir la sécurité des patients et des agents de santé, et donc la communauté dans son ensemble en améliorant la lutte contre les infections en milieu hospitalier et dans d'autres établissements de santé et en renforçant les capacités pour les soins aux patients atteints d'infections à haut risque.

En mai cette année, nous avons organisé une réunion scientifique internationale sur le MERS-CoV. Ce type de réunions internationales ont aidé la communauté scientifique internationale à mieux comprendre les lacunes existantes en matière de connaissances et d'informations sur le mode et les facteurs de risque de transmission de cette nouvelle infection virale chez l'homme. Les experts participant à cette réunion ont identifié des domaines de recherche prioritaire devant être réalisés pour s'attaquer à ces lacunes en matière d'informations et déterminer comment interrompre la transmission et la propagation du virus de manière plus efficace. L'OMS s'efforce d'apporter son soutien à une initiative de recherche internationale à cet égard.

Mesdames et messieurs,

Le Règlement sanitaire international (RSI 2005) est au centre de notre sécurité sanitaire collective. Huit États Parties dans la Région ont indiqué qu'ils étaient prêts à appliquer le Règlement d'ici juin 2012 et 2014. Les 13 autres États Parties ont obtenu la deuxième prolongation du délai pour satisfaire aux obligations d'ici juin 2016. Les résultats produits par l'instrument de suivi et d'autoévaluation ont indiqué que le niveau d'application régional pour les exigences concernant les principales capacités s'élevait à 72 % en 2014, légèrement supérieur au niveau de 70 % atteint en 2013. De manière générale, l'autoévaluation montre que les États Parties font de bons progrès en matière de surveillance, de laboratoires, de communication sur les risques, de législation, de coordination et de sécurité sanitaire des aliments. Les capacités en matière de préparation, de ressources humaines, de points d'entrée et de gestion des événements chimiques et radionucléaires demeurent faibles.

Toutefois, les informations collectées dans le cadre des missions d'évaluation de la préparation pour Ebola ne coïncidaient pas avec les informations basées sur l'instrument d'autoévaluation pour le RSI qui est actuellement utilisé. Comme je l'ai déjà fait remarquer, les évaluations relatives à Ebola ont montré un niveau insuffisant de préparation, y compris pour les États Membres qui ont signalé avoir rempli leurs obligations. Le Comité d'examen d'urgence du RSI et le Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola ont recommandé dans leurs rapports que des options supplémentaires soient étudiées pour ce qui concerne l'évaluation. À cet égard, nous proposerons une nouvelle approche pour une évaluation et un suivi plus objectif de l'application du RSI au cours d'une session spéciale cet après-midi.

Mesdames et messieurs,

La sécurité sanitaire des aliments était le thème de la Journée mondiale de la Santé cette année. Nous en avons profité pour lancer une évaluation approfondie de la situation relative à ce domaine dans la Région. Des missions d'experts ont procédé à cette évaluation avec les autorités nationales dans 15 pays. Les résultats, dont nous avons discuté lors des réunions techniques d'hier, appellent à une prise de mesures immédiate. Ces missions ont également reconfirmé les conclusions des missions d'évaluation pour Ebola en ce qui concerne l'application du RSI. Je communiquerai le résultat de l'évaluation à chaque État Membre de manière confidentielle et à titre individuel et nous serions heureux de recevoir tout retour d'information. J'espère que les six autres pays accepteront de réaliser cette évaluation.

Permettez-moi de passer maintenant à la quatrième priorité stratégique nationale : celle des maladies non transmissibles. Comme je l'ai mentionné dans mon allocution d'ouverture, nous avons poursuivi notre action avec les États Membres pour intensifier la mise en œuvre du cadre d'action régional pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Nous avons accordé la priorité à l'orientation technique des États Membres pour la mise en œuvre des obligations contenues dans les quatre composantes du cadre d'action régional, à savoir la gouvernance, la prévention, la surveillance et les soins de santé.

J'ai le plaisir de dire que de nombreux États Membres ont déjà utilisé les lignes directrices de l'OMS pour mettre en route des programmes sur la réduction des graisses, des graisses saturées, du sel et l'élimination des graisses trans, et renforcer la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac. L'année dernière, nous avons annoncé une initiative de protection de la santé publique et de promotion des modes de vie sains, insistant en particulier sur la lutte contre les pratiques commerciales, sans aucune entrave, encourageant les produits malsains destinés aux enfants. Nous avons mis en route des mesures avec l'appui d'experts internationaux et nous sommes en train de formuler un plan d'action à ce sujet.

De manière générale, je dois dire que la réponse apportée par les pays pour s'attaquer aux maladies non transmissibles n'est pas proportionnelle à la gravité du problème. Par exemple, avec la Région de l'Afrique, la Méditerranée orientale est l'une des deux seules Régions de l'OMS pour lesquelles on prévoit une augmentation de la consommation de produits du tabac au cours de dix années à venir si les tendances actuelles se poursuivent. La Région a déjà le taux de tabagisme le plus élevé chez les jeunes. Des mesures à fort impact sont disponibles pour lutter contre le tabagisme, et elles sont les meilleures options en matière de santé publique. Le thème de la Journée mondiale sans tabac cette année était la lutte contre le commerce illicite du tabac. À ce jour, seuls deux pays – l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran – ont approuvé l'adhésion au protocole de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac sur le commerce illicite. J'invite instamment les autres pays à faire de même prochainement.

Les cibles fixées en matière de lutte antitabac dans le cadre de suivi pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ne seront pas atteintes avec le rythme actuel des progrès. Nous examinons donc aujourd'hui une nouvelle initiative intitulée « What is Needed Now - WINN » (Quels sont nos besoins actuels ?) pour intensifier nos efforts en vue d'atteindre les cibles en matière de lutte antitabac.

Excellences, mesdames et messieurs,

L'élaboration et l'application de la législation représentent également des mesures clé dans l'action contre les maladies non transmissibles. L'année dernière, nous avons mis en route un projet en collaboration avec l'École de droit de l'Université de Georgetown pour mettre au point un inventaire des lois et règlements essentiels concernant la consommation de tabac, la mauvaise alimentation, le sucre et la sédentarité. Le résultat du travail intensif tout au long de l'année dernière a été une recommandation pour 10 mesures réglementaires, basées sur l'expérience internationale et les bonnes pratiques. Nous sommes en train de mettre au point des orientations concrètes fondées sur des bases factuelles concernant la mise en œuvre de ces mesures dans vos pays ainsi qu'un système d'information en ligne à l'appui de cette mise en œuvre. Le Professeur Larry Gostin nous en dira plus sur cette initiative un peu plus tard, et nous préparons un dossier qui contient les dix recommandations pour votre information.

En 2018, l'Assemblée générale des Nations Unies organisera une réunion de haut niveau pour évaluer les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre des engagements pris par les États Membres dans la déclaration politique de 2011. L'année dernière, vous avez adopté une résolution demandant au Conseil exécutif d'élaborer des indicateurs de processus afin de les utiliser pour évaluer vos progrès. J'ai le plaisir de vous informer que votre demande a reçu l'appui du Conseil et que nous avons maintenant 10 indicateurs de processus qui sont plus ou moins identiques à ceux que vous avez approuvés dans le cadre d'action régional. Mesdames et Messieurs les Ministres, en mai dernier, nous vous avons communiqué le niveau de mise en œuvre dans vos pays. Aujourd'hui, nous vous avons aussi soumis une mise à jour et j'espère que nous pourrions poursuivre nos discussions à ce sujet.

Mesdames et messieurs,

Cette semaine, vous examinerez le résultat du travail intensif réalisé durant ces deux dernières années, qui est un cadre d'action stratégique dans le domaine critique que représente la santé mentale. Avec les États Membres et de nombreux experts internationaux, nous avons traduit le plan d'action complet mondial sur la santé mentale en un cadre régional pratique qui inclut les interventions à fort impact et fondées sur des bases factuelles. J'attends avec impatience la discussion à ce sujet demain.

Dans le domaine de l'abus de substances psychoactives, permettez-moi d'attirer l'attention sur la deuxième session spéciale des Nations Unies sur les drogues, qui est prévue à New York en avril 2016. Cette session se penchera sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la déclaration politique de 2009 et le plan d'action pour lutter contre les problèmes des drogues dans le monde. Il est essentiel d'apporter la perspective de santé publique dans le débat, et de veiller à un engagement de haut niveau avec les missions de votre pays aux Nations Unies à New York.

Permettez-moi par ailleurs de vous demander de veiller à ce que votre pays soit représenté, de préférence au niveau ministériel, à la seconde réunion de haut niveau sur la sécurité routière qui aura lieu le mois prochain, les 18 et 19 novembre au Brésil. Notre région a l'un des taux de mortalité routière les plus élevés au monde et nous devrions donc nous engager activement dans les efforts mondiaux afin d'orienter ceux qui seront déployés aux niveaux régional et national.

Mesdames et messieurs,

Permettez-moi maintenant de passer au thème de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence.

Je commencerai par la poliomyélite, qui a été déclarée situation d'urgence en 2013 par le Comité, et urgence de santé publique de préoccupation internationale par le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international en mai 2014.

La situation concernant l'éradication de la poliomyélite a continué à être préoccupante en 2014, la Région demeurant endémique et comptabilisant 99 % de tous les cas notifiés dans le monde durant la deuxième moitié de l'année. Toutefois, en 2014, les bases ont été posées pour permettre des progrès en matière d'éradication de la poliomyélite dans la Région en 2015. Fin 2014, l'Afghanistan et le Pakistan avaient mis au point des plans accélérés pour la saison de faible transmission et étaient en train de les mettre en œuvre.

La réponse apportée par la Région à la flambée de cas au Moyen-Orient en 2013 a été rapide et de qualité, avec la vaccination de 25 millions d'enfants, au cours de multiples campagnes dans huit pays. Cette flambée a été endiguée en 36 semaines, malgré la situation d'urgence complexe dans la Région. Plus d'un an s'est écoulé depuis sans survenue d'autres cas confirmés.

L'Afghanistan et le Pakistan ont maintenu leur engagement vis-à-vis de l'éradication, et les agents de santé et les volontaires ont continué à faire preuve de beaucoup de courage pour réaliser les activités de vaccination dans des situations difficiles. Le 29 septembre dernier, les deux pays ensemble avaient notifié 44 cas dus au poliovirus sauvage, contre 161 cas notifiés par cinq pays de la Région à la même date en 2014. Les progrès demeureront fragiles jusqu'à ce que tous les enfants dans ces derniers foyers de circulation endémique soient atteints et immunisés. Les pays de la Région sont fermement engagés à mettre en œuvre le plan d'action mondial pour la phase finale de l'éradication, tous les pays qui utilisent actuellement seulement le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) étant sur la bonne voie pour l'introduction du VPI en 2015.

Mesdames et messieurs,

Comme vous le savez, depuis notre dernière réunion, l'ampleur et la magnitude des situations d'urgence, et les besoins sanitaires associés des populations touchées dans plusieurs pays, ont considérablement augmenté. Outre la Syrie, deux autres situations d'urgence de niveau 3 ont été déclarées par les Nations Unies. Les mouvements de population de masse ont augmenté le risque de flambées de maladies et ont menacé la sécurité sanitaire de la Région. Les flambées de rougeole et de choléra en sont des exemples. Les systèmes de santé se sont effondrés du fait des pénuries graves de médicaments, de vaccins et de fournitures médicales ; de manques de professionnels de santé ; et dans le cas du Yémen, de pénuries de carburant pour les générateurs. En outre, des établissements de santé ont dû fermer du fait de dommages résultant du conflit.

L'accès limité dû à l'insécurité a appelé des méthodes plus novatrices pour atteindre les populations dans le besoin. En Syrie, en Iraq et au Yémen, l'OMS a conclu un partenariat avec des organisations non gouvernementales locales, dont plusieurs qui sont opérationnelles dans des zones inaccessibles et difficiles d'accès, et a fourni des cliniques mobiles pour garantir la prestation interrompue des services de santé.

Des attaques ciblées et répétées perpétrées contre des agents de soins de santé et des établissements de santé ont eu lieu dans les pays en crise. Nous continuons à plaider en faveur de la neutralité et de la protection des agents de santé, des patients et des établissements de santé en tant que responsabilité commune et qu'obligation de toutes les parties.

J'ai mentionné dans mon discours d'ouverture l'ampleur de notre vulnérabilité en relation avec le financement pour la riposte aux situations d'urgence et aux crises humanitaires. Le déficit de financement cette année, me semble-t-il, a entraîné le ralentissement et la fermeture de services et de programmes de santé dans plusieurs pays, et en particulier en Somalie et en Iraq.

Sur une note positive et malgré les ressources limitées, je souhaite vous présenter certains exemples de ce que nous avons été en mesure de réaliser avec les pays qui connaissent des situations d'urgence et des flambées épidémiques majeures. Vingt millions d'enfants ont été vaccinés en Iraq, au Soudan, en Syrie et au Yémen, et des traitements salvateurs ont été dispensés à 13,5 millions de personnes en Iraq, en Syrie et au Yémen. Nous avons livré du carburant et de l'eau potable aux établissements de santé dans 13 gouvernorats au Yémen. Un pont aérien entre Dubaï et Amman a été vital pour livrer des médicaments et des fournitures chirurgicales durant la crise de Gaza en juillet-août 2014 et a renforcé le besoin essentiel d'une plateforme logistique opérationnelle pour la santé. Et de manière générale, nous avons travaillé avec les responsables sanitaires nationaux et locaux pour renforcer les fonctions de surveillance des maladies et de lutte contre les flambées épidémiques, y compris dans de nombreuses zones difficiles d'accès.

Distingués représentants, il s'agit des principales actions menées l'année dernière dans les cinq domaines prioritaires. Vous vous souviendrez que nous vous avons communiqué un modèle de profil de pays centré sur ces mêmes domaines l'année dernière. Cette année, j'ai le plaisir de fournir à chaque pays deux exemplaires de leur profil de pays respectif. C'est le résultat d'un effort commun entre l'OMS et les États Membres. Dans certains cas, nous avons déjà reçu les commentaires définitifs. Dans d'autres, nous avons laissé de la place pour que vous puissiez ajouter un paragraphe à la préface, si vous le souhaitez. En tous cas, je vous demanderais de passer en revue le document, et de nous faire savoir si vous avez des commentaires définitifs avant de le signer.

Mesdames et messieurs,

Ce fut également une importante période pour la réforme gestionnaire de l'OMS alors que nous avons continué à mettre en œuvre notre engagement pour augmenter l'efficacité, la redevabilité et la transparence.

L'année dernière, le Comité régional m'a demandé de rendre compte en retour sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution du Comité régional EM/RC59/R.6 qui demandait aux États Membres d'envisager la possibilité d'augmenter le niveau des contributions fixées payées à l'Organisation. J'ai le plaisir de porter à votre connaissance que ce sujet a fait l'objet de discussions extensives à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai et qu'une décision a été prise d'approuver une augmentation de budget de 8 % pour l'exercice 2016-2017.

Mon engagement à renforcer la présence de l'OMS dans les pays se poursuivra, l'accent étant mis sur l'amélioration de l'expertise technique et la gestion de manière générale. L'année 2014 a vu une expansion significative des capacités techniques dans plusieurs bureaux de pays, tandis qu'en 2015, davantage de bureaux de pays seront renforcés et les capacités administratives et gestionnaires générales sur le terrain seront développées.

Finalement, afin que de disposer des bonnes informations dans tous les domaines, dans celui de la gouvernance, nous avons examiné de près la manière dont nous organisons notre réunion et dont nous en rendons compte. Vous aurez remarqué par exemple le journal quotidien qui est distribué chaque matin, qui remplace le compte-rendu analytique des séances quotidien des années passées. Comme vous le savez, nous enregistrons la session, et j'aimerais solliciter vos vues afin de savoir si vous aimeriez accéder à ces enregistrements sur demande. Le projet de rapport de la réunion sera disponible le matin du dernier jour pour examen par vos bons soins, comme à l'habitude. Par ailleurs, pour la première fois cette année, nous sommes en mesure de diffuser la réunion en direct sur le Web. Si le Comité est en accord avec cette proposition, nous procéderons à la diffusion sur le Web après le point de l'ordre du jour que je suis en train de présenter. J'attends avec impatience votre retour d'information sur ces nouveaux développements.

Permettez-moi de conclure en mentionnant certaines des importantes initiatives que nous avons engagées à l'appui des besoins de nos pays en matière de capacités de santé publique dans le futur.

Suite au lancement en 2013 d'une initiative régionale sur les fonctions de santé publique essentielles et les capacités de santé publique dans la plupart des ministères de la santé, des évaluations ont été réalisées dans les pays, avec le soutien de l'OMS et une équipe d'experts de santé publique internationaux. L'instrument d'évaluation a été examiné au début de l'année 2015 et sera davantage affiné avant de procéder à l'élargissement de l'initiative.

Un programme de leadership en santé a été lancé, début 2015, dans le but de développer les futurs dirigeants de santé publique. Le premier cours, réalisé en collaboration avec l'École de santé publique de l'Université d'Harvard, en deux parties dans deux lieux, Mascate et Genève, a connu un grand succès. Le deuxième cours, pour lequel vous avez déjà envoyé des propositions de candidatures, commencera vers la fin de l'année 2015 et ce, toujours en collaboration avec l'Université d'Harvard. Les nouveaux défis de santé publique dans la Région nécessiteront une masse critique de dirigeants pour avoir un impact réel. Nous espérons que des institutions nationales peuvent s'engager à faire progresser cette initiative vers l'avant.

Nous avons continué à accueillir le séminaire régional annuel sur la diplomatie de la santé. Ceci s'est avéré être une expérience très réussie, rassemblant des représentants des secteurs de la santé et des affaires étrangères, des parlementaires et des universitaires dans des discussions à la jonction de la santé, de la politique étrangère et d'autres secteurs. Nous continuerons à soutenir les pays dans leurs efforts visant à renforcer cette capacité.

Excellences, mesdames et messieurs,

Même si notre action cette année a été dominée, et dans une certaine mesure détournée, par les crises qui prévalent dans de nombreux pays de notre Région, nous avons continué à remplir notre mandat et à travailler en fonction de nos engagements prioritaires que le Comité a avalisés. Maintenant que les Nations Unies ont approuvé un nouvel ensemble d'objectifs de développement durable pour 2030, nous alignerons nos stratégies et nos cibles sur ces nouveaux objectifs, lorsque nécessaire. Ces nouveaux objectifs couvrent le programme non achevé des objectifs du Millénaire pour le développement, ainsi que les questions concernant les maladies non transmissibles et les systèmes de santé, y compris la couverture sanitaire universelle. Il s'agit des mêmes priorités que celles pour lesquelles vous vous étiez engagés, et nous continuerons à vous fournir un appui pour améliorer la santé dans la Région.